

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2020

N° 2020-75

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MEDECINE GENERALE

par

Mélodie RONDEL

Présentée et soutenue publiquement le 8 septembre 2020

**Les déterminants de la réalisation de l'examen pelvien en médecine
générale dans le suivi des femmes hors grossesse.**

Une étude qualitative auprès de médecins généralistes de Loire Atlantique et Vendée.

Président : Monsieur le Professeur Stéphane PLOTEAU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François MEURET

Membres du jury : Madame le Docteur Rosalie ROUSSEAU
Madame le Docteur Maud JOURDAIN
Madame le Docteur Catherine KNIPPING

Remerciements

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Stéphane Ploteau, président du jury,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Rosalie Rousseau,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude pour l'intérêt que vous avez porté au sujet de cette thèse.

A Madame le Docteur Maud Jourdain,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A Madame le Docteur Catherine Knipping,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance. Merci pour votre grande disponibilité lors du choix de la date de cette soutenance.

A François Meuret,

Un grand merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse malgré l'appel, plus que tentant, de la vie paisible de jeune retraité ; j'aurais fait durer le plaisir. Merci pour tes conseils avisés, ta patience et ta disponibilité.

Aux médecins ayant accepté de participer à ce travail,

Sans vous cette thèse n'aurait pu voir le jour. Merci pour votre sincérité lors des entretiens et pour votre disponibilité.

Aux différentes équipes auprès desquelles j'ai pu apprendre tout au long de mon internat :

Aux urgences adultes, pédiatriques et gynécologiques du CHU de Nantes,

Merci pour votre accueil, votre professionnalisme et votre bonne humeur à toute épreuve. J'ai beaucoup appris auprès de vous.

A la MPU 5,

Pour ce semestre riche en apprentissages, sur le plan médical comme humain, pour un travail en équipe exemplaire.

A toute l'équipe de cardiologie de la Roche sur Yon,

Merci pour ce semestre extraordinaire, j'ai énormément appris à vos côtés ; votre professionnalisme mêlé à votre bonne humeur et votre humour parfois discutable ont fait de ces six mois un enseignement de grande qualité.

A Janic,

Merci de m'avoir transmis ta vision de la médecine générale, j'ai énormément appris à tes côtés. Continue de pratiquer ton métier avec autant de cœur et de passion, tu es un exemple pour moi.

A mes collègues :

A la team bleue,

Pour votre bonne humeur au quotidien et pour tous nos debriefs autour d'un (ou plusieurs) verre(s) en afterwork.

A Marion, Quentin et Aline,

Pour tous nos déjeuners, cafés et apéros partagés, je vous souhaite le meilleur pour la suite.

A Etienne et François,

Parce que la cafétéria de l'HME n'aura jamais fait autant de profit que durant nos six semaines de stage ensemble.

A Pauline, Jade, Antoine, Claire et Fabien,

Ce semestre n'aurait pas été le même sans vous, merci pour tous ces fous rires, ces déjeuners à l'internat, pour ces soirées passées ensemble et pour cette « cherry on the cake » que fut le Papy's.

A mes amis :

A Mylène,

Tu m'as prise sous ton aile depuis mon premier jour à Nantes, tu m'as fait découvrir TA ville. Je ne compte plus les bons moments qu'on a passé ensemble, ni le nombre de verres qu'on a vidé. Ta folie et ton humour, ainsi que ta loyauté font de toi une amie plus que précieuse (même si tu aimes le poney).

A Marion,

A mes côtés depuis plus de 10 ans maintenant, des bancs de la FAC de Rennes à ceux de Nantes, en passant par les routes du Québec, le métro de New York et les plages de la Martinique. Tu es une fille géniale et une amie en or, mille mercis d'être là. Je te souhaite le meilleur !

A Elsa,

Tant de moments partagés, d'abord professionnels, très vite personnels, à tous nos cafés-scrabble, nos discussions, nos fou-rires et nos quelques tentatives sportives... Merci pour l'amitié que tu m'apportes. Et je ne te remercierai jamais assez pour ta relecture très attentive de ce travail et tes conseils très avisés.

A Mathilde, Quentin et Bastien,

À tous nos dîners, toutes les Comédie, toutes ces bouteilles débouchées, tous ces kicks et Lindy Turn, toutes ces parties de Catane bienveillantes (merci Quentin), et j'en passe. J'espère partager encore de nombreux moments avec vous, même avec l'arrivée de Cheyenne !

A Boris, Hélène, Benjamin, Marine, Ismaël, Barbara, Johanna, Lili, Alex,

Je ne compte plus les fous rires à vos côtés, les moments passés ensemble sont précieux, nos soirées pizzas, nos week-ends à vélo, en canoë ou en paddle, à nos vacances à venir, et même nos séances de sport (Team TBC) ! Et Johanna, je te remercie particulièrement pour ton aide magistrale à la mise en page de ce travail.

A Dédé, à Max,

Quel semestre on a passé ensemble ! C'était déjà un plaisir de travailler avec vous, mais les soirées... La bodega et le délirium s'en souviennent encore. Et Dédé, merci pour mon baptême à moto ;) C'est toujours un bonheur de passer du temps avec vous même si ces moments se font plus rares.

A toutes mes belles rencontres de l'internat :

Yonis (promis la prochaine finale de Koh Lanta on la regarde ensemble), Marie, Margot, David, Louise, Pipo, Sophie, Constance, Aurélie, Fouzia, Martin et j'en oublie sûrement !

A Gab, mon anesthésiste préférée, on en a passé des étapes ensemble depuis la P1 ! J'espère que ta joie de vivre et ton humour décapant m'accompagneront encore un bon moment ; et *Peter*, qui aura finalement passé sa thèse avant moi, malgré le golf, les fléchettes, le kite, enfin malgré à peu près tout...

A *Quentin*, ma p'tite Bourriche qui a bien grandi depuis nos premières années et *Clem*, c'est un bonheur de vous voir aussi comblés aujourd'hui avec le p'tit Marin, et merci pour les 3,4 kg de charcuterie !

A *Eugé*,

Merci d'avoir été à mes côtés durant ces douze années, des Rois du monde à notre pseudo coloc de D4, puis ces semaines aux Antilles, inoubliables. Tu auras été, et tu es encore, un soutien infailible, une amie rêvée ; continue de me faire rire encore longtemps !

A *Floki*,

L'année passée à Nantes avec toi m'aura laissé tellement de bons souvenirs, je n'aurais pu avoir meilleure partenaire pour écumer la cité des ducs ! J'admire la personne que tu es pour une multitude de raisons. Merci de faire partie de ma vie.

A *la Meute* : *Mariono, Elisou, Lélé, Popy, Blanchaude, Lolo, Marinou, Métiv, Marie-Constance, Gae, Fannichon*,

Quel meilleur moment que le retour de Carnac pour écrire ces remerciements... Encore un week-end de folie, d'amour, de rires. Chaque moment passé avec vous est un pur bonheur, ils se font toujours trop rares à mon goût ! Je pourrais écrire des pages sur chacune, merci d'être vous.

A *Chalope, Clem*, pour avoir traversé l'externat ensemble et surtout l'Atlantique ! Vous êtes aujourd'hui toutes les deux comblées, je vous souhaite beaucoup de bonheur !

Aux *Studs*, à cette ambiance studieuse, bienveillante et « un peu » festive qui m'a accompagné mes deux premières années de médecine, j'y ai trouvé une vraie famille et de nombreuses amitiés ; et à Mme Guinard, bien sûr, qui, malgré toutes nos bêtises, veillait sur nous.

A *Clémi*,

D'abord amies puis colocs, la géographie nous a séparé un certain temps mais nous voilà bientôt de nouveau réunies dans la même ville. On va pouvoir reprendre nos loooooongues discussions ! Je me ferai un plaisir de te guider ici et espère que tu t'y épanouiras comme tu le mérites.

A *Anne Claire*,

Ma Nanou, mon amie de toujours, un soutien sans faille, un optimisme et une joie de vivre à toute épreuve, merci d'être toi, j'espère t'avoir encore longtemps à mes côtés,
Et *Célian*, merci de rendre mon amie heureuse tout simplement, j'adore la personne que tu es.

A *mon Maxou*,

Pardon, monsieur le Directeur ! Je n'aurais pas nécessairement parié sur une amitié aussi durable au lycée, et pourtant... Tu es toujours là, quand j'ai besoin d'une oreille attentive ou d'un partenaire de terrasse, tu me fais rire, et tu supportes, grâce à ton aisance naturelle, nos soirées et

conversations de médecines, qui ne volent pas toujours très haut... Même s'il t'a envoyé trop loin de moi, je suis fière de ton parcours et te souhaite le meilleur.

Aux autres lamballais,

A Justine, à nos sorties en scooter et beaucoup d'autres, malgré la distance et nos, malheureusement, rares rendez-vous, c'est toujours un plaisir de te voir,

A David, j'ai trouvé plus bavard que moi et ce n'était pas gagné, à tous nos déjeuners nantais passés et à tous ceux à venir et à *Flo Mc Pell*, mon Polonais préféré, à nos barbeucs chez toi et à tes talents de décorateur d'intérieur qui nous ont bien aidés, c'est un plaisir de vous avoir à Nantes,

A Sussu, François, Tien et tous les autres *Barlous*.

A Joe la Frisette,

Je suis ravie de te compter parmi mes amis aujourd'hui, même si ton humour laisse parfois à désirer... J'aspire à te mettre un jour une branlée à la Switch, en attendant notre canapé te sera toujours grand ouvert !

A Mathieu,

Notre caviste préféré, tu as choisi de partir draguer les américaines plutôt que de continuer à nous conter ton amour pour le vin ici, la soirée passée à la cave restera mémorable !

A ma famille :

A Papa, à Maman, je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi, si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous, à votre amour, votre éducation, votre soutien inconditionnel. Je vous admire ; Papa pour ton calme à toute épreuve (sauf parfois en voiture), ton côté Mc Gaver qui répare tout, ta maîtrise de la cuisson des pâtes et ton humour bien à toi ; Maman pour ta détermination dans tout ce que tu entreprends, ta franchise inébranlable, ton sens de l'organisation et du rangement (dont je n'ai à priori pas hérité...) et ta blanquette de veau ; et j'en oublie ! Je vous aime.

A mon frère Mika, même si on a passé beaucoup de temps à se chamailler, on a aussi été de bons acolytes de bêtises. Malgré ton côté mauvais joueur, je suis fière de ce que tu es, tu pourras toujours compter sur moi, je t'aime. Et à *Jimmy*, mon beauf, merci de prendre soins de Mika, je vous souhaite beaucoup de bonheur !

A Papy et Mamy, vous rêviez de me voir prêter serment un jour, je n'en ai jamais été aussi proche, et je suis ravie de vous compter parmi les témoins ! Malgré les larmes que j'ai pu verser devant mes assiettes de chou-fleur à la Boutinerie (j'y aurais au moins appris la tolérance de la frustration), j'ai aussi passé de très bonnes vacances, à découvrir l'apiculture, à la cueillette des champignons ou la chasse aux escargots, et j'en passe ! Prenez soins de vous, je vous aime.

A Papi et Mamie, je n'aurais pu rêver meilleurs « nounous » que vous, votre gentillesse, vos valeurs, votre amour a contribué à faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Tous ces moments passés en votre compagnie m'ont été plus que précieux. Je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi. Mamie tu as finalement rejoint l'homme de ta vie, je sais que vous continuez de veiller sur moi d'où vous êtes.

A Muriel, Thomas et Ophé, et à toute la famille Rondel (que citer prendrait beaucoup de place !), nos réunions sont malheureusement devenues rares mais je sais que je pourrais toujours compter sur vous.

A la famille Verdure, merci de m'avoir accueilli comme vous l'avez fait, j'apprécie toujours les moments passés avec vous. Eines Tages, das verspreche ich, werde ich Deutsch sprechen ! Machen Sie's gut und bis bald.

Et enfin, à *toi Lucas*, je ne pourrais résumer en quelques lignes ce que tu m'apportes au quotidien. Merci pour ton soutien sans faille, merci de me faire rire à chaque instant et merci pour tes gougères ! Pas un instant je ne m'ennuie à tes côtés, j'ai déjà des milliers de souvenirs avec toi et j'espère en avoir encore beaucoup d'autres ! L'idée de TE supporter toute ma vie me rend également heureuse ;)

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	8
Résumé	10
Abstract	11
Liste des abréviations	12
Introduction	13
Contexte et généralités	14
I. Les différents acteurs du suivi des femmes et leur formation	14
1. Gynécologues	14
2. Médecins généralistes	15
3. Sages-femmes	16
II. La démographie médicale.....	16
1. Les gynécologues médicaux (GM)	16
2. Les médecins généralistes (MG).....	17
3. Les sages-femmes (SF)	18
4. Synthèse.....	20
III. Evolution de la relation médecin-patient.....	20
IV. Contexte médiatique et réponse politique	21
1. #PayeTonUterus	21
2. Publications et médiatisation.....	21
3. Le rapport du HCE (Haut Conseil à l’Egalité entre les hommes et les femmes).....	22
V. Examen pelvien	23
1. Historique.....	23
2. Description de l’examen et apports théoriques	23
Matériel et méthode	25
I. Objectif de l’étude.....	25
II. Type d’étude	25
III. Population étudiée	25
IV. Recrutement des médecins interrogés	26
V. Recueil de données	26
1. Guide d’entretien	26
2. Réalisation des entretiens.....	26
3. Consentement.....	27

VI. Retranscription des entretiens	27
VII. Analyse des données	27
Résultats.....	28
I. Analyse des caractéristiques de l'échantillon.....	28
1. Généralités	28
2. Données épidémiologiques.....	29
3. Activité gynécologique.....	30
II. Analyse thématique.....	31
1. Les facteurs émanant des patientes.....	31
2. Les facteurs émanant des médecins	42
3. Les facteurs environnementaux.....	87
Discussion.....	99
I. Forces de l'étude	99
II. Limites de l'étude	100
III. Résultats principaux	101
1. Les acteurs du suivi gynécologique	101
2. Le facteur temps omniprésent.....	104
3. Une formation hétérogène	105
4. L'examen pelvien comme « porte d'entrée »	107
5. Un suivi centré frottis et contraception	108
6. Un examen controversé en systématique	110
7. Une discipline genrée	112
8. La place des médias.....	113
Conclusion	115
Références.....	117
Annexes.....	123
I. Annexe 1. Guide d'entretien initial	123
II. Annexe 2. Guide d'entretien final	125
III. Annexe 3. Tableau récapitulatif des caractéristiques des médecins.....	128
Serment d'Hippocrate	129

Résumé

Les déterminants de la réalisation de l'examen pelvien en médecine générale dans le suivi des femmes hors grossesse.

Une étude qualitative auprès de médecins généralistes de Loire Atlantique et Vendée.

RESUME

Introduction : L'implication des médecins généralistes en gynécologie et la pratique de l'examen pelvien en dehors de la grossesse semble variable. Le but de cette étude était d'explorer les déterminants de la pratique de cet examen en médecine générale.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de seize médecins généralistes entre décembre 2018 et décembre 2019. Les entretiens ont été retranscrits et analysés par thème.

Résultats : L'investissement en gynécologie était hétérogène. L'activité des médecins généralistes était variable en fonction de leur formation, de l'expérience acquise, de leurs convictions et représentations vis-à-vis de cet examen, du genre du médecin, des patientes et de l'entourage professionnel. Le genre masculin du médecin, les réticences des patientes, les âges extrêmes, la gestion du temps et l'existence d'un suivi gynécologique par un autre professionnel ont été perçus comme des freins. La formation des médecins généralistes en gynécologie pouvait sembler insuffisante et inadaptée à la médecine générale et leurs compétences insuffisamment reconnues.

Conclusion : Les médecins généralistes se sentent investis dans le suivi gynécologique, notamment préventif, et seraient favorables à une formation plus complète et adaptée. Une reconnaissance de leurs compétences dans ce domaine est plébiscitée.

MOTS-CLES

RECHERCHE QUALITATIVE - GYNECOLOGIE – MEDECINE GENERALE - EXAMEN PELVIEN –
PREVENTION - SUIVI GYNECOLOGIQUE

Abstract

Determinants of the performance of the pelvic examination in general medicine in the follow-up of non-pregnant women.

A qualitative study of general practitioners in the Loire Atlantique and Vendée regions.

SUMMARY

Introduction : The involvement of general practitioners in gynaecology and the practice of pelvic examination outside pregnancy seems to vary. The purpose of this study was to explore the determinants of the practice of this examination in general practice.

Method : Qualitative survey by semi-directed interviews of sixteen general practitioners between December 2018 and December 2019. The interviews were transcribed and analysed by theme.

Results : The investment in gynecology was heterogeneous. The activity of general practitioners varied according to their training, the experience they had acquired, their convictions and representations regarding this examination, the doctor's gender, the patients and the professional environment. The male gender of the doctor, the reluctance of the patients, the extreme ages, time management and the existence of gynaecological follow-up by another professional were perceived as obstacles. The training of general practitioners in gynaecology might seem insufficient and unsuitable for general medicine and their skills insufficiently recognised.

Conclusion : General practitioners feel invested in gynaecological follow-up, particularly preventive, and would be in favour of more complete and adapted training. Recognition of their skills in this area is welcomed.

KEYWORDS

QUALITATIVE RESEARCH - GYNECOLOGY - GENERAL MEDICINE - PELVIC EXAMINATION - PREVENTION - GYNECOLOGICAL FOLLOW-UP

Liste des abréviations

ACP : American College of Physicians
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DIU : Diplôme Inter Universitaire ou Dispositif Intra-Utérin
EBM : Evidence Based Medecine
ECN : Examen National Classant
FCU / FCV : Frottis Cervico-Utérin / Frottis Cervico-Vaginal
FFI : Faisant Fonction d'Interne
FMC : Formation Médicale Continue
GECSSP : Groupe d'Etude Canadien sur les Soins de Santé Préventifs
GM : Gynécologue Médical
GO : Gynéco-Obstétricien
HAS : Haute Autorité de Santé
HCE : Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HPV : Human Papilloma Virus
IST / MST : Infection Sexuellement Transmissible / Maladie Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
JAMA : Journal of the American Medical Association
MG : Médecin Généraliste
MSPD : Maison de Santé Pluri-Disciplinaire
MSU : Maître de Stage Universitaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PV : Prélèvement Vaginal
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SF : Sage-Femme
SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
SYNGOF : Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France
THS / THM : Traitement Hormonal Substitutif / Traitement Hormonal de la Ménopause
TR : Toucher Rectal
TV : Toucher Vaginal
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

Introduction

La gynécologie est une spécialité qui demeure en accès libre par les patientes malgré l'instauration du parcours de soins par la loi du 9 août 2004 (1), qui mettait le médecin généraliste au centre du suivi des patients en lui attribuant un rôle supplémentaire de coordinateur des soins. Le maintien de l'accès aux gynécologues permet aux femmes de choisir l'interlocuteur privilégié pour assurer leur suivi gynécologique.

Plusieurs choix s'offrent donc à elles : le gynécologue, généralement gynécologue médical et le plus souvent non hospitalier, le médecin généraliste, qu'il soit médecin traitant ou non, et enfin la sage-femme qui, depuis une dizaine d'année, peut également suivre les femmes sur le plan gynécologique et gérer tout type de contraception (2).

Néanmoins, on remarque depuis quelques années une diminution du nombre de gynécologues médicaux en France (3) dont les délais de consultations semblent se rallonger. Par conséquent, les médecins généralistes seront amenés à être sollicités de plus en plus fréquemment par les femmes pour assurer ce suivi, d'autant plus que les actes de prévention, la prise en charge de pathologies aiguës courantes et le suivi de traitements chroniques font partie des compétences de ces derniers (4).

La pratique de la gynécologie semble cependant hétérogène, notamment sur la réalisation de l'examen pelvien « systématique » dans le suivi des femmes. J'ai pu le constater au cours de mes différents stages, en médecine générale comme en gynécologie, durant mon externat et mon internat ainsi que lors de stages réalisés dans le cadre du DIU de « gynécologie pour le médecin généraliste ». Il semblait exister une différence intra-professionnels, que ce soit entre les généralistes et les gynécologues, ou entre les médecins généralistes eux-mêmes.

En parallèle de ce constat démographique, une polémique médiatique remettant en question certaines pratiques concernant la gynécologie a éclaté en 2014 (5), avec une libération de la parole des femmes favorisée par les nombreux réseaux sociaux existant aujourd'hui. Ces différentes accusations, qu'elles soient justifiées ou non, nous poussent à nous interroger sur les raisons de réaliser de façon systématique un examen qui touche à l'intimité des femmes.

Même si cette polémique ciblait plus les spécialistes, les médecins généralistes pratiquant la gynécologie ont également pu se sentir concernés et ainsi modifier leurs habitudes.

Tout cela s'inclut dans une évolution plus générale de la condition des femmes dans la société et de la relation médecin-patient, où l'on observe une tendance à la disparition de la parole irréfutable du médecin au profit d'une relation plus équilibrée, où les décisions seraient partagées.

Dans ce contexte, et afin d'optimiser le suivi gynécologique des femmes, je me suis interrogée sur la pratique de l'examen pelvien par les médecins généralistes et sur les facteurs déterminants sa réalisation.

Contexte et généralités

I. Les différents acteurs du suivi des femmes et leur formation

1. Gynécologues

A. Gynécologues médicaux

a. Formation

La formation des gynécologues médicaux est née en 1963 avant d'être supprimée du cursus universitaire en 1984. Cette spécialité reverra le jour en 2002 sous forme de D.E.S par la voie de l'internat, avec un nombre de place très limité. Cet internat dure 4 ans, faisant suite aux six premières années d'études médicales communes à toutes les spécialités. La formation pratique (en parallèle de la formation théorique), depuis la réforme de 2017, se déroule en 3 phases et comprend globalement 2 semestres en gynécologie médicale (ou endocrinologie, oncologie, médecine de la reproduction), 3 semestres de gynécologie-obstétrique (ou endocrinologie, oncologie, médecine de la reproduction pour un des trois), un stage libre et une année de gynécologie médicale (stage hospitalier ou libéral)(6).

b. Rôles

La gynécologie médicale s'occupe à part entière de la santé de la femme. Elle s'articule autour de la gynécologie et l'obstétrique, l'endocrinologie, l'oncologie et la médecine de la reproduction. Elle prend donc en charge la contraception, l'orthogénie, le dépistage des maladies sexuellement transmissibles, la prévention et l'éducation dans ces domaines, la prise en charge de l'infertilité du couple, le suivi de grossesse, les troubles de la ménopause, la puberté pathologique, les problèmes endocriniens des axes gonadiques, et enfin le dépistage et la prise en charge des cancers gynécologiques hors chirurgie. Les gynécologues peuvent pratiquer l'échographie et recevoir des patientes adressées par leur médecin traitant pour avis.

B. Gynécologues obstétriciens

a. Formation

L'internat de gynécologie-obstétrique se déroule depuis la réforme de 2017 sur 6 années comme toute spécialité chirurgicale, dont les deux dernières années sont des stages en autonomie supervisée. Parmi les douze semestres, 8 ont obligatoirement lieu en gynécologie et obstétrique, et 2 des stages libres ont obligatoirement lieu en chirurgie. Le reste est libre, généralement adapté au projet professionnel de l'interne (7).

b. Rôles

La gynécologie-obstétrique est une spécialité médico-chirurgicale. Elle s'occupe également de la santé de la femme mais possède une activité chirurgicale additionnelle. Le GO est aussi spécialiste de la grossesse et de l'accouchement, notamment compliqué. Il choisit généralement au cours de son cursus de se spécialiser plus en gynécologie ou en obstétrique même s'il reste compétent dans l'ensemble de la spécialité. Il peut également assurer un suivi gynécologique classique, et reçoit les patientes adressées par leur médecin traitant lorsqu'un avis spécialisé est demandé.

2. Médecins généralistes

A. Formation

La formation de médecin généraliste s'étend sur 9 années, dont les six premières sont communes avec les autres spécialités. Les trois années après l'ECN constituent l'internat de médecine générale, qui se composait jusqu'à récemment de 6 semestres : 4 obligatoires et 2 libres. Parmi les 4 obligatoires, un semestre est dédié à la gynécologie et la pédiatrie. Dans de nombreuses villes, un choix est à faire entre les deux spécialités, les stages couplés étant minoritaires. Le semestre chez le médecin généraliste est lui aussi obligatoire et nombreux sont ceux qui choisissent d'effectuer un SASPAS (stage ambulatoire en soins primaire en autonomie supervisée) en stage libre.

Depuis 2017 (8), la composition de l'internat a été modifiée : sa durée est toujours de 3 ans mais le SASPAS est devenu obligatoire en 3e année. La réalisation d'un stage en pédiatrie et en gynécologie devrait devenir obligatoire, même si les possibilités d'accueil dans les différents services rendent l'application de cette mesure difficile.

B. Rôle

Également appelé omnipraticien, le médecin généraliste est, selon la WONCA (4), « habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès direct et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée ». Il possède en général une approche plutôt holistique de la santé, c'est à dire centrée sur le patient dans sa globalité en prenant en compte ses différentes dimensions, en opposition à l'approche plus allopathique des spécialistes d'organes. La médecine générale « utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée ». Le médecin généraliste coordonne les soins avec les autres professionnels de santé.

La spécialité de médecine générale couvre un « vaste champ d'activité dépendant des besoins et des demandes des patients ». Elle « base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires ». Les problèmes rencontrés en médecine générale sont différents de ceux rencontrés dans les services de soins de seconde ligne. La

prévalence et l'incidence des pathologies y sont également différentes du fait de l'absence de sélection préalable, les pathologies graves y étant beaucoup moins rencontrées.

Un des rôles primordiaux du médecin généraliste est également de promouvoir la santé et de mettre en place des actes de prévention.

3. Sages-femmes

A. Formation

La formation initiale dure 5 ans, incluant la PACES, puis 4 ans en école de sages-femmes. Le premier cycle comprend deux années durant lesquelles l'étudiant en maïeutique acquiert les bases de la physiologie gynécologique, obstétricale et pédiatrique en alternant des enseignements pratiques et théoriques. Le second cycle, durant également deux ans, est plutôt axé sur l'apprentissage du diagnostique et du pathologique dans ces mêmes champs. Les étudiants suivent en parallèle des modules de formation complémentaires portant, entre autres, sur la contraception, l'échographie, l'aide médicale à la procréation.

B. Rôle

Les sages-femmes sont les spécialistes de la grossesse physiologique avec un rôle de prévention (vaccinations, tabacologie), d'accompagnement pendant et après la grossesse (suivi, préparation à l'accouchement et rééducation périnéale en post-partum) (9). Certaines sont également formées à l'échographie obstétricale.

La loi HPST du 21 juillet 2009 (2) a élargi leur champ de compétence leur permettant d'assurer un suivi gynécologique et la prescription de contraception en dehors de situations pathologiques. Elles font désormais partie des professionnels de santé auxquels peuvent avoir recours les femmes pour ce suivi.

II. La démographie médicale

1. Les gynécologues médicaux (GM)

D'après le ministère des Solidarités et de la Santé (10), on comptait, en **2018**, 2795 gynécologues médicaux en France, dont 61,4% ayant un exercice libéral, avec de fortes disparités régionales. Ainsi, dans les Pays de La Loire seulement 90 GM dont 65,5% en libéral, en Loire Atlantique 47 GM dont 74,4% en libéral et 13 en Vendée dont 30,7% seulement en libéral.

Par comparaison, on retrouvait 3600 GM en France en **2013** dont 68,5% en libéral, 121 GM dans les Pays de la Loire dont 74,4% en libéral, et à l'échelle départementale, 62 GM en Loire Atlantique (82,2% en libéral) et 15 GM en Vendée (60% en libéral).

En ce qui concerne la densité, au niveau national en **2018**, elle était en moyenne de 9,8 GM pour 100000 habitants. A l'échelle régionale, dans les Pays de la Loire, elle descendait à 5,7 GM pour 100000 habitants (donc bien au-dessous de la moyenne nationale), avec en Loire Atlantique 8 GM pour 100000 habitants et en Vendée une densité de 4,6 GM pour 100000 habitants.

En **2013**, la densité nationale était de 12,9 / 100000 habitants, dans les Pays de la Loire la densité était de 8/100000 habitants, 11,3 en Loire Atlantique et 5,5 en Vendée. On constatait donc là aussi une diminution globale en faisant abstraction des variations de la population générale.

Tableau 1 - Démographie des gynécologues médicaux

		France	Pays de la Loire	Loire Atlantique	Vendée
2018	Total	2795	90	47	13
	Libéral	1717	59	35	4
	Densité (pour 100000 habitants)	9.8	5.7	8	4.6
2013	Total	3600	121	62	15
	Libéral	2466	90	51	9
	Densité (pour 100000 habitants)	12.9	8	11.3	5.5

Cette nette diminution du nombre de gynécologues médicaux depuis 5 ans est secondaire à la diminution du nombre de professionnels formés à cette spécialité, amplifié par un arrêt complet de formation des gynécologues médicaux entre 1987 et 2003 (11). En 2018, l'âge moyen des gynécologues médicaux était de 61 ans. Les nombreux départs à la retraite des prochaines années feront encore chuter le nombre de professionnels en activité.

2. Les médecins généralistes (MG)

En **2018**, on recensait en France 87801 médecins généralistes inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins en activité régulière (ne rentrent pas en compte les remplaçants et les retraités, actifs ou non, ce chiffre s'élevant à 102466 toute activité comprise) (3). Ce nombre est en diminution depuis **2010** où l'on en comptait 94261, soit une baisse de 7% en huit ans. Les pronostics sur l'évolution future sont plutôt péjoratifs puisque leur nombre continuerait de diminuer pour atteindre 81804 médecins généralistes en 2025.

Deux évolutions parallèles sont à noter : une féminisation de la profession avec une proportion de femmes en médecine générale de 48,2% en 2018 (contre 39,2% en 2010) et un

vieillessement des médecins qui semble s'être stabilisé depuis 2010 avec une moyenne d'âge autour de 50 ans (3).

Au niveau régional, et plus particulièrement en Pays de la Loire (12), on notait une faible augmentation du nombre de médecins généralistes de 0,31 %, à nuancer compte tenu des différences à l'échelle départementale. En effet, l'augmentation est de 2,59% en Loire Atlantique contre 0,14% en Vendée, les deux départements concernés par mon travail. D'après les données disponibles sur le site du Ministère de la santé (10), en **2018**, les Pays de la Loire comptaient 5445 médecins généralistes, dont 2321 en Loire Atlantique (soit 42,6%) et 837 en Vendée (soit 15,3%). Pour comparer et apprécier l'évolution, en **2013**, dans les Pays de la Loire on retrouvait 5170 généralistes, 2104 en Loire Atlantique (soit 40,6%) et 825 en Vendée (soit 15,9%).

En matière de densité, sur le plan national, elle était en moyenne en **2018** de 153 MG pour 100000 habitants. A l'échelle régionale, en Pays de la Loire, elle était à 144,6/100000 habitants, avec une densité de 166,1/100000 habitants en Loire Atlantique contre seulement 123,8/100000 habitants en Vendée. En comparaison, en **2013**, la moyenne nationale était de 155,5 MG pour 100000 habitants. Dans les Pays de la Loire, la densité était de 142,4/100000 habitants, et atteignait 160,7 en Loire Atlantique contre 127 en Vendée. Ces chiffres sont stables au niveau national et régional avec des disparités à l'échelle départementale, la Loire Atlantique semblant plus attractive que la Vendée.

Tableau 2 - Démographie des médecins généralistes

		France	Pays de la Loire	Loire Atlantique	Vendée
2018	Total	102466	5445	2321	837
	Densité (pour 100000 habitants)	153	144.6	166.1	123.8
2013	Total	101803	5170	2104	825
	Densité (pour 100000 habitants)	155.5	142.4	160.7	127

3. Les sages-femmes (SF)

Leur nombre s'élevait à 22812 en France en **2018** dont 20.7% en libéral. On en recensait 1212 en Pays de la Loire : 474 en Loire Atlantique et 210 en Vendée, dont un quart exerçant en libéral. On constatait une augmentation depuis **2014** selon les chiffres du Ministère de la Santé (10), avec 20991 en France cette année-là (16.4% en libéral), 1133 en Pays de La Loire (19.7% en libéral) et au niveau départemental, 454 en Loire Atlantique (21.1% en libéral) et 196 en Vendée (22.9% en libéral).

En ce qui concerne la densité (nombre/100000 habitants), la moyenne nationale en **2018** était de 156,6 dont 32,5 seulement en libéral. En Pays de la Loire, ce chiffre était de 152,8, dont 38,1 SF pour 100000 habitants exerçant en libéral, un chiffre légèrement supérieur à la moyenne nationale. A l'échelle départementale, on retrouvait 151 SF / 100000 habitants en Loire Atlantique (39 en libéral) et 162,8 SF/ 100000 habitants en Vendée (42,8 en libéral). Pour apprécier l'évolution, en **2014**, la densité était de 142,6/100000 habitants dont 23,4 en libéral en France. Dans les Pays de la Loire, elle était de 144/100000 habitants dont 28,5 en libéral : 151,9/100000 habitants dont 32,1 en libéral en Loire Atlantique et 150,3/100000 habitants dont 34,5 en libéral en Vendée.

Tableau 3 - Démographie des sages-femmes

		France	Pays de la Loire	Loire Atlantique	Vendée
2018	Total	22812	1212	474	210
	Libéral	4735	302	123	55
	Densité totale (pour 100000 habitants)	156.6	152.8	151	162.8
	Densité en libéral (pour 100000 habitants)	32.5	38.1	39	42.8
2014	Total	20991	1133	454	196
	Libéral	3448	224	96	45
	Densité totale (pour 100000 habitants)	142.6	144	151.9	150.3
	Densité en libéral (pour 100000 habitants)	23.4	28.5	32.1	34.5

Le nombre de sages-femmes est en augmentation depuis 5 ans, notamment en Vendée, zone sous dotée en gynécologues et médecins généralistes.

4. Synthèse

La franche diminution du nombre de gynécologues médicaux formés depuis 2012, conjointement au départ à la retraite de nombreux gynécologues, entraîne un déficit important de spécialistes en activité et par conséquent une difficulté d'accès à cette spécialité pour les patientes, avec des délais de consultation importants. De ce fait, les patientes se redirigent de plus en plus vers les médecins généralistes et les sages-femmes pour assurer leur suivi. D'autre part, en présumant que les femmes préfèrent avoir recours à un praticien du même sexe, la féminisation de la profession de médecin généraliste favorise leur sollicitation pour le suivi gynécologique. On constate enfin que les régions moins denses en médecins (gynécologues et généralistes) se retrouvent mieux pourvues en sages-femmes, permettant de répondre à la demande dans ces départements.

III. Evolution de la relation médecin-patient

La relation médecin - patient est depuis longtemps une relation faite d'attentes et d'espérances mutuelles. Elle a généralement pour point de départ la demande d'un sujet souffrant à un sujet disposant du savoir. Le patient en attend un soulagement voire la guérison, le médecin en attend une reconnaissance et une vérification de son pouvoir soignant. Cette relation est le fondement de l'exercice médical, le résultat d'une rencontre singulière et imprévisible construite autour du double langage du corps et de la parole (13,14).

Cette relation a longtemps reposé sur un modèle paternaliste : le médecin est détenteur du savoir et du pouvoir sur le corps du patient ; le patient est soumis à l'autorité médicale, dans une position plutôt passive et une relation infantilisante. Le médecin prend la supposée meilleure décision pour le patient. La communication est unilatérale, l'information descendante uniquement, le médecin informe le patient afin de recevoir un consentement éclairé, sans réelle délibération.

Ce modèle paternaliste, plutôt européen, est à l'opposé du modèle consumériste prédominant outre-Atlantique. Dans ce dernier, le médecin et le patient sont sur un pied d'égalité avec un respect absolu des libertés individuelles : le patient est un client, le médecin un prestataire de service dans une société où les plaintes et les poursuites judiciaires sont fréquentes et banalisées.

De nos jours, la relation médecin-patient a notablement évolué vers un respect de l'autonomie des patients et de leurs libertés individuelles grâce à de nombreux facteurs sociaux et déontologiques ainsi qu'à une obligation juridique d'information des patients. L'évolution s'est faite vers un modèle intermédiaire.

Y ont participé une démocratisation des études supérieures, la Loi Kouchner de 2002 concernant les droits des patients, et surtout le développement d'internet permettant un accès facilité aux connaissances médicales. Les maîtres mots de ce modèle sont la décision partagée grâce à une communication bilatérale. Le médecin apporte ses connaissances et le patient expose ses préférences. Au décours de ces échanges, différentes options de traitement, si elles existent, sont

proposées, aboutissant à un accord entre les deux intervenants. Il persiste néanmoins un naturel déséquilibre entre le médecin et le patient, ce dernier demeurant dépendant de l'expertise du praticien et de son pouvoir de prescription. L'examen gynécologique n'a pas échappé à cette évolution de la relation médecin-patient.

IV. Contexte médiatique et réponse politique

1. #PayeTonUterus

Le 19 novembre 2014 (15), à l'ère des réseaux sociaux, un mot-dièse est lancé sur Twitter par une étudiante en pharmacie afin de libérer la parole des femmes sur «les violences gynécologiques». Ce terme, utilisé depuis une vingtaine d'année dans d'autres pays, désigne les maltraitements ressentis par les femmes durant l'examen gynécologique. Ce mot-dièse engendra plus de 7000 tweets en 24h. Des milliers de femmes témoignèrent des jugements de valeur, paroles ou comportements déplacés qu'elles ont pu subir de la part de soignants.

Les sujets récurrents de ces témoignages sont : la contraception (avec une pression ressentie autour du désir d'enfants pour les femmes trentenaires, des avis subjectifs sur les différents moyens de contraception, l'impression de ne pas toujours être écoutée sur les effets secondaires, etc.), les réflexions sexistes, homophobes, grossophobes...

2. Publications et médiatisation

Début 2015, un nouveau scandale agite la toile : il s'agit de la réalisation, dans certains établissements de santé, de touchers pelviens pratiqués sans consentement préalable sur des patientes anesthésiées (16), dans certains établissements de santé. S'en suit le lancement, en février 2015, d'un Tumblr nommé « Je n'ai pas consenti » (17) recueillant de nombreux témoignages sur l'absence de consentement, dont beaucoup font référence à l'accouchement. La ministre alors chargée de la Santé, Mme Marisol Touraine, commande un rapport sur le consentement à la conférence des doyens qui sera rendu public en octobre 2015.

Les médias s'emparent alors de la polémique et publient différents témoignages de femmes dénonçant des injonctions concernant leur physique, leur vie sexuelle, leur volonté ou non d'avoir des enfants, mais aussi des examens pelviens mal vécus, un manque d'écoute et de considération de leurs plaintes... Un second Tumblr est mis en ligne nommé « Paye Ton Gynéco »(18) recueillant là encore de nombreux témoignages.

Au niveau médiatique, on a pu lire dans **Le Monde** (5) en 2014, suite au lancement du mot-dièse : « *Paternalisme, condescendance, gestes irrespectueux... Sous l'hashtag « #PayeTonUtérus », des dizaines de femmes ont raconté sur Twitter leurs expériences malheureuses chez un gynécologue, un généraliste ou à la pharmacie. Au gré de témoignages de moins de 140 signes, elles ont dévoilé ces petites phrases qui blessent ou humilient durablement. «Aucun diplôme ne donne le droit de*

*mépriser l'expérience physique que les femmes font de leur propre corps », résume une internautes.» ; ou encore dans **Néon** (19) en 2018 : « Sentiment de honte, de culpabilité, perte d'estime de soi... Les femmes ayant subi des comportements et propos abusifs de la part de leur gynécologue sont enfin entendues, après des années de déni de la part des autorités médicales. ».*

Dans un article de **Causette** (20) de 2018, on remet en question le CNGOF et SYNGOF: « Deux instances régissent la profession en France, le Syngof – principal syndicat des gynécos – et le CNGOF – collège de savants. À leur tête, d'éminents professeurs et chefs de service aux tempes grises dont la vision de la santé des femmes ne respire pas toujours le progressisme. » ; ou encore dans **Le Point** en 2017 (21) : « La polémique n'en finit plus d'enfler. D'un côté, des femmes affirment être victimes de « maltraitances gynécologiques », de l'autre, les médecins dénoncent un « gynéco-bashing ». Entre paroles inappropriées, gestes médicaux que certaines comparent à une « mutilation », et des accouchements lors desquels beaucoup se sentent comme « un bout de viande », les remontrances contre les gynécologues se multiplient. »

Cette surenchère médiatique a conduit, été 2017, la secrétaire d'état à l'égalité entre les hommes et les femmes, Marlène Schiappa, à commander un rapport auprès du Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et femmes afin « d'objectiver le phénomène et d'identifier des leviers pour améliorer la situation ».

3. Le rapport du HCE (Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes)

Ce rapport a été publié et voté le 26 juin 2018 (22) après 9 mois d'entretiens auprès de professionnels médicaux, de patientes et d'associations, de représentants des ordres professionnels ou de sociétés savantes et de représentants de l'état.

Il identifie six types d'actes sexistes : non prise en compte de la gêne de la patiente, propos porteurs de jugements, injures sexistes, actes sans consentement ou sans respect du choix de la patiente, actes non justifiés médicalement, violences sexuelles.

Les explications apportées au caractère courant des actes sexistes sont selon les auteurs du rapport : la multiplicité d'occasions de consultations gynécologiques, l'insuffisante prise en compte du caractère intime de ces consultations, une formation initiale centrée sur la technique.

Les conséquences observées sur les patientes étaient d'ordre psychique (culpabilité, perte d'estime de soi, état de stress post-traumatique), physique (principalement dans le post-partum), avec un retentissement sur le suivi médical (mensonges par peur du jugement, errance médicale, peur de reconsulter) et sur leur vie familiale (majoritairement dans post partum).

Enfin, le rapport fait le point sur les recommandations de bonne pratique existantes en gynécologie (sources OMS, HAS et CNGOF) et pointe du doigt une carence dans certains champs, notamment ceux du suivi gynécologique dit « de routine » et de la première consultation gynécologique (en dehors de la contraception).

V. Examen pelvien

1. Historique

Un article de La Revue du Praticien de 2008 (23) revient sur l'évolution de la pratique de cet examen depuis 1800.

Le début des années 1800 voit l'avènement de la médecine anatomoclinique. Les médecins sont méfiants du récit que font les femmes de leurs symptômes, ces derniers étant souvent peu spécifiques. Ils décident donc qu'il est nécessaire dans certains cas de pratiquer un examen génital par toucher vaginal. Cet examen était pratiqué debout, sous les jupes des femmes. Cependant, beaucoup de médecins continuaient de prescrire sans examiner les femmes, freinés par leur timidité, l'inhabileté, l'incompétence, voire le dégoût : l'entrejambe des femmes étant considéré comme « mal propre ». De fait, la réalisation de cet examen était souvent réservée aux accoucheurs, dont les connaissances de l'anatomie féminine étaient acquises.

Le spéculum fait son apparition en 1818, mais est très peu utilisé à cause de la pudeur des femmes, son utilisation nécessitant l'exposition de la vulve. Il sera, à partir de 1870, utilisé de façon systématique lors des visites sanitaires des prostituées. Son utilisation se démocratisera progressivement, d'autant plus que l'examen gynécologique se pratiquera en position allongée avec étrières.

L'examen deviendra systématique à partir des années 40 dans la surveillance de la contraception et le dépistage du cancer du col de l'utérus, puis à nouveau négligé à partir des années 80, du fait de l'avènement de l'imagerie médicale et d'une mauvaise formation clinique des futurs praticiens.

2. Description de l'examen et apports théoriques

L'examen pelvien (24) fait généralement suite à l'anamnèse de la patiente sur ses symptômes, habitus, antécédents, ainsi qu'à l'examen clinique abdominal. Les règles de base sont le respect de la pudeur de la patiente, en la laissant notamment se déshabiller seule.

A. Examen vulvaire et périnéal

L'examen vulvaire est réalisé en position gynécologique au repos et à l'effort. On inspecte le périnée, les grandes et petites lèvres, le clitoris et l'introïtus vaginal.

On observe les signes d'imprégnation hormonale (trophicité, développement des organes sexuels secondaires), la distance ano-vulvaire, la présence de séquelles obstétricales éventuelles, de mutilations sexuelles, de lésions traumatiques, de signes d'infection cutanéomuqueuse (herpès, mycose, condylomes...) et des glandes de Skene et Bartholin.

B. Examen au spéculum

La taille du spéculum doit être adaptée à la patiente. La mise en place se fait après lubrification au sérum physiologique : il est introduit lames fermées à la verticale, en s'appuyant sur la fourchette vulvaire après avoir écarté les petites lèvres. Au fur et à mesure de l'introduction, on réalise une rotation de 90° en s'orientant vers le sacrum, puis les valves sont ouvertes au contact du col qui doit être visible.

On peut examiner l'aspect du col, la zone de jonction si elle est visible, d'éventuelles anomalies type ectropion ou kystes. On peut apprécier la glaire cervicale et l'ouverture du col selon le moment du cycle. Au niveau du vagin, qu'on observe au cours du retrait du spéculum, on recherche d'éventuelles anomalies (leucorrhées, kystes, malformations ou nodules d'endométriose). La mise en place du spéculum permet la réalisation du frottis cervico-utérin ou de prélèvements vaginaux.

C. Toucher vaginal (TV)

Le toucher vaginal est la dernière partie de l'examen. Il est réalisé à deux doigts, le majeur et l'index (sauf en cas d'atrophie, un doigt seulement) protégés par un doigtier à usage unique. Le médecin se positionne idéalement sur le côté de la patiente plutôt qu'entre ses jambes. La main controlatérale est positionnée sur l'abdomen, permettant de ramener les viscères vers les doigts de l'examineur.

Le TV permet la recherche de masse utérine ou annexielle, d'un prolapsus éventuel. Il permet d'apprécier la mobilité du col et du corps utérin, son volume et sa position, de détecter une douleur provoquée à l'examen et d'évaluer la qualité du plancher pelvien.

Matériel et méthode

I. Objectif de l'étude

L'objectif principal était de recueillir les facteurs pouvant influencer les médecins généralistes dans leur pratique de l'examen pelvien dans le suivi des femmes.

II. Type d'étude

Une étude qualitative a été réalisée, permettant aux médecins de s'exprimer sur le sujet choisi, les facteurs observés étant plutôt subjectifs et donc difficile à mesurer.

Le type de méthode nous paraissant la plus adaptée était la méthode de la théorisation ancrée, autrement appelée « Grounded Theory », qui consiste à construire des théories à partir des données du terrain collectées par le chercheur, et non à partir d'hypothèses prédéterminées.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés afin de recueillir le plus d'information possible grâce aux questions ouvertes, tout en les orientant parfois vers certains items plus spécifiques, évoqués dans la littérature.

Le recours aux entretiens individuels permettait de faciliter la parole de l'interviewé en l'affranchissant du regard ou du jugement d'autres participants, l'enquêteur étant dans une position de neutralité bienveillante.

III. Population étudiée

La population étudiée était les médecins généralistes libéraux de Loire Atlantique et Vendée, installés ou remplaçants.

L'échantillonnage a été réalisé de façon raisonnée, avec une variation maximale sur le sexe, l'âge, le cadre et le milieu d'exercice. Nous avons cherché à être le plus exhaustif possible sans être représentatif sur le plan statistique, l'intérêt étant d'obtenir une diversité entre les différents médecins pour une plus grande richesse de discours. La proportion d'activité gynécologique n'était pas décisive dans le choix des médecins, l'objectif étant de recueillir les déterminants de cette pratique, qu'ils soient positifs ou négatifs.

Le nombre d'entretiens nécessaires n'a pas été déterminé à l'avance, l'objectif étant d'arriver à saturation d'idée, c'est-à-dire le moment où les informations recueillies paraissaient redondantes et n'apportaient plus de nouvelles informations.

IV. Recrutement des médecins interrogés

La sélection des médecins a été réalisée par connaissance directe ou indirecte, de proche en proche, selon la technique dite de « la boule de neige ». Les médecins ont été abordés quelques fois directement, lors de remplacements par exemple, ou contactés par téléphone ou par mail.

Des rendez-vous ont été pris afin de réaliser les entretiens en face-à-face. La date et le lieu de l'entretien ont été fixés à la convenance du médecin interrogé. Les informations données sur le sujet sont restées succinctes afin d'éviter d'influencer les réponses du participant.

V. Recueil de données

1. Guide d'entretien

Un guide d'entretien initial a été élaboré à la suite de mes recherches bibliographiques.

La première partie était consacrée au recueil des caractéristiques des médecins interrogés et de leur activité gynécologique. La suite du guide reprenait les grands axes de ma problématique, à savoir la pratique des médecins vis-à-vis de l'examen pelvien, leurs motivations et leurs freins éventuels, et des questions de relance pour chaque thème étaient proposées.

Ce guide permettait de structurer l'entretien sans diriger le discours. L'ordre des questions était adapté au déroulement de l'entretien et certaines questions n'avaient parfois pas de sens à être posées, d'autres étaient abordées par le médecin interrogé avant même que l'enquêtrice ne le fasse. Cela permettait également l'émergence de thématiques non anticipées.

Le guide d'entretien a été modifié au fur à mesure des entretiens en fonction de la pertinence des questions, de leur compréhension ou des thèmes non anticipés abordés par les médecins.

Les guides d'entretien initial et final sont disponibles respectivement en annexe 1 et 2.

2. Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés de décembre 2018 à décembre 2019. Le cadre de l'entretien était laissé au choix du médecin interrogé.

Après une présentation de l'enquêtrice et de l'étude, un recueil du consentement du médecin interrogé était requis, ainsi qu'un rappel de l'anonymat.

Les entretiens ont été intégralement enregistrés avec un dictaphone numérique Microsoft, après obtention de l'accord des médecins participants. Les informations non verbales n'ont volontairement pas été recueillies en parallèle. La durée des entretiens était variable, retranscrite dans la partie « résultats ».

3. Consentement

Le consentement des médecins était recueilli oralement seulement. L'anonymat a été préservé lors de la retranscription.

VI. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été entièrement retranscrits manuellement par l'enquêtrice à l'aide du logiciel Express Scribe, permettant d'écouter et de retranscrire ces entretiens sur la même interface. Les éléments permettant d'identifier l'interviewé étaient volontairement effacés et remplacés par six pointillés, peu importe la longueur initiale du mot remplacé. Les verbatims ont été vérifiés par l'enquêtrice elle-même.

VII. Analyse des données

A la suite de la retranscription, une analyse thématique a été réalisée. La première étape consistait en une lecture attentive des entretiens et un découpage du texte en unité de sens avec un codage de chaque unité. L'analyse a ensuite été réalisée de façon inductive, et a permis de dégager au fur et à mesure des sous-catégories, des catégories et des grands thèmes.

Le directeur de thèse a également lu les entretiens de son côté sans les analyser de façon aussi précise mais en dégageant les idées principales, ce qui peut se rapprocher d'une triangulation.

Le logiciel Excel de Microsoft a été utilisé pour l'analyse thématique.

Aucune validation ultérieure par les médecins interrogés n'était prévue dans le cadre de ce travail.

Résultats

I. Analyse des caractéristiques de l'échantillon

1. Généralités

Un total de seize entretiens a été réalisé entre décembre 2018 et décembre 2019. Un seul médecin contacté a refusé car il jugeait l'entretien sans intérêt devant son activité gynécologique nulle.

Les entretiens ont duré en moyenne 26 minutes et 27 secondes, le plus court était de 9 minutes et 02 secondes et le plus long de 49 minutes et 59 secondes.

Les entretiens ont été réalisés pour la grande majorité au cabinet du médecin interrogé (11 sur 16). Trois médecins ont préféré faire l'entretien à leur domicile pour des questions d'organisation. Un entretien a dû avoir lieu au cabinet de remplacement de l'enquêtrice et un autre au domicile de cette dernière par choix de l'interviewé pour les mêmes raisons.

Les entretiens sont classés par ordre chronologique de réalisation, ils sont désignés par la lettre M suivie du chiffre correspondant à l'ordre de réalisation, le sujet appelé M1 correspond donc au premier médecin interviewé.

Tableau 4 - Récapitulatif durée et lieu des entretiens

N°	Durée entretien	Lieu d'entretien
M1	15min34	Cabinet du médecin
M2	20min18	Cabinet du médecin
M3	14min04	Domicile du médecin
M4	18min12	Cabinet de remplacement de l'enquêtrice
M5	16min58	Cabinet du médecin
M6	14min22	Cabinet du médecin
M7	31min52	Domicile du médecin
M8	9min02	Cabinet du médecin
M9	49min59	Cabinet du médecin
M10	27min59	Cabinet du médecin
M11	26min36	Cabinet du médecin
M12	30min59	Cabinet du médecin
M13	37min55	Domicile de l'enquêtrice
M14	36min45	Domicile du médecin
M15	42min47	Cabinet du médecin
M16	29min57	Cabinet du médecin

2. Données épidémiologiques

A. Age et genre des médecins

Le ratio homme/femme est de 0,77, soit 7 médecins hommes et 9 médecins femmes.

L'âge moyen des médecins interrogés est de 41 ans, le plus jeune ayant 29 ans et le plus âgé 62 ans. Les femmes avaient en moyenne 42,5 ans et les hommes 39,4 ans.

B. Milieu et cadre d'exercice

Les trois milieux d'exercice sont représentés, 4 médecins travaillaient en milieu plutôt rural, 5 en milieu urbain et 5 en milieu semi-rural.

Le milieu d'exercice était défini par le médecin lui-même et donc subjectif.

Les deux participants étiquetés "mixte" sont des remplaçants exerçant dans différents milieux.

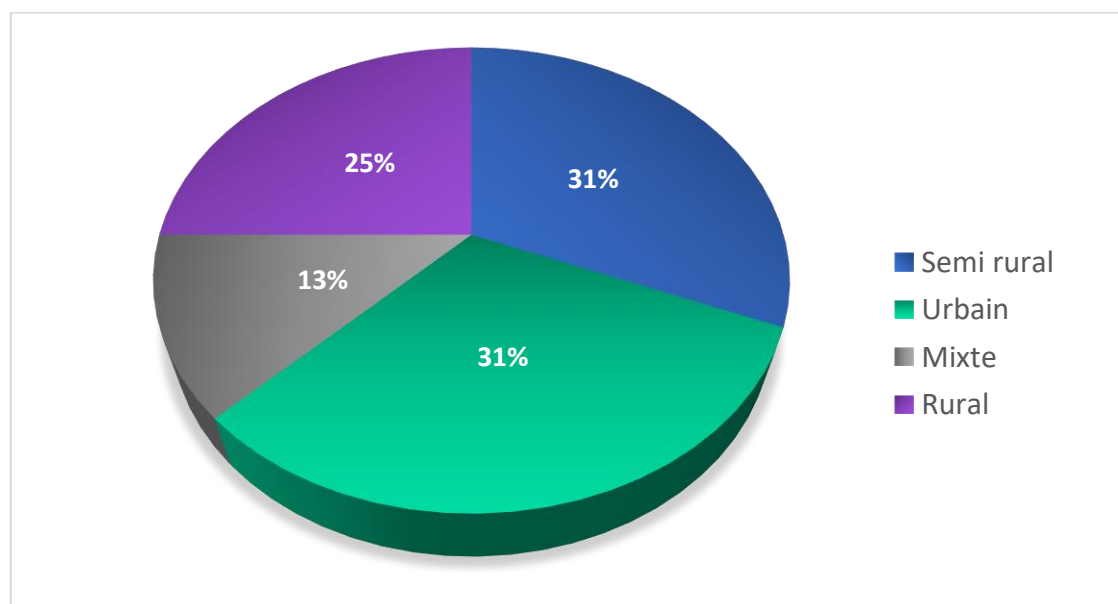


Figure 1 - Milieu d'exercice des médecins

La majorité des médecins exerçait dans un cabinet de groupe. Parmi eux, 3 médecins travaillaient dans un cabinet de seulement 2 médecins.

Deux médecins travaillaient seuls, ces deux médecins étaient des femmes.

Enfin, deux médecins étaient remplaçants et travaillaient la plupart du temps dans des cabinets de groupe.

Certains de ces médecins, qu'ils exercent seuls ou en groupe, faisaient partie de Maison de santé pluridisciplinaires, pour la plupart multisites. Trois médecins sur seize faisaient partie de MSPD multisites et un médecin exerçait dans une MSPD au sein de son établissement.

C. Durée d'exercice

La majorité des médecins interrogés exerçait depuis moins de 10 ans (9 sur 16), 3 avaient entre 10 et 20 ans d'exercice, et 4 exerçaient depuis plus de 20 ans.

Deux étaient encore remplaçants et exerçaient depuis moins de 3 ans.

D. Activité universitaire

Parmi les médecins interrogés, 5 recevaient des étudiants, principalement des internes, et 2 médecins avaient reçu des étudiants mais avaient dû arrêter par désinvestissement ou par obligation organisationnelle.

Neuf médecins n'étaient pas investis dans la formation des étudiants, l'un d'entre eux évoquait la possibilité de le faire un jour. Parmi les neuf médecins non MSU, deux étaient encore remplaçants et n'en avaient donc pas encore la possibilité.

Un tableau récapitulatif de ces caractéristiques est disponible en annexe 3.

3. Activité gynécologique

Le nombre de consultation gynécologique en moyenne par semaine était généralement difficile à définir car très variable d'une semaine à une autre, cependant, la majorité a tout de même réussi à donner une fourchette.

Un seul médecin avait une très forte activité gynécologique puisque supérieure à 15 consultations par semaine. La plupart des médecins voyaient en moyenne entre 5 et 10 patientes pour de la gynécologie par semaine, ce qui faisait une à trois consultations par jour. Parmi ceux qui en faisaient moins, deux des médecins travaillaient à mi-temps.

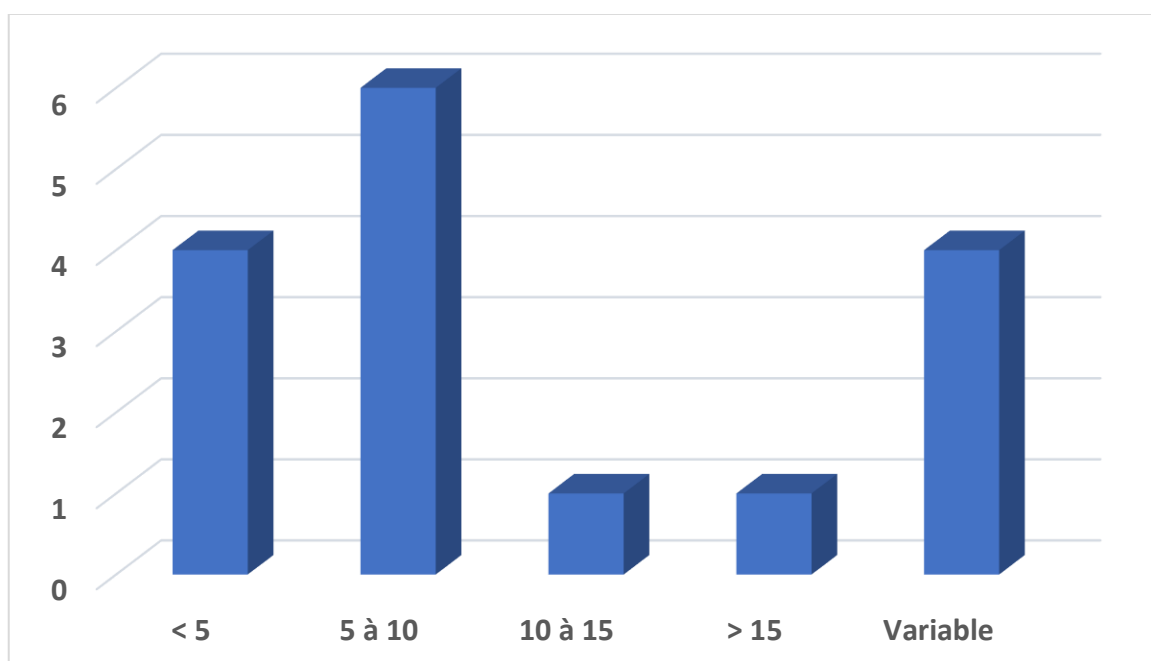


Figure 2 - Nombre de consultations gynécologiques en moyenne par semaine

II. Analyse thématique

L'analyse des entretiens a permis de classer les déterminants en trois grandes catégories, abordées par les participants :

- Les patientes
- Les médecins généralistes
- Les facteurs environnementaux

1. Les facteurs émanant des patientes

A. Age des patientes

Un des principaux déterminants de la réalisation de l'examen pelvien était l'âge des patientes.

La majorité des médecins interrogés ne réalisait l'examen pelvien que **sur point d'appel** passé l'âge du dépistage du cancer du col de l'utérus, soit **au-delà de 65 ans**

M4 : « quand y a plus besoin de frottis là j'ai plutôt tendance à dire que c'est simplement en cas de symptômes »

M6 : « après c'est vrai que l'examen pelvien une fois qu'elles sont plus âgées, c'est à dire, sauf si elles ont des troubles, mais en l'absence de troubles c'est vrai que je ne le fais pas, par exemple après 65 ans, si elles ne se plaignent de rien (...) je ne vais pas aller faire un toucher vaginal à une dame de 80 ans qui ne se plaint de rien »

M7 : « après 65 ans ça va être que sur points d'appel aussi, douleurs, métrorragies ou symptômes infectieux, ou des fois on est à cheval, mais on est plus dans le systématique »

M10 : « c'est quand même sur point d'appel oui, je ne propose pas un examen complet si y a rien »

M11 : « ça sera sur point d'appel, des douleurs pendant les rapports, des sécheresses vaginales qui sont gênantes, des saignements, des pertes anormales, ça sera sur point d'appel aussi, je ne vais pas faire de TV systématique non plus »

Ou à la **demande** des patientes

M12 : « non, sauf si les femmes me le réclament, alors c'est déjà arrivé, mais sinon non je ne le fais pas »

Ce qui restait **rare** à cet âge

M3 : « après 65 ans, je réfléchis mais non à part sur point d'appel je ne propose pas en systématique, et puis elles viennent peu pour ça aussi... »

Cela pouvait s'expliquer par une **absence de « culture de la plainte »** chez les femmes de cette tranche d'âge

M10 : « c'est vraiment la tranche d'âge où elles se plaignent peu, elles n'ont pas été éduquées à parler de tout ça, donc là y a peut-être une petite portion de femmes où on devrait être plus attentif »

Ainsi que d'une probable **lassitude** avec le temps vis-à-vis du suivi systématique

M10 : « le frottis au fur et à mesure que la femme avance en âge on sent qu'elle en a ras le bol »

A l'inverse, certaines patientes pouvaient se sentir un peu **abandonnées** à l'arrêt du dépistage organisé

M15 : « c'est les patientes qui disent des fois " je suis jeune, je ne voudrais pas me laisser abandonner entre guillemets" le fameux argument de la mammo qui s'arrête à 75 ans aussi »

Un des médecins **continuait** néanmoins à proposer systématiquement cet examen **après 65 ans**

M5 : « je vais leur proposer si elles ont peut-être un problème de trophicité, et donc de confort sexuel quoi, et effectivement ça m'est arrivé, ça m'arrive et puis ça m'arrivera de proposer spontanément l'examen »

A l'autre extrémité, le jeune âge des patientes semblait être un frein à réaliser l'examen, notamment **avant 25 ans**, en dehors de symptômes

M10 : « la jeune fille qui a moins de 25 ans, qui n'a pas de symptômes particuliers, je ne lui fais pas d'examen gynéco, je lui dis que je n'en fais pas, que si elle a des symptômes j'en ferais un »

M15 : « les jeunes surtout, les très jeunes, alors les très jeunes je ne fais pas d'examen gynéco, jusqu'à 25 ans je ne touche à rien du tout, surtout si elles n'ont pas eu de rapport, on est d'accord ! »

M16 : « moi je ne le fais que sur point d'appel, fin je pense que c'est ça les reco, fin je ne sais pas »

Plusieurs médecins indiquaient limiter les examens chez **les très jeunes femmes** hors nécessité absolue

M6 : « alors les toutes jeunes, celles qu'on met sous pilule mais qui sont encore, soit qu'elles n'ont pas débuté leur vie sexuelle donc de toute façon on ne le fera pas, soit c'est la première ou deuxième année, on sent que ça va être un peu compliqué donc on y va en douceur, et généralement je ne le fais pas tout de suite en leur disant qu'il n'y a pas d'urgence, qu'on le fera quand elle sera prête »

M9 : « depuis que le frottis a été ciblé sur 25 ans, ça a induit un peu quelque chose de différent, parce que la question de la très jeune femme, je n'ai jamais de toute façon "forcé" une très jeune femme qui commence une contraception, qui souhaite prendre une pilule, alors en plus y a un peu deux cas, y a la pilule prise parce que règles très douloureuses, y avait autrefois la pilule de troisième génération pour des problèmes de peau, donc là y avait pas forcément d'activité sexuelle en cours et je trouvais assez violent et je ne souhaitais pas entrer dans l'intimité d'une jeune femme pour dire "bon voilà est ce que vous avez des relations sexuelles etc." je trouve que c'est, voilà si on a pas envie d'en parler on en parle pas, quand on dit relation sexuelle c'est assez souple, assez large, donc sur des très jeunes femmes je ne faisais pas, fin je fais différemment, je pose la question, en général la réponse est non »

M12 : « les très jeunes, les très jeunes oui, oui on fait un examen gynéco que si vraiment y a une demande (...) on le sent, elles sont très timides sur la table, elles n'aiment pas se déshabiller, là c'est vraiment très intrusif un examen gynécologique »

M15 : « après pas de spéculum quoi, toujours visuel, inspection et c'est tout, point. Je pense qu'avant un certain âge je ne serais pas très à l'aise, avant 20 ans par exemple »

Les consultations notamment de contraception dans cette population étaient plus **centrées sur la discussion** que sur l'examen clinique

M5 : « j'ai une patientèle jeune, jeune, jeune, donc on n'est pas, on est vraiment dans la contraception, discuter voilà, du bon choix de contraception en fonction du contexte de vie aussi, et puis sur l'apprentissage

d'un bon suivi, que ce soit mammaire, frottis, et compagnie (...) de ma part c'est effectivement l'âge de la patiente, y a quand même des patientes mineures qui viennent pour la contraception donc là c'est évident »

Un des médecins évoquait le souhait **d'éviter la surmédicalisation** du corps des jeunes femmes

M13 : « pour moi une femme jeune hors contexte particulier, antécédents particuliers, j'ai juste envie de lui foutre la paix en fait surtout, avant tout, et pas trop médicaliser son rapport au corps et tout ça »

Les patientes de cet âge semblaient également **peu demandeuses** de cet examen

M2 : « mais après c'est peut-être le biais de la patientèle qu'on a ici qui est assez jeune quand même, et du coup c'est pas non plus quelque chose qu'on va réclamer »

B. Vie sexuelle

L'activité sexuelle des patientes influençait également la pratique de l'examen dans leur suivi.

Plus les patientes semblaient **actives sexuellement**, plus les examens étaient fréquemment proposés, et inversement

M1 : « non c'est l'âge, les rapports, on peut dire les jeunes femmes qui ont des rapports plutôt rares, c'est à dire qui ont des changements ou qui ont des rapports rares, je peux repousser à 18 mois - 2 ans... quelques fois ça peut même être 3 ans ou 4 ans si on voit que les rapports sont rares, si les rapports sont beaucoup plus réguliers, etc., ou si y a beaucoup de changements... dans ces cas-là on est beaucoup plus, on tient plus tous les ans »

M7 : « ça va dépendre des facteurs de risque, de rapports non protégés »

Les **changements de partenaire** motivaient la réalisation d'un examen plus précoce

M3 : « si y a changement dans leur vie sentimentale je vais être amené à faire un frottis, dans l'enseignement, quand la vie sexuelle changeait on en faisait un plus rapidement, et puis éventuellement t'en refaisait un autre 1 an après puis si c'était bon tu pouvais repasser à 3 ans »

M12 : « alors j'ai deux trois patientes à qui je le ferais plus facilement parce que je sais qu'elles ont des rapports multiples et précoces »

La **précocité du premier rapport** était pour un des médecins une raison d'avancer l'âge du premier frottis

M7 : « je demande toujours quand même quel était l'âge des premiers rapports, si c'était protégé ou pas, pour essayer de savoir est ce qu'on le fait à 25 ans ou est ce qu'on rapproche un peu, si on a une dame qui a eu ses rapports à 18 ans et qui s'est toujours protégée, des fois on fait le premier frottis à 25 ans, mais effectivement une jeune patiente qui a commencé dès 14 ans, qui a eu beaucoup de rapport, beaucoup de partenaires non protégée j'essaye, quand je la sens à peu près prête, de le faire, pas le plus tôt possible mais dès 20 ans ou même un peu avant si on des... voilà »

Les femmes semblaient d'ailleurs **plus à l'aise avec l'examen pelvien après 25 ans**, ayant souvent déjà eu plusieurs rapports

M12 : « après 25 ans ça change complètement, y a souvent eu plusieurs partenaires, donc ça change »

C. Antécédents

Dans un premier temps, les antécédents **personnels** des patientes influençaient le suivi gynécologique.

Les patientes avec un **passé gynécologique de lésions utérines ou ovariennes** pouvaient nécessiter un suivi plus rapproché

M9 : « en 3 ans il peut se passer pas mal de choses, après on est quand même confronté à l'existence des kystes ovariens, y a quelques fois, moi j'ai été frappé parce qu'il y a des cas où j'ai eu des patientes qui avaient un passé gynécologique avec de très gros kystes qui avaient été retiré assez jeune, et je pense que c'est intéressant de faire un examen gynécologique avec un toucher pour vérifier qu'il y ait une certaine mobilité du pelvis »

Tout comme des antécédents **d'infections sexuellement transmissibles**

M7 : « les jeunes patientes qui ont eu soit sur les frottis, soit qui ont eu des condylomes, soit en discutant y a souvent des chlamydia gonocoque ou autres MST, on leur dit de bien respecter les délais, on voit tous les 6 mois ou tous les ans, on ne fera peut-être pas un examen à chaque fois mais on essaie de rapprocher un petit peu, je pense à ça oui sur les conduites à risques, antécédents de condylomes »

Dans un second temps, les antécédents **familiaux** pouvaient avoir de l'importance.

Une histoire de cancer gynécologique dans la famille pouvait motiver la réalisation d'un examen pelvien, même en l'absence de symptômes pour certains

M7 : « si effectivement il y a eu des antécédents de néoplasie du col utérin dans la famille, après y a tous les frottis où on avait soit des ASCUS soit des HPV, qu'on doit reconstrôler tous les 6 mois »

D'autres étaient plus **attentifs aux éventuels symptômes**, qu'ils soient évoqués par la patiente ou non, sans forcément compléter par un examen pelvien systématique

M11 : « je vais être plus attentive mais je ne vais pas forcément faire de toucher pelvien pour, dans le cadre de l'attention que je porte à leurs antécédents, je vais plutôt être attentive à l'interrogatoire et sur leurs symptômes éventuels, et si effectivement elles ont un symptôme, dans ce cas-là on peut déclencher un examen mais je ne vais pas leur faire un TV systématique parce qu'elles ont un antécédent de cancer familial de cancer de l'utérus, de l'endomètre ou de l'ovaire »

Un autre médecin confiait plutôt la patiente **aux gynécologues pour un suivi plus spécialisé** en cas de cancers familiaux pouvant avoir une composante génétique

M16 : « est-ce que ça m'orienterait à faire un examen systématique ? non, après... non, peut être orienter mais pas forcément examiner non (...) si y a un antécédent de cancer de l'ovaire chez sa mère hyper jeune, ouai peut être aller voir un gynéco »

Enfin, plusieurs médecins ne semblaient **pas être influencés** par les antécédents familiaux

M2 : « même chez les femmes qui ont des antécédents familiaux, alors ... s'il n'y a pas de plainte franchement non »

M4 : « est ce que je fais plus attention ? non je continue à le proposer une fois par an, c'est suffisant oui, sauf bien sûr en cas de symptômes »

M6 : « si elles n'ont pas de symptômes je ne fais pas »

D. Culture et religion

La culture ou la religion semblait être un frein uniquement **pour les médecins hommes**, les patientes préférant en général consulter une femme

M5 : « y a aussi la religion, dans ma pratique y a des patientes qui ont des sphères socioculturelles très particulières, que ce soit d'origine maghrébine ou tchéchène, des religions ou des origines migrationnelles très particulières où là l'examen ne doit être fait que par une femme selon leurs convictions en tout cas à elles »

M14 : « sauf les pratiquantes de religions qui ont souvent du mal d'ailleurs, qui refusaient très fréquemment »

Les **médecins femmes** interrogées ne ressentaient **pas spécialement de réticences**

M6 : « la religion non parce que finalement même les musulmanes quand elles arrivent et qu'elles voient que c'est un médecin femmes elles ne sont pas du tout gênées, ça ne pose pas de soucis »

Même si cela nécessitait parfois quelques **adaptations**

M2 : « ça ne m'empêche pas de le proposer, mais après elles peuvent refuser... c'est rare, ou après elles peuvent dire "pas maintenant" parce qu'elles s'y étaient pas préparé surtout si c'est pas le sujet de la consultation, et des fois je dis "si vous voulez on peut regarder" et elles sont pas préparées à faire un examen gynéco, donc voilà mais elles refusent pas vraiment, elles sont d'accord mais elles reviendront que pour ça, on sent qu'il y a besoin de se préparer un peu, si elles viennent pas pour ce sujet-là, des fois c'est un peu cash, mais si elles viennent pour parler de ça souvent elles acceptent »

E. Obésité

L'obésité des patientes pouvait être un frein à deux niveaux.

De côté des femmes, le surpoids pouvait être **vecteur de gêne supplémentaire vis-à-vis de la nudité** par peur du jugement ou par pudeur majorée par d'éventuels complexes

M9 : « je pense aussi aux dames qui ont une très forte obésité, qui ne sont pas très à l'aise dans leur corps (...) les patientes ne sont pas forcément non plus très à l'aise, après je ne sais pas si elles sont moins à l'aise ou plus à l'aise que des gens... mais bon c'est pas tout à fait facile »

M15 : « surtout à l'hôpital, j'en avais eu une ou deux, on sent que c'est pas évident, un cas où c'était compliqué mais on a fini par s'en sortir, mettre la patiente à l'aise aussi parce qu'elle avait mis du temps à venir vis à vis de ça aussi, donc dans ce cas faut redoubler encore plus d'attention et de paroles bienveillantes, mais oui c'est pas toujours évident »

Du côté médical, l'examen pelvien chez les patientes obèses semblait poser **problème** à plusieurs médecins, tant pour la **réalisation** de l'examen en tant que tel, que pour la **fiabilité clinique**

M3 : « après si tu vois qu'elles ont un bon tablier ça va être plus difficile quand même »

M9 : « nous même d'ailleurs pour l'examen gynécologique "oula", c'est pas trop facile, alors le toucher vaginal à mon avis ça ne sert à rien, fin j'en sais rien mais je ne crois pas que ce soit très pertinent, au niveau des spéculums c'est pas non plus facile parce qu'il faut qu'ils soient assez longs, sinon on ne voit rien, donc là y a une difficulté qui est liée au médecin »

M10 : « qu'il y a des limites à l'examen, quand vous avez une femme obèse le TV y a des fois où je ne le fais pas (...) vous ne palpez rien (rires), c'est impossible »

M12 : « on ne sent rien, c'est horrible mais on ne sent rien (...) on fait mais quand je dis qu'on ne sent rien c'est que je me suis déjà fait avoir à palper un ventre en ayant l'impression qu'il était souple et qu'il n'y avait pas de masse palpable, et à l'échographie y avait des surprises »

M15 : « on ne sait pas si elle va faire craquer la... qu'il faut avoir une main sur le ventre pour voir quelque chose, j'exagère mais... »

Un des médecins évoquait notamment **ne pas avoir pu diagnostiquer une lésion ovarienne** chez une de ses patientes obèse qui était asymptomatique

M10 : « j'ai eu un cancer de l'ovaire chez une femme obèse qui était à un stade avancé, j'aurais fait des touchers pelviens je n'aurais rien vu, c'est une femme qui ne se plaignait de rien »

F. Facteurs circonstanciels

Deux facteurs ont été évoqués par les médecins interrogés.

Le premier qui pouvait sembler évident, mais néanmoins cité par un des médecins, était la période des **menstruations**

M4 : « alors les règles avec les tampons, là c'est compliqué »

Le deuxième était la présence de **sécheresses vaginales**, rendant l'examen plus douloureux pour les patientes, et pouvant limiter la réalisation de l'examen en systématique

M4 : « en plus c'est plus souvent douloureux donc je ne fais pas trop, au point de vue de leur état général à elles, à partir de la ménopause j'ai tendance à limiter, sauf en cas de frottis bien sûr, on continue, je dirais plus que la ménopause va être le facteur limitant pour pas devenir douloureux quoi, par rapport aux sécheresses »

M9 : « effectivement des femmes qui n'ont pas de traitement hormonal, qui ont donc forcément au bout de quelques années une sécheresse vulvovaginale, par exemple je ne proposerais pas, et je ne sais pas comment font les gynéco d'ailleurs, parce que franchement, au niveau des muqueuses ça doit être un examen gynécologique sans doutes assez douloureux et difficile, donc il y a cette question qui est assez difficile et c'est vrai qu'une dame qui a admettons 70 ans je ne vais pas du tout lui dire "écoutez madame je ne sais pas ce que vous avez eu comme suivi gynécologique mais là on va faire ensemble un examen gynéco" »

M10 : « y a des femmes qui sont ménopausées, c'est douloureux, faire un toucher avec un doigt c'est comme si on ne faisait rien, ça m'arrive aussi de dire je ne vais pas le faire, c'est une agression »

M12 : « c'est pas facile de faire un examen gynécologique chez une personne de plus de 65 ans, quand on arrive à 70 ans c'est pas facile (...) la sécheresse vaginale »

Même si certains médecins évoquaient la possibilité de programmer l'examen avec un **traitement hormonal local préalable** afin de limiter ces sécheresses

M9 : « bien sûr on peut justement faire un petit traitement local quelques jours avant pour pouvoir réussir à faire quand même un examen »

M10 : « pour la post ménopause on les fait revenir parce qu'on ne peut rien mettre, le spéculum fin c'est affreux »

G. Demandes et réticences des femmes

Pour terminer, un des facteurs déterminants principal était les sollicitations des patientes, qu'elles soient présentes, ou au contraire absentes avec parfois des réticences.

La demande des patientes en termes de gynécologie pouvait **augmenter l'activité des médecins**

M9 : « c'est vrai qu'on a maintenant des gens qui, du fait de la diminution du nombre de médecins en général et dans toutes les spécialités, nous disent " voilà le gynéco médical que j'avais part à la retraite, est ce que vous connaissez d'autres gynécos médicaux ? " donc là c'est l'occasion de redire que la médecine générale est une spécialité dans laquelle s'intègre parfaitement la prise en charge gynécologique »

Ou à l'inverse **la raréfier**

M13 : « j'ai assez peu été confronté parce qu'en fait j'ai l'impression que justement quand tu suis les femmes et que c'est pas toi qui dit "ah bah on va faire , faut que vous reveniez faire votre frottis, je vous donne le rendez-vous" ou " bah tiens où est ce que vous en êtes à ce niveau-là" ben en fait quand t'es pas un peu à force de propositions, elles viennent pas forcément te voir spontanément »

M14 : « là dans ma pratique je n'en fais quasiment pas de gynéco, là j'ai complètement perdu la main parce que je ne suis pas sollicité (...) si je me réoriente en médecine générale, à mon avis je vais plus m'orienter vers la médecine du sport, plutôt que la gynéco, mais... ça va dépendre aussi pas mal de ma patientèle »

Les demandes des femmes d'avoir un suivi gynécologique étaient parfois **spontanées**

M4 : « qu'elles peuvent, elles, venir me dire, ça n'est pas venue de moi, mais elles souhaiteraient un suivi gynéco, donc dans ces cas-là on va le faire »

M8 : « après sur demande spontanée des patientes aussi (...) par exemple " mon gynécologue est parti en retraite, est ce que vous pouvez reprendre le suivi ? " ou des choses comme ça »

M12 : « je le fais parce qu'on me demande de le faire en fait, c'est un petit peu invasif quand même donc voilà, je le fais si y a une demande »

L'**organisation du suivi** gynécologique dépendait en grande partie des patientes, et semblait majoritairement **centrée autour du frottis**

M5 : « ou c'est elles qui viennent parce que c'est planifié à l'avance et elles savaient qu'il fallait venir pour le frottis »

M10 : « elles me demandent pour les frottis mais en dehors de ça elles ne demandent pas un examen systématique non »

M16 : « de me demander quand est ce qu'il faut que je fasse mon prochain frottis ? ça m'est arrivé plusieurs fois, mais que quelqu'un vienne spontanément me demander un examen pelvien, en tout cas sans point d'appel, non »

La **prise de rendez-vous** restant de leur ressort malgré les sollicitations par le médecin

M7 : « même si on dit oui il faudrait que je la revoie c'est peu fait en pratique parce qu'elles ne viennent pas ou on n'y pense pas »

M9 : « après en fait c'est quand même la vie ordinaire qui prend le dessus, c'est à dire les gens prennent rendez-vous quand ils ont besoin pour autre chose et puis finalement on le fait, y a des gens qui viendront plus souvent, d'autres moins souvent, de toute façon même si y a des règles elles sont souvent contournées un petit peu, fin y a un canevas, qui sert justement quelques fois pour les gens qui traînent un peu des pieds »

Un des médecins avouait même avoir une pratique gynécologique entièrement **dépendante des demandes** des patientes

M8 : « *je n'irais pas le proposer de moi même si elles viennent pour autres choses* »

Le **choix du praticien** effectuant le suivi gynécologique était là aussi dépendant des patientes.

Un des médecins pensait que le choix du praticien était **générationnel**

M13 : « *ça dépend des tranches d'âge, les femmes jeunes c'est surtout suivi cabinet et elles ont les frottis et tout ça par mes collègues, et les femmes plus âgées voient plus volontiers un gynéco notamment pour des histoires de ménopause, ou de choses comme ça* »

Un autre trouvait que le **milieu social** pouvait l'influencer

M16 : « *dans un milieu plutôt populaire, donc y a pas mal de femmes, surtout africaines, on fait les suivis gynéco pareil (...) c'est souvent plus facile, fin une fois qu'elles ont le contact, dans les milieux un peu précaires, j'ai l'impression en tout cas qu'une fois qu'elles ont le contact et que ça se passe bien, elles savent qu'elles peuvent revenir, elles en profitent quand je suis là* »

Le **suivi antérieur** des femmes avait, pour beaucoup de médecins, une influence directe sur leurs demandes.

Certaines femmes paraissaient étonnées des **différences de suivi** entre praticiens et leurs demandes étaient souvent basées sur leurs habitudes

M1 : « *plus de la moitié des femmes viennent pour un examen gynéco, oui, elles viennent elles disent "tiens il est temps de faire un examen gynéco, je ne l'ai pas eu depuis un an" (...) mais y en a qui viennent tous les ans encore pour faire l'examen gynéco* »

M2 : « *rarement, peut-être à la demande des patientes, y en a qui sont habituées et ça m'est déjà arrivé qu'on préfère, une fois ou deux, on m'a demandé pour le renouvellement, fin ça les a étonnées que je ne fasse pas d'examen gynéco* »

M6 : « *et en fait les dames nous demandent "tiens vous ne faites pas un examen"* »

Des différences notamment avec **les gynécologues**

M2 : « *ouais gynéco, et y avait vraiment le truc, une à deux fois par an, examen pour l'examen, je ne sais pas trop ce qu'il cherchait* »

M11 : « *quand elles sont habituées à faire leur examen tous les ans et que d'un seul coup je leur dis, bon écoutez y a pas forcément besoin de faire un examen tous les ans, elles ont des fois un peu l'impression... après moi si elles sont demandeuses je le fais, après tout, mais c'est vrai que j'essaie de leur expliquer qu'il n'y a pas forcément d'intérêt à être fait tout le temps* »

Le suivi antérieur pouvait à l'inverse entraîner des réticences, les premières consultations étant souvent **déterminantes dans le vécu ultérieur** de l'examen

M9 : « *ça dépend comme on disait des gens, y a des gens qui prennent ça très très bien, après pourquoi ils le prennent bien, pourquoi ils le prennent moins bien, est ce que c'est la partie qui les concerne eux vraiment, est ce que c'est l'antériorité du relationnel médical qu'ils ont eu avec les médecins qu'ils ont rencontrés depuis qu'ils étaient jeunes, ça c'est une question qu'il serait intéressante d'évaluer parce que quelques fois d'ailleurs les gens le disent "olala je ne veux plus retourner" on l'entend ça quand même, "je ne veux plus retourner voir Dr machin parce que l'examen gynécologique c'était vraiment pénible etc."* »

M5 : « si on foire une consultation gynéco, on peut foirer un suivi complet après, la patiente peut se fermer, surtout les jeunes patientes »

La principale motivation à la prise de rendez-vous par les patientes semblait être les **pathologies aiguës**

M8 : « je ne fais pas beaucoup de suivi, c'est plus des "urgences", j'ai quelques suivis de contraception ou de grossesses quand même mais... »

M14 : « en tant que remplaçant c'est quasiment nul, alors que c'était un remplacement régulier, le seul truc que je faisais en gynéco c'était effectivement les urgences infectieuses, et la contraception »

Les sollicitations étant **rare en dehors**

M4 : « mais sinon en dehors de symptômes c'est rare qu'elles le demandent elles même »

M9 : « ça dépend en fait beaucoup des patientes, alors c'est vrai que curieusement la demande sur le gynécologique est peu spontanée par rapport à d'autres demandes »

M15 : « parce que rarement les femmes viennent pour contrôle gynéco annuel, parce qu'elles ont envie de se faire contrôler »

M7 : « si y a pas de pilule et qu'elles vont bien, elles reviennent pas forcément consulter »

Leur seconde motivation, selon les médecins, était la **peur de la maladie** et l'**anxiété** que cela engendre

M12 : « l'anxiété, et elles voulaient se rassurer »

M13 : « parce que de toute façon les gens ont peur de mourir et qu'ils ont envie d'avoir pleins d'exams médicaux pour exorciser cette peur-là »

M15 : « y aura peut-être des femmes qui auront envie de checker quand même, c'est comme le Xarelto, les anticoagulants, les vieux qui ont eu des années Previscan ou Coumadine, on leur dit : qu'est-ce que vous vous embêtez, y a des trucs y a même plus de contrôle, ça les perturbe, y a plus de contrôle du coup ils ont peur »

Une anxiété nourrie par l'**entourage**

M7 : « j'ai vu une dame encore hier, qui avait 48 ans, dont l'entourage disait "tu ne te fais pas suivre ?" ou "faut y retourner", donc là j'ai vérifié la longueur des fils et le col mais c'est elle qui est venue »

M12 : « je pense que là c'est arrivé parce que j'ai une patiente de 60 ans qui a un cancer de l'endomètre donc ça a dû faire écho chez certaines patientes qui du coup sont revenues pour un examen gynécologique, je pense que c'est ça, elles ont dû parler ensemble »

Ou due à des **antécédents familiaux**

M12 : « alors j'ai des patientes qui reviennent qui ont un très bon suivi gynécologique parce que justement y a eu des antécédents gynécologiques maternels, mais parce que donc elles sont anxieuses et elles reviennent consulter »

L'**aspect rassurant** de l'examen physique et des examens complémentaires pouvait permettre d'exorciser cette crainte

M16 : « j'ai déjà eu des patientes qui avaient des points d'appel et moi je n'aurais pas forcément regardé, une mycose classique par exemple, où il n'y a pas de critère d'urgence, je peux ne même pas examiner, et ça m'est arrivé plusieurs fois que les patientes veulent que je regarde »

M15 : « et les gens sont pour qu'on vérifie si on a un doute »

Plusieurs médecins proposaient donc l'examen dans le but de **rassurer les patientes** sur l'absence de pathologie

M2 : « du coup on l'a fait plus pour rassurer la patiente »

M10 : « soit il n'y a pas de plainte et on fait un examen pour s'assurer que tout va bien, mais c'est quand même assez limité (...) on s'assure de la normalité mais on n'est pas orienté sur un truc »

M11 : « pour un stérilet, si la dame elle ne se plaint de rien je ne vais pas l'examiner systématiquement pour aller voir si le stérilet est en place, je vais lui proposer si elle le souhaite mais je ne le fais pas en systématique »

En opposition aux demandes des femmes à réaliser un suivi ou un examen gynécologique, un des freins principaux évoqué par la grande majorité des médecins à réaliser l'examen pelvien était la **réticence** des patientes

M1 : « je vois bien qu'elles ne sont pas enclines déjà à ce qu'on fasse des examens gynéco, faut respecter, fin, j'ai l'impression qu'il faut respecter »

M4 : « si elles, elles ont des réticences, je leur dis que ce n'est pas une catastrophe et qu'on pourra le faire d'une façon plus espacée (...) c'est vrai que ça peut s'espacer à tous les 3 ans si vraiment elles me disent qu'elles ne peuvent pas, je ne vais pas forcer, je n'ai jamais ordonné un examen si vraiment y avait réticences »

M6 : « réticence du patient, que j'écoute, je ne vais jamais faire un toucher vaginal de force (rires) ou leur dire là c'est comme ça, si vous ne voulez pas on ne le fait pas »

M7 : « si je les sens mal à l'aise ou, je ne vais jamais insister, c'est surtout ça »

M9 : « si peut-être on sent des patientes, les réticences viendraient plutôt des patientes, de ce que l'on perçoit de la patiente que de la réticence du médecin, réticence de la patiente, quelqu'un qui viendrait justement chercher une prescription, mais on sent que y a la crainte de se dire, bon je vais en consultation pour récupérer une ordonnance pour un an de pilule mais en fait j'ai pas forcément envie d'avoir un examen gynécologique, ça, ça peut se sentir, je sens de la réticence de sa part et du coup je vais pas forcément au-delà »

M11 : « y a les freins des femmes déjà qui n'ont pas envie, qui n'aiment pas forcément, y en a qui sont plus à l'aise que d'autre mais y a quand même une majorité qui ne sont pas très à l'aise »

M16 : « que la personne ne veuille pas ouai, déjà, en gros c'est..., voilà si la patiente est ok ou pas »

Le **comportement de la patiente** influençait donc le médecin

M12 : « après plus une patiente est dans la demande, plus on y va facilement, plus y a des freins et moins on y va »

Un grand nombre de patientes serait limité par une **pudeur**, une **gêne** lors de l'examen

M5 : « y a aussi d'une manière générale, y a beaucoup de femmes qui sont très pudiques, et qui ont une peur bleue de l'examen gynéco, et qui, de temps en temps, on arrive à les rattraper au vol après des années sans frottis par exemple »

M8 : « peut être par pudeur ou je ne sais pas »

M3 : « après tu vois bien que ça gêne quand même les dames »

M14 : « je pense que du côté des patientes elles seraient peut-être un peu plus gênées que de mon côté, j'imagine, je ne sais pas, y en a qui m'ont déjà dit c'est compliqué, même pour une mycose parce que je regarde quand même au niveau externe, y en a qui m'ont dit "oui mais c'est un peu compliqué je suis un peu gênée" »

Et plusieurs médecins pensaient que certaines femmes utilisaient **l'excuse des menstruations** pour éviter l'examen

M7 : « alors des fois elles ne veulent pas, je pense que la plupart du temps c'est vrai mais elles me disent qu'elles sont en période de règles donc là c'est pas possible »

M8 : « je pense qu'il y en a beaucoup qui disent qu'elles ont leurs règles à ce moment-là pour pas qu'on fasse l'examen »

M16 : « oui ou alors elles ont leurs règles, bon, on ne fait pas, en tout cas elles me disent qu'elles ont leurs règles, voilà elles ne veulent pas qu'on regarde »

Ou favorisaient les **demandes de fin de consultations** pensant l'éviter également

M7 : « souvent elles viennent pour un autre motif, infectieux ou douleur abdominale, ou par exemple douleur d'épaule et puis à la fin elles disent "ah oui et il me faudrait ma prescription de pilule", étant médecin homme elles demandent ça à la fin en se disant comme ça il ne va pas m'examiner, je pense qu'il y a un peu de ça »

M9 : « les gens qui viennent un peu à reculons vont plutôt venir avec un autre motif de consultation et à la fin, en espérant que bon on va peut-être faire l'impasse sur l'examen "bah en fait tati tata" »

Les médecins appuyaient justement sur le fait de ne **jamais précipiter un examen** dans le cadre systématique

M7 : « c'est vrai que j'essaye de faire attention à ne pas faire d'examen qui ne sont pas urgent, parce que c'est du systématique, à ne pas les faire si je sens qu'elles ne sont pas en confiance »

Et de **différer** si besoin l'examen pour laisser le temps aux patientes de s'y préparer

M2 : « elles sont d'accord mais elles reviendront que pour ça, on sent qu'il y a besoin de se préparer un peu, si elles ne viennent pas pour ce sujet-là »

M10 : « elles peuvent dire "oh bah non le frottis je ne suis pas prête, pas aujourd'hui" mais en général je n'ai pas de refus non »

Car la crainte de l'examen pouvait avoir des **conséquences** à plus ou moins long terme chez les patientes

M11 : « chez les jeunes femmes, la peur de l'examen des fois les freine à venir en consultation donc voilà, je ne vais pas non plus leur sauter dessus »

M5 : « ont une peur bleue de l'examen gynéco, et qui de temps en temps on arrive à les rattraper au vol après des années sans frottis par exemple, j'ai en tête une patiente chez qui on a découvert un cancer du col de l'utérus à un stade monumental, avec malheureusement une très très lourde chirurgie »

Pour terminer, quelques médecins avaient évoqué la **position gynécologique** en soi, que certains jugeaient vectrice de **gêne** et d'**inconfort** pour les patientes, et cherchaient des solutions alternatives

M13 : « j'avais relu les trucs comme ça et je m'étais un peu saucé sur essayer de me passer des étriers pendant l'examen, je leur avais fait faire avec juste les pieds sur la table et les mains sous les fesses, pour essayer qu'elles ne soient pas dans les étriers, fin j'avais, j'avais lu et je leur avais proposé et elle m'avait dit "ah bah oui je veux bien essayer" donc j'avais un peu révisé avant comment mettre dans une position plus respectueuse, où elles se sentent moins exposées »

M14 : « j'ai une amie qui a fait sa thèse sur l'examen gynécologique en position latérale, je ne sais pas ce que ça a donné, pour le coup je n'ai aucun recul là-dessus, je ne sais pas si c'est mieux vécu, si c'est plus difficile techniquement ou pas mais ça vaudrait le coup de savoir (...) effectivement des fois, c'est quand même une position qui est inconfortable, les femmes sont mises à nue complètement, quasiment, effectivement ça peut être une position qui peut freiner à mon avis »

La position pouvait être **physiquement compliquée** pour certaines patientes, pour les femmes très âgées ou obèses notamment

M10 : « pour les femmes âgées vous les mettez sur une table gynéco, la femme âgée elle a déjà eu du mal à se déshabiller, elle a déjà des polyopathologies, et puis elle n'a pas eu d'examen gynéco depuis un bail, alors vous lui dites qu'il va falloir faire un examen gynéco »

M15 : « mais oui c'est pas toujours évident, même par rapport à leur souplesse, la position de l'examen »

2. Les facteurs émanant des médecins

A. Formation

a. Initiale

i. Coursus standard

Les premières notions pratiques de gynécologie pouvaient être acquises pour lors de **l'externat**.

Des stages que certains ont jugé **formateurs**

M12 : « je suis passée pendant mon externat en gynécologie, des stages de deux mois je crois (...) j'ai vu poser des stérilets par exemple, des frottis, accouchements, césariennes, toutes les, les consultations d'urgence aussi, les leucorrhées, les MST »

M13 : « moi du coup j'ai fait que l'externat en fait, j'avais fait un super bon stage par contre en gynéco-obstétrique, du coup j'étais surtout en salle de naissance et aux urgences, donc on recevait les femmes enceintes pour faire les échos, les suspicion de GEU, les suspicions de fausses couches spontanées et tout ça donc je faisais de l'écho, de l'accueil aux urgences, j'ai fait des accouchements, de la consultation, notamment de la consultation de suivi de grossesse, ils avaient ça, alors c'était vraiment un super stage »

D'autres qu'ils ont vécu plus en tant que **spectateurs** et trouvé **décevants**

M5 : « c'était en D3 je crois, pareil c'était très court quand même, un mois ou deux »

M7 : « parce qu'en tant qu'externe je pense que je n'en ai pas fait (...) si j'ai fait un stage en grossesses pathologiques donc là on examinait quand même peu »

M15 : « on faisait un peu l'infirmière aux urgences, donc on faisait les prises de sang et on faisait aussi les examens initiaux, on pouvait être amené un peu à faire des échos mais vraiment rapidement, on faisait beaucoup de paperasse en suites de couches, et puis on était observateurs au bloc, forcément, et un peu en consultation, donc c'était très varié »

M16 : « l'externat j'ai fait un mois en gynéco mais c'était en chirurgie gynéco, donc c'était des observations avant l'opération et puis aide opératoire au bloc (...) j'ai dû faire trois quatre consultations avec les chirurgiens qui n'étaient pas là, qui étaient là, fin si j'ai appris vite fait mais... ça n'était pas dans les conditions de médecine générale, fin c'était soit au bloc, soit après le bloc, soit en consultations hospitalières »

La majeure partie de leur formation se déroulait durant l'**internat**.

Souvent un **choix** avait dû être fait entre la gynécologie et la pédiatrie. Un des médecins avait anticipé ce choix et choisi de faire Faisant Fonction d'Interne (FFI) en gynécologie avant de débiter son internat afin de pouvoir faire les deux

M11 : « alors j'ai commencé, j'ai dû faire 2 mois de FFI à l'hôpital avant de commencer mon internat, aux urgences gynéco au CHU (...) c'est pour ça que j'avais fait FFI parce que moi à l'époque y avait pas de maquette, donc c'était pédiatrie ou gynéco, comme y avait possibilité de faire FFI en gynéco je l'ai fait puis après j'ai fait un semestre de pédiatrie »

Plusieurs avaient **orienté** leur internat **vers la gynécologie**

M2 : « j'ai fait un internat orienté gynéco, donc ça c'est interne, j'ai fait un stage entier libre en gynéco-obstétrique où dedans il y avait les urgences, la consultation gynéco et le planning familial »

M5 : « 6 mois donc un semestre en gynécologie, que gynéco, j'ai fait suites de couches, les urgences gynéco, j'ai fait des accouchements physiologiques, j'ai fait beaucoup de césariennes, voilà, on passait dans tout, c'était un semestre extraordinaire »

M10 : « internat de médecine générale, j'avais fait 6 mois de gynéco à R..... (...) je me souviens qu'on faisait du bloc et ça ce n'était pas la partie la plus intéressante (rires), j'aimais pas du tout, y avait du bloc, on avait aussi les urgences gynéco »

Deux avaient pu faire des **stages couplés**, tous deux originaires de la même université, les stages y étaient obligatoirement mixtes gynécologie et pédiatrie

M6 : « j'avais fait un stage de 3 mois, parce que nous c'était 3 mois gynéco, 3 mois pédiatrie »

M14 : « ouai, gynéco/ pédia, c'était obligatoire à R....., c'était un stage obligatoire gynéco pédia »

D'autres ont privilégié la **pédiatrie**

M7 : « pendant l'internat je n'ai pas fait de stage de gynéco parce que j'ai fait de la PMI »

M8 : « j'avais fait un stage en PMI moi, donc pas particulièrement en gynéco »

M11 : « à l'époque il n'y avait pas de maquette, donc c'était pédiatrie ou gynéco (...) j'ai fait un semestre de pédiatrie »

M12 : « pendant mon internat je ne suis pas passée en gynéco »

M13 : « du coup pendant mon internat, entre pédia et gynéco j'ai préféré prendre pédia »

La considérant comme **plus importante** en médecine générale ou **plus cohérente** avec le projet professionnel

M13 : « pédia ça me paraissait plus important »

M16 : « c'était pédia ou gynéco, non y avait aussi des stages pédia et gynéco mais ils n'étaient plutôt pas très bien notés, que ce soit pour la pédia et la gynéco donc moi j'ai axé sur la pédia, et puis à l'époque je voulais faire urgentiste donc j'ai fait mes urgences pédiatriques au M....., c'est un grand centre pédiatrique »

Les avis étaient mitigés, certains étaient **ravis** de leur semestre

M5 : « c'était un semestre extraordinaire »

M14 : « en passant aux urgences tu vois quand même beaucoup de choses en gynéco pour la médecine gé, même si... on a posé quelques stérilets en consult, quelques implants »

D'autres plus **déçus**

M6 : « j'avais fait un stage mais qui été vraiment pas terrible (...) et je ne l'avais pas fait à l'hôpital, je l'avais fait en clinique privée, et j'étais plus spectatrice qu'autre chose, je ne faisais pas grand-chose »

Une partie des médecins n'étant pas passée en gynécologie avait pu se former à la spécialité **auprès de médecins généralistes** lors de leur stage durant l'internat

M4 : « c'étaient des médecins qui en faisaient pas mal oui, je me rappelle notamment avoir appris à poser un spéculum correctement chez le praticien, c'est à dire 3e semestre »

M7 : « après je pense la formation a été aussi lors de mes stages praticiens de niveau 1 et 2 (...) quand même une praticienne qui en faisait pas mal, j'en ai vu un petit peu avec elle effectivement, notamment des retrait d'Implanon, les examens gynécos classiques »

M8 : « donc juste les stages praticiens »

M15 : « après en tant qu'interne c'est surtout la médecine générale qui m'a vraiment appris, j'ai eu quand même des patientes qui ont été ok donc j'ai pu voir un peu l'examen, j'ai même pu faire un peu »

M16 : « c'est vraiment durant mes stages Prat et Saspas que j'ai fait les frottis, les examens gynéco, c'est surtout là que j'ai l'impression d'avoir appris les gestes gynécos »

Même si c'était plutôt **hétérogène**

M12 : « j'avais 3 médecins hommes, assez âgés, j'ai vu quelques frottis, j'ai dû en faire un ou deux en 6 mois de stage donc peu de pratique »

M13 : « pourtant j'en ai fait chez le Prat mais trop occasionnellement pour vraiment avoir une expertise là-dedans »

A l'issus de ce cursus, une partie estimait avoir un **socle suffisant** pour se lancer

M3 : « j'avais un socle quand même pas mal »

M15 : « oh... on est toujours plus à l'aise quand on en fait plus mais je n'ai pas eu de grande angoisse à me lancer seul »

M16 : « un manque de base pas forcément, je trouve que finalement en stage Prat et Saspas, on faisait pas mal de suivis de grossesses, frottis, fin le suivi de base en gros j'ai l'impression que je le savais plus ou moins bien »

D'autres le trouvaient **insuffisant**

M6 : « donc avant de faire mon DU de gynéco, je ne posais pas les stérilets, je posais des implants mais voilà je retirais les stérilets et faisais les frottis mais voilà, niveau suivi de grossesse, niveau prise en charge de la ménopause, pose de stérilet je ne faisais pas »

M7 : « formation assez pauvre »

M10 : « en fait ça a été une formation... je ne sais pas si les 6 mois d'internat ça m'a... si ça m'a certainement apporté mais après j'ai complété »

M11 : « la formation initiale était un peu juste quand même »

M12 : « non ce n'est pas suffisant, la mise en pratique n'était pas suffisante »

Et ressentait le **besoin d'approfondir** leurs connaissances dans la spécialité

M4 : « pour voir si je peux améliorer certaines choses oui parce que j'en fait régulièrement, je ne sais pas si j'en fait beaucoup par rapport à d'autres mais j'en fait régulièrement et donc ça m'intéresse, j'aimerais être plus à l'aise notamment dans tout ce qui est THM »

M16 : « un manque de base pas forcément, plutôt un manque de plus, je trouve que finalement en stage Prat et Saspas, on faisait pas mal de suivis de grossesses, frottis, fin le suivi de base en gros j'ai l'impression que je le savais plus ou moins bien, c'était plus l'un peu plus, plus spécialisé »

ii. Complémentaire

Pour les médecins n'ayant pas reçu de formation en gynécologie durant leur internat, ou du moins une formation insuffisante, ou pour ceux qui n'ont pas eu d'internat tout court, se former avait nécessité un **investissement personnel**

M7 : « mais j'avoue que je me suis un peu formé tout seul entre guillemets »

M10 : « j'avais aussi fait pendant mes remplacements, j'avais été au planning familial, j'ai fait des consultations gynéco au planning, comme ça, et puis après l'installation j'ai dû faire des FMC, des ateliers pratiques de gynéco, y avait les journées de gynéco du Pr L..... à l'époque, on faisait ça tous les ans, et puis maintenant j'y vais moins quoi, donc en fait ça a été une formation... après j'ai complété »

M11 : « plus sur la formation continue, et parce que j'ai eu envie de le faire, personne ne m'a demandé de le faire en fait »

Certains avaient choisi de se former **auprès d'autres professionnels**, gynécologues ou médecins généralistes

M8 : « j'avais quand même fait quelques journées en médecine universitaire, consultations de gynéco en médecine universitaire, au CROUS en fait, et j'avais fait 2 ou 3 demi-journées de moi-même »

M9 : « avec mon associée on s'est "battues" pour essayer de faire du stage chez le praticien alors que ça n'existait pas, donc on a scindé l'année qui à l'époque était une septième année de faisant fonction d'interne qui était normalement organisée pour se passer en milieu hospitalier, on a pris à 3 deux postes seulement d'hospitalisation et on a gardé du coup huit mois pour se retrouver chez le praticien, donc j'ai été chez un praticien pendant 4 mois et là j'ai vu donc un praticien de médecine générale à S..... on pratiquait la gynécologie courante, donc c'est comme ça que j'ai appris en fait »

D'autres avaient pris l'initiative de se former au **centre de planification familial**

M8 : « ah si j'étais passée aussi quelques demi-journées au planning familial »

M9 : « après je suis allée au planning familial, on a travaillé J..... et moi au planning mais on était pas en apprentissage puisqu' en fait on était déjà en situation de consultation »

M10 : « je me souviens que j'avais aussi fait pendant mes remplacements, j'avais été au planning familial, j'ai fait des consultations gynéco au planning, comme ça »

M11 : « j'ai une activité au centre de planification familiale et IVG, depuis 2011 – 2012 »

Quelques médecins avaient choisi de réaliser le **DIU de gynécologie** pour le médecin généraliste proposé par plusieurs facultés

M6 : « avant de faire mon DU de gynéco, je ne posais pas les stérilets, je posais des implants mais voilà je retirais les stérilets et faisais les frottis mais voilà, niveau suivi de grossesse, niveau prise en charge de la ménopause, pose de stérilet je ne faisais pas »

M11 : « ensuite j'ai fait un DU de gynéco pour médecin généraliste entre les facs de P..... et T..... »

Enfin, la formation « **sur le tas** » a été évoquée par trois médecins

M9 : « mais on n'était pas en apprentissage puisqu' en fait on était déjà en situation de consultation de gynécologie médicale, on s'est plutôt formées on va dire sur le tas, au fil du temps quoi »

M12 : « non c'est sur le tas, l'expérience oui »

Avec l'importance de **sauter le pas**, de se lancer, aux débuts de son exercice

M12 : « puis après voilà y a un moment où on saute le pas et on pose ses premiers stérilets, mais on les pose un peu comme ça quoi, en n'ayant jamais, fin moi je n'en avais jamais posé en gynéco »

M15 : « j'avais dû faire quoi, une dizaine d'exams gynéco, peut-être, aller quinze maximum dont cinq frottis et voilà, j'ai pas fait beaucoup et en fait je me suis un peu lancé, et j'ai pas eu de DU, je ne suis pas passé au planning familial, donc je ne sais pas poser les stérilets, je sais poser les implants parce que j'en avais fait l'expérience quand j'étais externe et interne, j'ai dû en poser trois ou quatre, j'en ai retiré deux, voilà (...) je me suis dit, ouai je le fais ce n'est pas très compliqué, puis si j'arrive pas j'envoie au gynéco mais voilà, et puis je n'avais jamais eu de difficulté à le faire, ça a toujours été doucement donc en fait je me suis lancé »

b. Continue

La formation continue prenait de nombreux aspects.

Les **formations médicales continues** étaient le plus souvent évoquées, organisées en journées ou soirées thématiques

M6 : « oui, y a eu plein de FMC, sur tout le lot que j'ai fait depuis 8 ans y en a eu en gynéco, je continue régulièrement »

M10 : « puis après l'installation j'ai dû faire des FMC, des ateliers pratiques de gynéco, y avait les journées de gynéco du Pr L..... à l'époque, on faisait ça tous les ans, et puis maintenant j'y vais moins »

M11 : « oh oui ça peut arriver, l'année dernière j'ai fait un truc sur les IST par exemple, qu'est-ce que j'ai fait d'autre, cette année je vais aller faire un truc sur les IVG médicamenteuses »

M12 : « par contre des petites formations du soir, j'ai eu une formation en particulier sur le frottis, mais une formation du soir, faite par un laboratoire »

Des formations qu'un médecin ne trouvait **pas toujours adaptées**

M9 : « je suis toujours quand même assez réticente sur les propositions qui sont hospitalières en fait, j'ai préféré participer à des formations par exemple sur les IST qui étaient réalisées au sein de la SFTG par d'autres médecins généralistes qui faisaient appel à certains experts biologistes ou gynécologues mais qui étaient un peu triés sur le volet et qui n'étaient pas dans la posture du grand manitou hospitalier »

Avec une impression de **relation hiérarchique** avec les spécialistes hospitaliers et une certaine **méconnaissance** des connaissances et pratiques des médecins généralistes

M9 : « je suis allée aux journées de gynécologie, bon ça m'a un peu agacé pour tout dire, déjà j'étais agacée en tant qu'étudiante par les grands manitous hospitaliers, et j'ai vu qu'ils n'avaient pas beaucoup changé, donc je dois dire que franchement ça m'a plus énervée qu'autre chose effectivement, parce que c'était du style "vous n'oublierez pas de penser à la GEU, vous n'oublierez pas de penser à..." j'ai trouvé que c'était vraiment méconnaître notre pratique médicale (...) c'est justement là où j'ai été déçue quand j'ai été à ces fameuses journées de gynécologie parce que c'était un retour pour moi un peu à l'hôpital en me disant bon aller j'y vais je vais voir, et franchement j'ai été déçue, parce que je me suis dit : ça n'a pas changé quoi, trente ans plus tard on a les mêmes, en blouse blanche, le col relevé, qui font la leçon à tout le monde, j'ai dit ça fait trente ans qu'on exerce notre métier, y a des choses qu'on connaît je veux dire, voilà, surtout que l'expérience apporte beaucoup donc y a des choses c'est parce qu'on les a vues, qu'on les a apprises et donc on les connaît aussi, c'est dommage de ne pas rester dans une collaboration qui fonctionne très très bien avec certains

médecins hospitaliers mais pas avec tous, y a quand même un comportement, ils sont contaminés un peu, peut-être ils s'en rendent pas compte, je sais pas mais... (rire) »

Concernant le **contenu** de certaines de ces formations, un des médecins trouvait que le suivi était peu abordé et que les gynécologues restaient sur un examen systématique annuel avec une formation hyperspécialisée

M14 : « moi je pense que c'est pas très utile de faire un examen annuel, et pendant ma formation de gynéco, pfff on en a pas tellement parlé en fait (...) et en en parlant avec ma conjointe gynécologue, qu'effectivement, elle, elle est plus branchée examen annuel systématique, je ne suis pas sûr que pour l'instant elle ait eu beaucoup de cours sur le dépistage en général en fait, parce que c'est archi spécialisé ce qu'elle fait, ils n'ont pas vraiment eu de chose comme ça je pense »

Une autre façon d'entretenir et d'enrichir ses connaissances, évoquée par un des médecins, était de recevoir des externes ou internes en stage au cabinet, d'être donc **maitre de stage universitaire**

M15 : « je pense que c'est stimulant, ça nous oblige un peu à nous remettre en question aussi, et puis moi j'ai toujours aimé montrer, quand j'étais au CHU et que j'avais des externes j'adorais leur montrer des trucs, faire mon professeur un peu, donc j'ai toujours aimé l'enseignement, je trouve qu'il y a un bel échange, nous de l'expérience, eux des fois ils me disent le syndrome de machin, c'est un peu rare mais c'est bien, c'est stimulant »

Il disait apprendre également lors de réunions avec son **groupe de pairs**

M15 : « j'ai un groupe de pairs, on parle beaucoup de gynéco, en groupe de pairs, endométriose, traitement des... fin voilà (...) et par les expériences aussi avec le groupe de pairs »

A également été citée la formation en autonomie par des recherches dans les **référentiels** ou sur des **sites internet fiables**

M15 : « quand je ne sais plus trop sur des lésions de frottis, j'en ai eu qu'un ou deux des trucs bizarres, soit j'appelais le gynéco soit je me renseignais sur internet sur des sites Gynéform ou je sais pas quoi, des trucs un peu... voilà, dans le collège aussi »

Pour finir, les **recommandations** restaient pour un grand nombre de médecins les lignes directrices

M12 : « je suis les recommandations, alors je ne fais plus aux très jeunes, je commence vers 24 - 25 ans, jusqu'à 65 ans et tous les 3 ans »

M4 : « si les recommandations changent moi je m'adapterais aux recommandations »

M3 : « si on me dit que, fin si des gens disent avec des études qu'il faut le faire pour tel et tel raisons, je le ferais, et je ne me poserais pas forcément la question (...) si on me dit qu'il faut le faire je le ferais »

M7 : « j'essaye de faire un peu la médecine EBM donc basée sur des preuves »

c. Facteurs influençant la formation

Dans un premier temps, la qualité de la formation initiale semblait dépendre du **lieu** de réalisation de cette dernière, les stages étant hétérogènes

M5 : « parce que quand tu vas au CHU ou dans d'autres centres des fois t'es un peu à te marcher sur les pieds avec les spécialistes, enfin les gynécos, et là y avait un ratio correct, 2 internes de gynéco pour 4 médecins généralistes »

Certains avaient mis en évidence une **différence de prise en charge** des femmes selon le **lieu de consultation**, par exemple entre l'hôpital et les centres d'orthogénie

M9 : « j'étais extrêmement choquée à l'hôpital de voir avec quelle désinvolture, du temps en plus où les gens restaient hospitalisés très longtemps, on rentrait dans les chambres et hop là, on enlevait les draps et on regardait, tiens viens donc voir là, le foie les trucs le machin, donc ça d'emblée j'étais pas du tout là-dedans, après c'est une question à la fois de culture, de féminisme que j'avais dès le départ »

M2 : « mais l'orthogénie pardon, c'est un milieu, c'est pas juste de la gynéco, l'orthogénie c'est l'accueil de la femme de manière globale sur sa vie procréative on va dire, et du coup j'ai eu des formateurs très militants, de laisser la femme un peu tranquille et voilà, la liberté du corps de la femme et qu'elles reprennent aussi le pouvoir sur son corps et qu'elles puissent décider elles même »

Quatre médecins estimaient d'ailleurs la **formation hospitalière inadaptée** à ce que l'on rencontre en **médecine générale**, les actes y étant plus complexes et le recrutement différent

M12 : « j'avais vu posé des stérilets chez des femmes qui, des poses qui avaient été compliquées, ils avaient été posés par des gynéco parce que justement il y avait eu un échec de pose avant donc, oui je me souviens de malaises ou des choses comme ça, fallait y aller en force parfois, donc ça donnait pas trop envie, et en fait ici en médecine générale on fait ce qui est facile donc c'est bien »

M14 : « elle a un biais de recrutement à l'hôpital, elle ne voit que des choses graves, que des cancers qui sont passés inaperçus, donc elle voudrait plus de dépistage, elle voudrait, c'est comme les mammographies, elle ne comprend pas qu'on puisse remettre en cause le système de mammographie et le surdiagnostic, parce que pour elle on sauve des vies, c'est un angle de vue qui est différent, on a pas la même patientèle, pas la même population, elle, elle a le carré white, ils ont vraiment que les pathologies pathologiques, nous on a tout, et du coup c'est pas toujours facile d'en parler »

M16 : « après c'était CHU et obstétrique donc c'était des suivis assez spécialisés, ce n'était pas de la gynécologie de ville de base (...) ça n'était pas dans les conditions de médecine générale, fin c'était soit au bloc, soit après le bloc, soit en consultations hospitalières quoi »

Le **compagnonnage** entre confrères avait eu de l'influence sur la formation pratique de certains médecins

M12 : « ici on pose les stérilets parce que les médecins d'avant c'était des hommes et ils posaient des stérilets (...) par contre on ne le fait pas (NB : la pose d'implant), ils ne faisaient pas et du coup moi non plus je n'ai pas fait la formation, je ne le fais pas, c'est arrivé une fois ou deux d'enlever des implants, ça a été compliqué »

M15 : « je fais du sec pour les frottis, pas les phases liquides, j'ai le matos mais en fait quand j'étais en stage en première année d'internat, ils sont passé de sec à liquide et ils avaient beaucoup plus de retour, donc en fait j'ai un peu cette mauvaise expérience du médecin généraliste qui avait un peu plus de bouteille, qui disait : ah non fais chier le liquide, d'accord c'est pratique quand il y a un HPV mais en fait ils avaient beaucoup plus de retour, à refaire un frottis parce qu'il y a un doute sur je ne sais quoi donc je fais sec et je reconvoque les gens si y a besoin de faire en liquide mais ça a dû arriver une fois ou deux »

Un frein à la formation évoqué par un des participants était le **refus par certaines patientes** lors de consultations avec son maître de stage **dû à sa masculinité**

M15 : « alors j'étais un homme donc j'étais souvent refusé en consultation »

La **pratique** quotidienne jouait un rôle important dans le désir de se former, dans un sens comme dans l'autre.

La **confrontation à la spécialité** et le **service à rendre** aux patientes motivaient les médecins à se former à la gynécologie et inversement

M13 : « je ne sais pas je n'ai pas eu beaucoup de consultations pour ça, pas eu beaucoup de motif, fin tu vois un par mois c'est pas beaucoup pour moi, ça reste trop occasionnel, pour être confronté à des trucs, être assez motivé pour s'auto former »

M12 : « du coup maintenant on n'envoie à M....., parce qu'il y a une consultation pour ça (NB : poses et retraits d'implants), par une sage-femme »

M13 : « j'ai la chance de travailler justement dans un contexte où j'ai des ressources à proximité en fait, je serais tout seul dans le trou du cul de la creuse à être le seul médecin et la première sage-femme ou le premier gynéco à 30 bornes, la effectivement je me poserais la question, je me dirais bon bouge-toi un peu, forme toi, vas observer des consults, parce que tu as un vrai service à rendre, là en réalité que je le fasse ou pas, de toute façon, j'amènerais pas un service supplémentaire en fait, donc ça me rassure aussi à ce niveau-là »

L'**investissement intellectuel important d'un autre champ de compétence** pouvait entraîner une négligence de la gynécologie

M13 : « assez rapidement ce qui s'est passé c'est que mon DU d'éducation, la santé publique et tout ça m'a quand même, j'ai eu un coup d'entrée intellectuel assez important, il a fallu que je lise beaucoup, que je m'investisse pas mal pour comprendre un peu ce qui se passait puis ça me semblait hyper, fin ça me passionnait quoi, et donc j'ai vraiment poussé ça, et la médecine gé c'est déjà assez vaste, en plus quand tu te rajoute une formation théorique sur un truc qui n'a rien à voir clairement je n'avais ni la motivation ni l'envie de, d'investir ce champ-là »

M14 : « oui j'ai fait de la mésothérapie, de la médecine du sport, là je passe la CAPA, mais pas du tout en... »

Néanmoins, l'éventualité de **se former plus tard** restait pour certains envisageable et dépendante du projet professionnel

M13 : « oui c'est ça, si un jour je ne fais que de la médecine gé, oui tout à fait, je pourrais faire un DU, un machin un stage, ça ne sera jamais trop tard pour remettre le pied à l'étrier si on peut dire »

M14 : « ça va dépendre si je me lance vraiment dans SOS, y a pas d'intérêt, si plus tard je m'installe en libéral, je referais des formations »

Ou **difficile** pour d'autres

M13 : « ça m'aurait bien plu de m'engager là-dedans mais bon trop couteux en fait, trop couteux de tout reprendre à zéro, de se reformer »

D'ailleurs, des **besoins de formation** pouvaient encore se faire ressentir lors des entretiens

M8 : « c'est quand même important de le faire, et là ça me fait réfléchir que peut être je devrais le proposer un peu plus systématiquement effectivement, notamment aux personnes âgées qui ne sont plus forcément suivies par des gynécologues »

M10 : « c'est vrai aussi que la femme âgée, c'est peut-être là... j'y pense maintenant, peut être que quand on est avec des frottis tous les 3 ans on les examine, quand il y a plus ça, la femme âgée, c'est peut-être là où il faudrait faire... mais l'examen pelvien c'est pas possible quoi, fin là je ne sais pas trop, la femme âgée faudrait peut-être qu'on soit plus attentif (...) c'est peut-être là où il faudrait peut-être creuser un peu, la femme âgée on ne fait plus, on regarde plus »

M15 : « quand on parlait de formation, peut-être qu'il faudrait que je revoie certaines choses, peut être que je fais trop ou je ne fais pas assez »

M10 : « comment on peut améliorer nos pratiques, moi je suis ouverte à... (...) vous me posez une question que je ne me suis jamais posée, j'aimerais bien savoir comment est-ce qu'on peut faire un bon examen pelvien et puis est ce qu'il faut le proposer plus souvent ? moi j'aimerais bien savoir, c'est ça qui m'intéresserait »

M3 : « alors je ne sais pas si y a des recommandations très précises là-dessus actuellement »

B. Expérience : Evolution de la pratique et des compétences

L'**expérience** avait une influence importante dans leur pratique, les certitudes à la sortie de la faculté évoluant au fil des rencontres avec les patientes et leur singularité.

a. Leurs rapports aux recommandations

Quelques médecins étaient sortis de leurs études avec la notion d'un **examen gynécologique annuel systématique**

M1 : « on voyait nos, nos patientes tous les six mois... au début de notre installation, avec une visite qui était une visite... surtout des seins, mais aussi donc pelvien, et avec un examen pelvien complet tous les ans... »

M3 : « quand je suis sortie moi de ma formation, on nous disait quand même de faire ça plutôt annuellement (...) c'est effectivement ce sur quoi j'étais sorti de la fac, c'était essayer de faire comme ça »

M11 : « y avait aussi soi-disant l'examen annuel chez la femme tout le temps »

La réalisation de **frottis plus fréquente auparavant** laissait moins de place à la réflexion sur l'examen
M9 : « ce qui faut dire c'est que nous les plus anciens on a connu le temps où la réalisation du frottis était plus rapprochée qu'elle ne l'est aujourd'hui, ce qui peut être simplifiait un petit peu le processus parce que finalement il y avait presque une coïncidence entre voir quelqu'un une fois par an , comme y avait cette question de frottis à effectuer, du coup y avait la réalisation de l'examen gynécologique qui faisait partie de l'examen général, voilà, on ne se posait pas trop la question, les gens ne se posaient pas trop la question »

Plusieurs médecins avaient pu remarquer une réelle **évolution** dans leur pratique, due pour beaucoup à l'évolution des recommandations, parfois appuyée par le ressenti des femmes

M1 : « ça j'ai continué à le faire, mais il m'arrive, je vois maintenant effectivement, il m'arrive de repousser effectivement ces examens-là, d'autant plus qu'on les faisait dès l'âge de 18 ans »

M3 : « qu'au départ j'étais parti sur le fait de le faire une fois par an donc au début je le faisais à peu près, puis après tu vois bien que ça gêne quand même les dames, tu vois bien que toi ça te prend du temps, et que si en plus de ça certains ont dit que c'était peut-être pas nécessaire, ça te met pas forcément dans de bonnes dispositions pour le faire systématiquement »

M11 : « non y a eu une évolution oui, en sortant de la fac fallait faire des touchers vaginaux à toutes les femmes enceintes à chaque mois de consultation, et pareil y avait aussi soi-disant l'examen annuel chez la femme tout le temps »

M16 : « déjà le toucher vaginal chez la femme enceinte ça je sais que j'avais certains maitres de stage qui le faisaient quand j'étais chez le Prat, ça je ne le fais plus du tout, et après non c'est plus la palpation mammaire que je faisais avant pendant le renouvellement de pilule, que je ne fais plus maintenant »

Avec notamment un **recul de l'âge du premier frottis**

M1 : « ces examens-là, à partir du moment où ils avaient des rapports sexuels etc., on faisait des examens gynéco, et ça j'ai arrêté depuis 2005 - 2006, y a dû y avoir des recommandations effectivement où on pouvait attendre 23 ans ou 24 ans pour faire les examens gynéco »

M12 : « avant c'était fait dès la prescription de pilule, donc dans les pratiques on a plutôt repoussé l'âge du premier frottis (...) je suis les recommandations, alors je ne fais plus aux très jeunes, je commence vers 24 - 25 ans »

Des changements qui ont poussé certains médecins à finalement s'interroger sur l'intérêt de faire un examen, le côté systématique laissant moins de place à cette **réflexion**

M9 : « y a eu des changements par rapport à ça, et du coup je me suis dit oui c'est vrai pourquoi, mais c'est vrai que... ça reste à réfléchir, j'ai pas de position tranchée sur ça, c'est vrai que dans la pratique, si c'est assez systématique c'est presque plus simple pour les patientes et pour les médecins, si on prend l'exemple de la grossesse, moi j'ai connu le temps où systématiquement, mois après mois, on faisait un examen gynécologique, là maintenant on ne le fait pas forcément à chaque fois parce qu'au tout début de grossesse ça n'a aucun intérêt finalement, puisque le col ne change pas etc. »

M14 : « y a eu une grosse évolution, avant je réfléchissais pas en fait, fin je ne me posais pas ces questions-là, pas du tout, après je suivais les recos donc les recos c'est frottis tous les trois ans point, y a pas de reco d'examen annuel, il ne me semble pas officiellement, mais du coup je me suis posé plus de question depuis trois ans, mais ma pratique n'a pas énormément changé puisque c'est ce que je faisais déjà, même si je ne savais pas pourquoi je le faisais je le faisais déjà (...) au début je me disais c'est tous les 3 ans, et pas besoin de faire plus, point, maintenant je sais pourquoi y a pas besoin de faire plus »

Pour d'autres, leur pratique ne semblait **pas** avoir tellement **évolué** malgré ces changements

M10 : « je pense que je travaille toujours pareil, je n'en fais pas moins, je n'en fais pas plus, non à première vue comme ça, ça n'a pas beaucoup changé »

M15 : « non, à part le TV que je fais au début maintenant, mais non sinon toujours la même chose »

Certains semblaient avoir pris plus de distance par rapport aux recommandations et se fiaient plus au **besoin ressenti** ou au « **au bon sens** »

M10 : « après si on me reproche de pas l'avoir fait..., je ne vais pas faire ma médecine en fonction de ça moi (...) je justifie, ça n'est pas par négligence c'est que ça n'apporte rien »

M15 : « peut-être que je fais trop ou je ne fais pas assez, je fais un peu aussi au bon sens, je me fie pas mal au bon sens oui »

M6 : « j'ai toujours tendance à faire pas mal de touchers vaginaux pendant les suivis de grossesses et puis des fois je me dis, en fin de grossesse je vérifie souvent le col ou quand y a des grands voyages à faire »

Un des médecins avouait avoir une **pratique plutôt routinière**, des habitudes difficiles à changer

M10 : « ce que je fais je ne dis pas que c'est bien, c'est ce que je fais mais... dans les recommandations je ne sais pas, là on parle de l'examen pelvien, la grossesse ne fait pas partie de votre truc, mais les sages-femmes maintenant elles ne font même plus de toucher du col, donc moi j'en fais toujours parce que ça me rassure mais je ne suis pas sûre de faire bien, parfois on fait parce qu'on a toujours fait (...) par rapport aux suivis de grossesses, c'est dur de se défaire d'examen, moi j'ai toujours fait un toucher... »

Ces changements pouvaient être **déstabilisants**

M3 : « après dans le suivi c'est pareil, des femmes enceintes, un moment donné on nous a dit : y a plus forcément de TV tous les mois, alors quand tu as appris comme ça c'est forcément un peu déstabilisant mais bon... »

En opposition aux recommandations et aux pratiques routinières, deux des médecins soulignaient l'importance de ne pas systématiser en médecine mais plutôt de **rationnaliser**

M11 : « je pense que pendant très longtemps justement on a systématisé les choses et que c'est pas forcément utile de tout systématiser, que ce soit en gynéco ou ailleurs, il faut peut-être être un peu plus rationnel »

M13 : « à quoi ça sert, c'est rituel, mais temps que l'on ne s'arrête pas les gens penseront que c'est utile tu vois, à nous aussi de montrer que, je pense qu'on a un rôle à expliquer qu'à 20 ans on n'a pas besoin de prise de sang annuelle, que ce n'est pas nécessaire et qu'au contraire c'est délétère »

b. Expérience personnelle

La confrontation dans son exercice à **certaines histoires médicales** pouvait avoir des répercussions sur la façon d'aborder certains examens.

Un des médecins évoquait un cas de cancer chez une de ces patientes qui avait changé sa pratique, en effet la **peur de passer à côté d'une anomalie ovarienne** restait omniprésente depuis

M1 : « parce que ça m'est arrivé effectivement de découvrir un néo sur un ovaire simplement sur un toucher, c'est vrai qu'on se dit après mais... c'est très angoissant (...) c'est vrai que l'expérience nous montre que lorsqu'on a touché un ovaire, on a envie de toucher tous les ovaires (...) cancer de l'ovaire etc... et on se met à angoisser... c'est pas le terme mais on se dit "est ce que t'as bien fait tous tes examens avant (...) j'avoue que j'ai été très longtemps à examiner correctement, en essayant de vraiment regarder, parce que je me suis dit mais est ce que t'en as pas loupé quoi (...) ça c'est un truc le toucher qui... j'essaye en général de bien le faire et quand je suis embêté, j'ai fait très longtemps des échographies, de peur de passer à côté d'un ovaire »

c. Evolution des compétences

De nombreux médecins montraient un **intérêt pour la spécialité**

M15 : « ça change, je n'en ferais pas toute la journée, ça c'est clair mais c'est sympa d'en faire une ou deux fois par semaine, ça change un peu des consultations de renouvellement, des certificats et tout ça, donc ouais je suis content d'en faire, parce que ça me change un peu de la routine »

M7 : « parce que je n'ai peut-être pas énormément de connaissances en gynéco mais c'est quelques choses que j'aime bien faire »

M14 : « j'aimais bien, je trouvais ça sympa parce qu'il y avait beaucoup de gestes à faire »

Ils se sentaient techniquement **compétents**

M3 : « je pense que je me débrouille oui (...) non autrement la technique ne me pose pas de problème à ce niveau-là, donc c'est pas sur des freins technique que ça m'embêterait »

M5 : « l'examen clinique apporte largement assez de preuve, en tous cas dans ma formation, qui peuvent écarter certaines choses, mais on peut découvrir des choses importantes »

M10 : « je m'y intéresse toujours, oui je pense (NB : être compétente) »

M11 : « après si faut faire un TV faut faire un TV, y a pas de soucis, mais à condition d'en attendre quelque chose »

M13 : « si tu veux techniquement je sais faire un frottis, techniquement je sais faire un examen gynéco, techniquement je sais faire un suivi de grossesse »

Et à l'aise avec l'examen pelvien en lui-même

M5 : « de ma part en tout cas, j'en vois pas réellement, je suis assez ouvert là-dessus »

M6 : « moi ça ne me gêne pas du tout de faire des touchers vaginaux, ou des touchers rectaux chez les hommes, je suis pas du tout complexée par rapport à ça »

M9 : « sur le plan des dames, pour moi ça me paraît très simple, les gens ne sont pas dérangés, sont très à l'aise, parfois les gens sont même très à l'aise, se déshabillent complètement alors que moi je dis "alors attendez déjà on va faire le haut, on va se rhabiller en haut, après on fera le bas", voilà parce que moi même si on me demandait de faire ça je préférerais le faire par morceaux comme ça, donc c'est comme ça que je le propose, donc c'est vrai que le propose volontiers »

M15 : « je ne suis pas du tout mal à l'aise, j'essaie au contraire de mettre à l'aise les patientes qui ne le sont pas, voilà, non je n'appréhende pas »

Avec une **intégration** de la spécialité dans leur **exercice de la médecine générale**

M6 : « je pense que c'est dans ma pratique, et que vraiment je n'ai pas de réticences particulières à le faire »

M9 : « et bien sûr en médecine générale ça fait partie de notre pratique médicale courante »

En revanche, deux médecins confiaient aimer la gynécologie mais ne pas être à l'aise avec l'examen clinique, **dissocient leur pratique de cet examen**

M13 : « ce que je fais assez facilement et je me sens compétent c'est les suivis de contraception pour les femmes jeunes, ça tu vois j'aime toujours ça, aucun souci, je me sens, je trouve que ça ressemble un peu au sujet de l'ado en fait et donc ça je me sens plutôt à l'aise, j'en fait assez régulièrement »

M14 : « par contre je faisais les suivis de grossesses, ça y a pas de soucis, et puis justement en étant au courant des dernières recommandations je n'ai pas besoin de faire d'examen gynéco en suivi de grossesse, fin c'est gynéco mais pas au spéculum »

Enfin, certains s'étaient **résignés** quant à l'impossibilité de tout faire en médecine générale et confiaient un **manque de compétences** dans ce domaine

M13 : « assez rapidement j'ai laissé tomber complètement et je me suis dit : c'est pas grave on ne peut pas tout faire, j'en ferais pas, je passerais la main (...) je ne me lancerais pas là-dedans, parce que quoi faire, quoi chercher, à quelle fréquence je serais pas du tout assez sûr de moi pour le faire et j'aurais pas l'énergie pour aller faire la recherche »

M14 : « quand je prends des remplacements, par exemple le dernier à M....., je dis aux filles de préférence je préfère ne pas voir de gynéco parce que je suis plus capable »

Qu'un des médecins ne souhaitait d'ailleurs **pas imposer aux patientes**

M13 : « moi si je vais voir un professionnel de santé, alors... si je sais qu'il est en formation, si je vais le voir et que je tombe sur un interne, si je vais voir un médecin, bon très bien je le sais, je suis prêt à prendre sur moi mais bon, si je vais voir un médecin expérimenté qui a posé sa plaque et tout, je me dis je viens aussi un peu pour son expertise quoi, j'ai pas envie de faire semblant auprès des femmes, à faire semblant de faire des trucs »

La gynécologie ne constituant finalement **pas un manque** dans sa pratique

M13 : « pas du tout parce que les gens viennent me voir pour plein d'autres choses différentes et je vois des femmes quand même, et je vois des enfants, après les grossesses elles me ramènent leurs gamins, et en plus de ça j'ai la chance de travailler justement dans un contexte où j'ai des ressources à proximité en fait »

D'autres étaient plus mitigés, jugeant leur **technique** parfois **juste** ou leurs **connaissances limitées** quand les situations s'éloignaient des savoirs livresques

M2 : « fin moi j'ai jamais sentie de masse, je pense que le toucher pelvien faudrait en faire mille par semaine pour commencer à dépister des trucs au doigté (...) je ne pense pas que je puisse moi, qualitativement, découvrir quelque chose, le TV vraiment m'apporte très peu de chose chez femmes asymptomatiques voir rien, j'ai pas assez de doigté pour aller sentir des microkystes ovaire droit ou gauche »

M7 : « c'est vrai que là je suis un petit peu limité, parce que y a des fois des choses je me dis tiens c'est un peu atypique, j'ai jamais vu ça »

M13 : « techniquement je sais faire un frottis, techniquement je sais faire un examen gynéco, techniquement je sais faire un suivi de grossesse mais en fait je remarque aussi que les patientes elles ont des petites questions pratiques tu vois, "ah est ce que c'est normal que ce soit comme ci, que ce soit comme ça" et là franchement je n'ai aucune expérience là-dedans »

Tous étaient globalement en accord sur le fait que **l'entretien des compétences** nécessitait une pratique régulière

M12 : « mais après c'est vrai qu'il faut quand même beaucoup de pratique pour sentir quelques choses, un toucher vaginal faut en faire quelques-uns avant de sentir quelques choses »

M15 : « après plus tu en fait plus c'est facile, au début tu refais tout le protocole, bien installer la patiente, mains sous les fesses, etc. »

Notamment sur les connaissances des variantes de la **normale**

M9 : « on se rend compte qu'avec le temps y a une diversité de morphologies vulvaires importantes, donc quand on commence à travailler je pense qu'on est quelques fois étonné parce que on se dit "tiens c'est différent d'une patiente à l'autre" donc tant qu'on n'en a pas vu un certain nombre on peut se demander aussi quelle est la normalité entre guillemets »

Et que l'absence de sollicitation et de pratique était responsable d'une **perte de ces compétences**

M14 : « là dans ma pratique je n'en fais quasiment pas de gynéco, si j'en avais fait de façon régulière, oui ça aurait été suffisant, mais là j'ai complètement perdu la main parce que je ne suis pas sollicité (...) maintenant je ne suis plus du tout à l'aise (...) j'ai perdu ma compétence »

M13 : « résultats mon stage de gynéco est très très loin et j'en ai peu fait pendant mes stages de Prat et en fait du coup clairement je ne me sens plus du tout compétent en gynéco »

Finalement responsable d'un **désintérêt** pour la spécialité

M13 : « je n'y connais rien, vraiment rien, du coup ça me semble à mille lieux de mon expertise, du service que je peux rendre aux gens, j'ai pas l'impression de pouvoir rendre service à quelqu'un là-dedans, donc si je ne peux pas lui rendre service je ne vais pas lui imposer un examen qu'elle peut mal vivre ou qui peut être traumatisant, mais c'est un peu un cercle vicieux parce que du coup j'en fais pas donc j'aurais jamais d'expertise »

C. Place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique

Un des médecins interrogés rappelait que l'omnipraticien était **apte** à effectuer le **suivi gynécologique** de ses patientes

M9 : « c'est l'occasion de redire que la médecine générale est une spécialité dans laquelle s'intègre parfaitement la prise en charge gynécologique en redonnant le cadre, en disant finalement c'est quoi la différence entre nous et un gynéco médical, qu'est-ce qui font de plus ? c'est des biopsies du col sous colposcopie, c'est ça que nous ne faisons pas, mais le reste de ce qu'ils font finalement, et en plus moi j'explique que si on a besoin d'avoir une intervention sur le col on est obligé de toute façon d'aller voir un chirurgien, un ou une gynéco chirurgien, et du coup la gynécologie médicale aura sa limite aussi comme nous, on a quasiment les mêmes limites en terme de prise en charge »

M14 : « c'est un service qui est important je pense pour les patientes »

Et certains médecins trouvaient **dommage de cliver** la gynécologie du reste du suivi

M7 : « je trouve que ça fait partie du métier et c'est dommage que je suive tout sauf ça, donc j'aime bien qu'elles soient en confiance avec moi et qu'on puisse parler de tout, je pense que c'est important justement que ce secteur-là ne sorte pas, que ça soit MST, grossesses, contraception, ça serait dommage de cliver ça avec d'autres consœurs »

Les avantages du médecin généraliste étaient, entre autres, les **délais** de consultation **plus courts** facilitant l'organisation pour les patientes

M15 : « "ah ouai c'est vrai, et vous avez combien de délai ?" "2 semaines" "ah ouai ok allez hop" j'en ai eu quelques-unes comme ça, comme ça, c'est fait on y pense plutôt que de se mettre ça dans 9 mois »

Ensuite, l'**approche plus globale** du généraliste pouvait être plus rassurante

M2 : « j'ai l'impression que le coté médecin généraliste aide beaucoup, comme si je n'allais pas faire partie de cette secte de gynécos particuliers (rires) et du coup que j'allais peut-être avoir une approche plus distante de l'intimité et pas rentrer dedans à fond, je vois que ça leur parle plus »

Ainsi que sa **proximité**

M14 : « oui je pense oui, la proximité, la confiance »

La **patientèle** consultant le médecin généraliste pour la gynécologie pouvait également sembler **différente** de celle sollicitant les gynécologues

M9 : « puis on sait très bien qu'il y a un public qui de toute façon n'ira pas chez les gynécos médicaux »

Malgré cette aptitude, les **patientes** étaient **peu informées** des capacités du médecin généraliste dans cette spécialité

M15 : « sinon moi je peux faire les examens de routine puis le frottis, "ah bon ?", quand je vois que c'est compliqué pour elles d'aller le voir, etc. là j'en profite pour dire "comme vous voulez mais sachez que nous on peut faire les examens de suivi si y a rien de pathologique" c'est dit et on sait pas trop après... et puis y en a qui disent "ah ouai c'est vrai ?" »

Et certains médecins n'hésitaient pas à le **leur rappeler** lorsque l'occasion se présentait

M6 : « moi je leur ai dit que j'en faisais donc y en a plein que j'ai récupéré, et vraiment toutes mes patientes femmes c'est moi qui fais les frottis, je vérifie toujours que leur frottis est à jour »

M9 : « c'est l'occasion de redire que la médecine générale est une spécialité dans laquelle s'intègre parfaitement la prise en charge gynécologique »

M15 : « au fur à mesure je dis aux femmes quand je repère que le frottis n'est pas à jour, et voilà, je leur demande "c'est un gynéco qui vous suit ou... ? (...) alors y a des femmes qui ont leur gynéco, elles ne veulent pas changer etc. puis y en a qui sont là "bah ouais faudrait, je viens d'arriver je cherche un gynéco" alors là je leur propose que ce soit la R....., sinon moi je peux faire les examens de routine, puis le frottis »

M16 : « ça dépend vraiment de là où tu remplaces, je propose toujours, après je laisse souvent le choix, fin je dis "je peux faire le suivi, si vous voulez ça peut être gynéco, sage-femme" mais c'est vrai que je me propose comme choix, mais après je ne leur dis pas forcément "c'est moi qui vais le faire" »

Malgré ses compétences en gynécologie, il semblait important que le médecin **prenne cette place** dans le suivi.

L'**activité** du médecin et sa réputation influençaient les demandes des patientes

M6 : « j'en ai énormément parce que je suis étiquetée en plus comme faisant de la gynéco »

M13 : « pas du tout, j'ai des demandes de prise de sang, j'ai des demandes de radio, des demandes de bilans, d'examen physique, en gynéco je n'ai aucune demande de ça, je pense que je suis identifié pour ne pas faire de gynéco en fait, globalement c'est peut-être ça »

Ainsi que ses **sollicitations**

M13 : « j'ai l'impression que justement quand tu suis les femmes et que c'est pas toi qui dit "ah on va faire, faut que vous reveniez faire votre frottis, je vous donne le rendez-vous" ou "tiens où est ce que vous en êtes à ce niveau-là", en fait quand t'es pas un peu à force de propositions, elles viennent pas forcément te voir spontanément »

Certains médecins disaient **interroger systématiquement** les femmes sur leur **suivi gynécologique**

M10 : « je demande toujours si elles ont un suivi gynéco, si elles en ont un elles continuent, si elles n'en ont pas je propose »

M15 : « alors vous en êtes où dans le frottis ? »

Et estimaient que c'était leur **rôle** en tant que **médecin traitant**

M2 : « peut-être plus interroger si elles ne viennent jamais pour ça, un moment donné poser la question du suivi gynéco ou des besoins, mais comme maintenant on l'aborde facilement avec le frottis »

Ce qui leur permettait de **prendre une place** dans le suivi gynécologique de leurs patientes

M6 : « vraiment toutes mes patientes femmes c'est moi qui fais les frottis, je vérifie toujours que leur frottis est à jour »

M7 : « à part certaines patientes dont je suis le médecin traitant qui préfèrent voir mes consœurs pour la partie gynéco, globalement les femmes sont plutôt ok pour que je les examine »

Ou en tout cas de leur **proposer**

M10 : « si elles n'en ont pas je propose, après si y en a qui veulent voir des gynécos elles voient des gynécos »

D'autres, au contraire, **laissaient** les femmes **venir à eux**, sans particulièrement les solliciter
M8 : « *après c'est peut-être moi aussi qui ne pense pas toujours à en parler (...) si j'avais déjà fait des examens avant, antérieur, des frottis, si c'était moi qui assurais déjà le suivi, je continue, mais sinon je ne vais pas forcément penser à demander est ce que vous avez un gynécologue, est ce que vous êtes suivi ?* »

Une fois le suivi instauré, la relation médecin-patiente pouvait prendre différents aspects.
Quelques médecins semblaient plus **directifs**, et préféraient **donner le rythme** aux patientes

M5 : « *non sans symptômes c'est vraiment quand moi j'impose* »

M6 : « *non parce que je le fais, y a que chez les femmes enceintes où je te dis je ne le fais peut-être plus systématiquement comme avant mais ben non parce que je le fais, je dis "bon je vais faire un petit toucher vaginal"* »

Avec parfois un **chantage à la contraception** pour faire adhérer les patientes au dépistage du cancer du col de l'utérus

M3 : « *pour le frottis, l'examen gynéco tous les 3 ans, je le propose, après si véritablement elles ne veulent pas y a pas de soucis mais je leur dis "va falloir le faire parce que moi je ne prescrirais plus la pilule autrement" (...) si là je considère qu'il fallait faire un examen parce qu'il y a le frottis à faire, si elles ne le font pas je leur dis "moi je vous prescris la pilule pour 1 mois, 3 mois dans le meilleur des cas, et puis faudra pas y revenir"* »

M5 : « *de toute façon je leur dis si elles sont à la bourre pour leur frottis etc., c'est moi ou le gynéco dans le mois qui suit parce que bon ça traîne* »

Poser un **cadre** aux patientes pouvait **faciliter** le suivi pour les médecins

M9 : « *c'est vrai que quand y a un cadre ça aide, ça aide quand même puisque le médecin ne se pose pas trop de questions* »

M3 : « *ça serait pas mal peut être qu'il y ait des consensus comme ça y aurait moins la place pour se dire est-ce que je fais bien ou je ne fais pas bien* »

Même si cela laissait **moins** de place à la **décision partagée**

M9 : « *mais bon pourquoi est-ce qu'on imposerait un cadre au patient ? c'est un peu ça* »

M13 : « *et de ce que je pouvais entendre chez certains médecins "on le fait systématiquement c'est comme ça" fin ça ne laissait pas trop le choix non plus aux femmes et j'avais, je suis un peu réticent à entrer là-dedans* »

Cette dernière étant d'ailleurs souvent évoquée dans la gestion du suivi gynécologique.

Que ce soit pour la **réalisation de l'examen**

M1 : « *on est plus dans l'obligation, on fait des propositions, on leur dit que ce serait mieux mais c'est à elles de décider* »

M15 : « *je n'ai jamais vraiment insisté, sans culpabiliser, on dit "voilà ça sert à ça" (...) on ne peut pas tout deviner, on ne peut pas tout voilà, et puis les gens faut les laisser venir à nous* »

Que pour le **choix du praticien** dans le suivi

M15 : « *je leur dis "ma collègue et moi", pour les mettre à l'aise aussi, je leur dis "ma collègue et moi on fait les examens gynéco" comme ça je laisse la porte ouverte, voilà si elles préfèrent que ce soit une femme je leur laisse la liberté puis je leur dis aussi "sentez-vous libre, soyez... soyez bien" comme ça y a pas l'angoisse (...) après si une femme refuse et qu'elle n'est pas à l'aise avec moi, j'ai pas trente ans, je suis un homme, je*

comprends, et puis des fois c'est pas explicitement dit et on sent que ... du coup j'en remets une couche sur le fait d'être à l'aise quoi, faut être à l'aise et puis je ne vais pas me vexer »

D. Motif(s) de consultation

Les motifs de consultations étaient déterminants dans la décision de proposer ou non un examen pelvien.

a. Frottis cervico-utérin

La quasi-totalité des médecins profitaient de l'indication du **frottis** pour réaliser un examen pelvien complet

M1 : « indications à le faire, ce sont les frottis, maintenant c'est tous les 2 ans, en gros c'est ça, ou 3 ans, mais ce sont à peu près les frottis »

M3 : « j'essaie de faire le frottis tous les 3 ans, et là je fais l'examen, autrement je le fais plus systématiquement »

M5 : « déjà dans le cadre d'un frottis, dans leur suivi habituel »

M6 : « à chaque fois qu'il va y avoir un frottis donc tous les 3 ans »

M7 : « sinon c'est pour le dépistage avec les frottis, tous les six mois puis tous les 3 ans »

M15 : « oui là du coup, comme je fais TV et spéculum »

M16 : « alors moi je le fais avec le frottis, donc tous les 3 ans »

Le **suivi** gynécologique étant d'ailleurs très souvent **centré sur le frottis**

M10 : « si je fais un frottis je fais aussi l'examen complet, ça c'est la consultation de surveillance »

M15 : « ouais c'est vraiment le frottis moi (...) je n'ai pas beaucoup d'argument pour dire c'est tous les ans, c'est comme, je vais vous examiner tous les ans parce que vous avez une contraception pour le renouvellement... non, c'est le frottis, si déjà toutes les patientes ont un frottis à jour je suis content »

Cependant, lorsqu'on leur demandait ce que cela leur apportait, quelques-uns répondaient que c'était plus l'**occasion** de le faire qu'un réel apport médical

M16 : « regarder les petites lèvres, tout ça, je le fais parce que oui, quitte à déshabiller les femmes autant regarder, mais je le fais, je ne cherche pas forcément quelque chose (...) c'est un peu profiter du moment, fin de le faire mais c'est pas, fin pour moi ça n'est pas primordiale si y a pas de point d'appel en fait »

Le **toucher vaginal** n'était d'ailleurs pas systématique

M2 : « pour les frottis, mais parfois je ne fais même pas le toucher vaginal, donc très peu en fait »

M11 : « avec le frottis je vais faire systématiquement une inspection de la vulve mais pas forcément de toucher vaginal »

Et le **spéculum** était surtout techniquement nécessaire

M11 : « une mise en place de spéculum bien sûr parce que sinon je ne peux pas faire le frottis »

b. Contraception

Pour une partie des médecins, les consultations d'initiation ou de renouvellement de contraception orale pouvaient également être l'occasion de pratiquer un examen gynécologique systématique.

Certains le faisaient systématiquement à **chaque renouvellement**

M4 : « alors ça va être en général avec la contraception, ça va être l'occasion de discuter un peu, dyspareunies, ça permet de faire le point, en général oui, c'est couplé avec un renouvellement de contraception »

M6 : « alors systématiquement à tout renouvellement de pilule, ou alors toutes les femmes qui sont sous pilule une fois par an »

M7 : « ce qui me vient en tête c'est surtout les renouvellements pour les pilules, sachant que je le fais à peu près une fois par an avec l'inspection vulvaire, je fais aussi TV et spéculum, avec donc voilà une fois par an avec les pilules (...) j'ai peu réfléchi à la question parce qu'on le fait parce qu'elles ont des contraceptions donc on le fait tous les ans, je reste tous les ans pour celles qui ont des Nexplanon ou stérilets hormonaux »

M8 : « au renouvellement de contraception »

D'autres essayaient de le faire **régulièrement** lors de ces renouvellements mais pas obligatoirement chaque année

M3 : « dans le suivi de pilule éventuellement, mais je ne le fais pas annuellement »

La contraception étant la principale motivation des patientes à prendre **rendez-vous**, cela permettait à certains médecins de **saisir l'occasion**

M7 : « c'est souvent des dames qui nous échappent entre guillemets, qui ne vont pas forcément revenir, qui ne sont pas malades, des femmes jeunes, et qu'on voit que, souvent ce qui les fait revenir c'est la prescription de pilule donc on les voit à ce moment-là, parce que des fois si y a pas de pilule et qu'elles vont bien, et donc elles reviennent pas forcément consulter, et c'est vrai qu'on les perd pas de vue mais sur l'aspect gynéco oui »

M8 : « oui c'est plutôt pour ça (NB : occasion de le faire), plutôt en systématique »

Le **cadre contraceptif** permettait d'amener **plus facilement** l'examen

M9 : « couplé à la contraception oui, parce que là c'est très simple comme porte d'entrée »

M7 : « y a certaines dames qui n'ont que des contraceptions mécaniques par préservatifs, et à ce moment-là, j'avoue que je suis plus souple, ou j'y pense moins, c'est peut-être plus difficile à amener ou je ne veux pas trop embêter les dames (...) mais j'y pense peut-être un peu moins »

A l'inverse, beaucoup de médecins ne voyaient **pas l'intérêt** de réaliser un examen pelvien systématique lors des consultations de contraception

M11 : « ah certainement pas, je dirais même sur un suivi, fin sur un suivi, même pour un stérilet, si la dame elle ne se plaint de rien je ne vais pas l'examiner systématiquement pour aller voir si le stérilet est en place »

M12 : « non, un examen pelvien non, palpation oui, mais pose de spéculum non »

M14 : « quand je renouvelle la contraception je pose des questions à l'interrogatoire, j'examine parfois au niveau mammaire, mais sinon je ne pose pas de spéculum à chaque renouvellement de pilule »

M15 : « je ne suis pas très examen systématique tous les ans quand elles ont des contraceptions, je les vois forcément une fois par an, je fais un examen cardiovasculaire et voilà avec le poids au moins une fois par an quand elles ont une contraception »

L'examen n'ayant finalement pour eux **aucune répercussion** sur la prescription contraceptive

M4 : « *c'est vrai, est ce que ça change quelque chose par ailleurs ? je suis en train de réfléchir, c'est vraiment extrêmement rare qu'en fait mon examen gynéco change quelque chose à ma prescription, c'est plus leur interrogatoire (...) parce qu'en général on change de pilule en fonction de problèmes relatés par la patiente, de métrorragies, dysménorrhées, mastodynies, ou alors si on voit au niveau biologique une grosse modification mais c'est vrai que c'est pas notre examen gynéco qui change quoi que ce soit* »

M7 : « *non, parce que je suis rarement tombé sur... j'avoue que non, je n'ai jamais eu de contre-indications (...) je n'ai jamais découvert ni de... de mémoire je n'ai jamais découvert de lésions qui contre-indiquent la contraception hormonale* »

M8 : « *oui c'est plutôt pour ça, plutôt en systématique mais ça ne va pas changer ma prise en charge* »

M9 : « *changer la prescription... pas vraiment en fait, puisque les indications de changement de pilule ne sont pas tellement liées à ce que l'on va observer sur le plan physiologique, à ma connaissance, donc c'est vrai que non je ne pense pas que ça change* »

c. Symptômes

Enfin, le dernier motif de consultation qui pouvait motiver la réalisation d'un examen pelvien chez les patientes était la présence de **symptômes spontanément évoqués** par ces dernières

M2 : « *à la demande de la patiente quand elles ont des symptômes...* »

M5 : « *on est quand même hyper focus sur une plainte ou une demande, on fait un examen en fonction de, la plupart du temps c'est parce qu'il y a eu une plainte gynéco* »

M8 : « *quand y a des symptômes bien sur* »

M10 : « *puis si y a des points d'appel c'est évident que je vais le faire aussi* »

M12 : « *quand y a un point d'appel on fait, par exemple quand on aborde la question de l'incontinence, de fuites urinaires à l'effort, on le fait, ça tombe sous le sens* »

M13 : « *évidemment si on me dit, le dernier examen que j'ai fait c'était une dame qui se plaignait d'odeur nauséabonde du coup j'ai fait un PV et voilà, sur symptôme, sur plainte je le fais mais pas du tout de manière systématique* »

M16 : « *sinon si point d'appel clinique, sinon je ne le fais pas de manière systématique* »

E. Convictions et représentations

a. Intérêt de l'examen

Les convictions du médecin sur l'utilité d'un examen influençaient beaucoup la réalisation de ce dernier. Pour l'examen pelvien, les avis étaient mitigés.

Certains praticiens émettaient des **doutes sur l'intérêt** de cet examen en dehors de tout symptômes

M2 : « *asymptomatique en dehors des grossesses je ne vois pas pourquoi on le ferait de toute façon (...) moi si elles me disent qu'elles n'ont pas besoin de contraception et qu'elles sont à jour sur les frottis, qu'elles ne se plaignent de rien et qu'elles ne viennent jamais pour ça, je ne vais pas aller leur proposer les examens, ça c'est sûr, ça m'intéresse pas du tout et j'ai rien à voir, rien à chercher* »

M10 : « *ce n'est pas un examen qui est très... je veux dire systématique quand y a pas de plainte je ne vois pas trop ce que ça peut apporter quoi, alors peut être que je me trompe mais je ne suis pas convaincue, et n'étant pas convaincue je ne fais pas déshabiller exprès la patiente pour un toucher pelvien, non* »

Et jugeaient qu'il apportait une **faible contribution médicale** dans ce cadre

M2 : « pour résumer je pense que ça a très peu d'intérêt , je pense que médicalement ça nous apporte très peu »

M3 : « mais le fait est que quand tu le fais quand même un certain nombre de fois comme ça et que c'est juste pour inspecter, regarder, si y a pas de symptôme, la plupart du temps tu ne trouves rien »

M14 : « sur le plan médical à mon avis on en tire pas grand-chose au niveau du bénéfice, c'est pas du ressenti je pense qu'au niveau du bénéfice médical on en tire pas grand-chose, peut être que je me plante complètement au niveau des chiffres, mais sans symptôme je ne pense pas que... »

Ils **doutaient** également de la possibilité de **découvrir des anomalies** à l'examen sans symptôme

M10 : « je ne sais pas si je faisais un toucher, fin un examen pelvien, plus souvent est-ce que je trouverais quelque chose ? je me pose la question, parce que c'est sans doute plus les signes d'alerte, les symptômes qui vont... enfin faudrait que je réfléchisse mais je ne suis pas sûr que si j'en faisais plus souvent... »

M14 : « à part des lésions visibles macroscopiquement y a pas grand-chose qui m'intéresserait, et souvent ça parle cliniquement, souvent y a des métrorragies, des choses comme ça avant que ... le frottis sert à dépister et entre les trois ans à mon avis, si quelque chose se développe rapidement je pense que ça parle, ça parle, ça saigne ou ça fait mal, sinon on ferait des frottis tous les ans si on avait fréquemment des cancers dans l'intervalle des 3 ans »

Le **toucher vaginal** semblait très rarement pratiqué

M16 : « si y a une douleur pelvienne aiguë, je vais le proposer et encore, je ne sais même pas si je le fais systématiquement, je vais vite faire la palpation du ventre et puis si j'y pense je vais vite aller à la bio ou orienter aux urgences gynécos, mais c'est vrai que... ouais, même pendant le frottis moi le toucher vaginal, je ne le fais quasiment jamais »

Et quelques médecins le jugeaient même **sans intérêt sur la santé des femmes** en général

M11 : « si tout va bien tout va bien, ce n'est pas la peine d'embêter les gens si y a pas de soucis, le toucher pelvien systématique il n'a pas montré d'intérêt particulier sur la santé de la femme »

M14 : « alors les TV je n'en fais quasiment jamais, je préfère mettre... fin déjà même à la fin de mon stage de gynéco, faire un TV, je n'en ressortais pas grand-chose, en situation de suivi j'en fais jamais, parce que pour moi y a pas d'indication en fait »

Quant à l'**inspection vulvaire**, un des médecins estimait qu'étant une région anatomique **visible par les patientes**, elles consulteraient en cas d'apparition d'une lésion

M14 : « en fait l'inspection vulvaire je pars du principe que si y a un problème la patiente elle le sait et que du coup ça serait un motif de consultation »

Plusieurs médecins évoquaient les **rares découvertes** avec l'expérience lors des examens de **routine**, en dehors du frottis

M5 : « mais là en cabinet non (NB : découvrir une masse pelvienne) »

M6 : « sans symptôme, non, enfin, ovaires non, ça clairement, et si alors ça m'est arrivé une ou deux fois, peut-être deux fois, d'avoir un naevus un peu suspect au niveau de la vulve, et en fait c'était pas un cancer mais bon, mais des cancers de la vulve, vraiment cancer de la vulve non, si y avait pas de symptôme »

M4 : « après à part le frottis c'est vrai qu'il y a rarement de grandes découvertes avec cet examen »

M7 : « pas dans du systématique je pense, quand je dépiste des choses c'est sur point d'appel, mais de mémoire en systématique j'ai jamais rien trouvé, ou peut-être mais c'est pas visuellement mais des frottis ASCUS ou bas grade mais pas de choses plus conséquentes »

Ce qui ne les incitait pas à réitérer l'examen

M10 : « oui ça me paraît suffisant parce que j'aurais finalement changé ma pratique, et je ne l'ai pas fait parce que ça n'a pas l'air... c'est pas un examen très productif »

A l'inverse, d'autres médecins étaient **convaincus de l'utilité** de cet examen en systématique

M5 : « j'en vois un intérêt oui, je ne le fais pas à titre systématique (...) avec le recul maintenant je pense, y a des trucs des fois, les patients ont tendance à minimiser les choses, je trouve que ce n'est pas abusif quoi »

M6 : « parce que j'en retire quelques choses où il peut y avoir des débouchés, des discussions »

M12 : « ah si, on voit plein de choses, on peut avoir un petit polype accouché par le col, on peut avoir un col très inflammatoire, on voit des mycoses »

M9 : « on peut toujours tomber sur des condylomes des choses comme ça, donc ça peut être quand même intéressant de ne pas attendre que ça s'étende trop avant de commencer un traitement (...) en même temps c'est vrai qu'on a dépisté des choses, on a fait des diagnostics importants sûrement quand même pour que... »

En parallèle, l'importance de l'**anamnèse** était mise en avant par les médecins interrogés

M1 : « je leur demande comment ça se passe, avez-vous des bouffées de chaleur, de la sécheresse, etc., des douleurs, pas de douleur, on a que ça à faire, on discute de ça, je trouve que c'est... on n'est pas obligatoirement dans le truc en disant faisons attention »

M10 : « alors c'est autant à l'interrogatoire qu'à l'examen »

M11 : « je leur demande souvent, fin en général je leur demande s'il n'y a pas de soucis, si tout va bien, s'il n'y a pas de perte si y a pas de douleur si y a pas... »

M14 : « je leur demande si tout se passe bien avec cette pilule là au niveau gynéco, je leur demande s'il y a des saignements, si y a des douleurs, en gros ce sont mes questions, ensuite je vais sur le plan vasculaire mais sur le plan gynéco c'est plus ça »

L'anamnèse semblait souvent **décisive** dans la réalisation ou non de l'examen pelvien

M12 : « s'il n'y a pas de plainte, que tout va bien, non je ne le fais pas »

M16 : « après je pose des questions, c'est vrai que quand je fais le frottis, c'est vrai que c'est là que je pose les questions, avec les renouvellements de pilules mais je ne fais pas d'examen, mais je leur demande si y a des douleurs pendant les rapports, si les règles machin truc, et si y a un point d'appel je propose l'examen pelvien »

La recherche d'éventuels symptômes non spontanément évoqués par les patientes faisait partie du **rôle du médecin**

M2 : « c'est peut-être à nous d'interroger si elles ont des symptômes, parce que y en a qui ne vont pas dire, peut-être plus interroger si elles ne viennent jamais pour ça »

Plusieurs médecins disaient porter plus d'attention à l'**examen mammaire** dans le suivi

M1 : « c'est vrai que les seins j'y prête énormément d'attention par rapport à ça »

M6 : « autant je vais continuer à palper les seins jusqu'à 90 ans ou régulièrement quand je prends leur tension pour celles qui ont un traitement, les petites mamies, je leur dis "tiens aujourd'hui je vais regarder un peu les seins" donc j'essaye de suivre un petit peu ça »

M8 : « je fais facilement la palpation mammaire mais je ne pense pas toujours à l'examen pelvien »

M10 : « une palpation de sein c'est sûr qu'il vaut mieux les toucher plus souvent mais le toucher pelvien »

D'une manière générale, un examen se devait d'être **utile et non systématique**

M11 : « mes freins à moi, c'est vraiment l'utilité d'un examen, fin je veux dire c'est pareil on n'examine pas une épaule si les gens n'ont pas mal à l'épaule, donc pourquoi on ferait un TV si elles... c'est pareil on ne fait pas un toucher rectal si les gens ils ne se plaignent pas d'un problème hémorroïdaire ou d'un problème de prostate, donc pourquoi le TV devrait être systématique, il n'apporte pas plus de chose, un examen doit être utile »

Et pour de nombreux médecins, cet examen devait encore apporter des **preuves de son utilité**

M2 : « est-ce qu'il y a des études qui ont montré que de le faire une fois par an permettait de dépister des cancers de l'ovaire ? non, je pense qu'il y a très peu d'opérateurs qui sont expert en toucher et qui puissent vraiment dépister des pathologies pelviennes en dehors de tout symptôme »

M13 : « proposer un examen gynécologique systématique chez une femme jeune, de ce que moi j'en avais lu j'ai un peu compris qu'il n'y avait pas vraiment de preuve que ça amenait quelques choses »

M3 : « en plus de ça certains ont dit que ce n'était peut-être pas nécessaire »

M14 : « ce qu'il faudra voir c'est est-ce que cet examen a vraiment un intérêt médical, je ne sais pas, je ne connais pas les chiffres, je ne connais pas les études là-dessus, mais pour moi c'est nécessaire que ce soit appuyé sur des chiffres, après je suis très cartésien, si y a pas d'intérêt, pour moi si y a pas d'amélioration de la morbi-mortalité, après c'est difficile de faire des études mais... »

Certains seraient d'ailleurs demandeurs de **recommandations plus claires**

M3 : « ça serait pas mal peut être qu'il y ait des consensus comme ça y aurait moins la place pour se dire est-ce que je fais bien ou je ne fais pas bien »

Et venant d'**organismes plus indépendants**

M13 : « quand tu demandes à un dermato combien de fois par an il faut faire un examen dermato il va te dire tous les ans il faut regarder les grains de beauté de tout le monde, en fait non, dans la vraie vie non, donc voilà je me méfie de ces avis, je ne sais pas si, tant qu'on ne m'a pas montré qu'ils étaient réellement utiles et belle preuve à l'appui, là, réévalué par des trucs plus indépendant genre Prescrire et compagnie, je reste très très très dubitatif, suspicieux et réticent à mettre en place des trucs de prévention »

Afin d'éviter le **conflit d'intérêt des sociétés savantes** dû à leur identité professionnelle

M13 : « regarde globalement ce que disent les sociétés savantes spécialisées, alors je prends un autre exemple hors contexte, le PSA, tu lis les reco HAS, tu ne sais pas trop, tu lis les recos des urologues, ils faut faire un PSA tous les ans à partir de 50 ans, donc en fait dans les sociétés savantes qui émettent les recommandations tu as aussi des conflits d'intérêt qui sont liés à l'identité professionnelle, et en fait si y avait des grandes campagnes ça serait pour quoi ? ça serait pour promouvoir justement une surmédicalisation du corps des femmes, ou au contraire pour y aller mollo tu vois, et si y a avait une campagne pour y aller mollo t'inquiètes que y a pleins de gens qui se dresseraient en disant "non mais vous comprenez, moi j'ai eu une patiente qui a eu un cancer du col", fin je veux dire tu ne bases pas des trucs de santé publique sur ton expérience clinique, tout le monde le sait, et je pense qu'il y aurait plein de boucliers qui se lèveraient pour défendre pleins d'examens médicaux »

Certains médecins ont également évoqué le « **devenir** » de cet examen selon eux.

Une partie continuait de le proposer **une fois par an**

M7 : « *je pense qu'une fois par an ça me paraît bien, parce que même pour un stérilet au cuivre, vérifier qu'il n'est pas bougé, la longueur des fils, ça me paraît bien en réfléchissant, après c'est un peu la théorie, on aimerait faire ça...* »

M8 : « *oui, une fois par an c'est pas mal je pense* »

D'autres estimaient que **tous les trois ans** était suffisant

M1 : « *tous les 3 ans ça serait bien, oui* »

M3 : « *si véritablement elles n'ont pas de leucorrhée ou autre, métrorragie ou douleur lors des rapports je ne vois pas trop l'intérêt de le faire à moins de 3 ans* »

Beaucoup jugeaient plutôt de sa nécessité au **cas par cas**

M7 : « *hors contraception, ça va dépendre des facteurs de risque, ça va être au cas par cas, je dirais que c'est plutôt ciblé, je ciblerais quand même sur voilà des dames qui n'ont aucun facteurs de risque néoplasique, HPV, infectieux ou autres, je serais peut-être moins... je ferais peut-être pas tous les ans mais peut-être pas laisser 3 ans non plus sans examen, mais si on est dans 1 an et demi ou 2 ans c'est pas quelque chose qui me... moi je vais pas y penser systématiquement tous les ans chez ces dames-là* »

M9 : « *je ne peux pas faire une réponse pour tout le monde en fait, parce que bon si on fait une réponse un peu générale j'ai envie de dire que on a quand même cette histoire de frottis tous les trois ans qui nous sert de trame, et du coup on peut dire par exemple ça peut être tous les 18 mois, parce que tous les 18 mois une fois sur deux on va retomber sur le frottis mais ça ne sera pas quelque chose d'imposé une fois par an, après on est limité par cette histoire d'ordonnance qu'on fait, par les us et coutumes, on fait des ordonnances de pilule pour un an maintenant volontiers, donc du coup-là on est sur un an, après ça dépend des cas je dirais, ça peut avoir un intérêt de rapprocher un peu* »

M12 : « *oui c'est au cas par cas* »

Un des médecins pensait cet examen en voie de **disparition**

M2 : « *je pense que c'est en voie de disparition, et que on fera quasiment plus* »

Des **études américaines** ayant récemment démontré un manque d'intérêt et d'utilité de ce dernier en systématique

M2 : « *je crois qu'il va disparaître, je crois même qu'aux Etats Unis ils ne le font plus, y a une étude qui est sortie y a pas longtemps qui disait qu'il fallait arrêter non ? y a pas eu un truc aux USA pour dire en fait pas d'intérêt dans telle ou telle étude ?* »

Quelques participants s'interrogeaient sur la place de l'examen pelvien systématique en **l'absence de frottis**, soit en dehors des âges du dépistage systématique, soit au profit d'un dépistage du Papillomavirus par auto-prélèvement vaginal

M7 : « *je ne suis pas sûr que faire un examen systématique tous les ans, est-ce que ça amènerait quelque chose, je ne sais pas, je pense que j'attendrai* »

M9 : « *après c'est quand les frottis se sont espacés on s'est dit finalement pourquoi systématiquement imposer un examen gynécologique si y a pas de plainte* »

M16 : « *moi d'après les connaissances que j'ai, à mon avis non il n'y aurait pas d'intérêt à continuer, de manière systématique, après peut-être mais d'après les connaissances que j'ai pour moi je dirais non* »

b. Représentations de l'examen et du ressenti des patientes

i. Représentations de l'examen

La représentation que se fait le médecin de cet examen pouvait avoir des répercussions sur sa réalisation.

Pour certains, l'examen pelvien en soi était un **examen comme un autre**

M1 : « je ne voyais pas une perception effectivement de troubler l'intime de la femme, pour moi ça a été un examen du médical, point »

M6 : « comme j'examinerais une autre partie du corps »

M11 : « c'est un examen comme un autre, c'est à dire qu'on doit le faire à bon escient, qu'il n'a pas lieu d'être systématique comme tout autre examen, en fait, tout simplement, moi c'est ce que je dirais »

M12 : « ça fait vraiment partie, comme un dentiste qui regarde un examen buccal, il le fait, c'est recommandé de le faire tous les ans, même si y a pas de carie »

Pour d'autres, cet examen restait un examen invasif donc **non anodin**

M12 : « moi je trouve que c'est quand même, c'est une exploration interne, donc je ne le fais pas gratuitement »

M14 : « je me dis oui y a le sur diagnostic, oui effectivement c'est un examen intrusif, le répéter c'est pas non plus idéal, ni pour la patiente ni pour potentiellement le pronostic futur »

D'autant plus qu'il touchait à **l'intimité** des patientes, ce qui le distinguait des autres examens

M6 : « ça demande peut-être un peu plus de douceur, un peu plus d'explications avant parce que c'est quand même une partie intime »

M7 : « y avait une réponse qui m'avait marquée un jour, je dis "ne vous tracassez pas pour moi c'est médical y a aucun soucis" et la dame m'avait répondu "oui mais pour moi ce n'est pas médical" et c'est vrai que ça m'était resté dans le sens où elle c'est l'intimité et donc oui ça a beau être médical ça reste compliqué pour certaines dames »

M11 : « mettre une femme toute nue et l'examiner, toucher vaginal compris, les seins compris alors que tout va bien, en systématique est ce que c'est vraiment indispensable ? parce qu'on parle après effectivement de violences, mais ça peut être mal vécu pour une femme »

Plusieurs médecins l'ont d'ailleurs **comparé au toucher rectal** chez l'homme

M2 : « c'est comme si on disait est-ce que vous voulez que je vous fasse un TR de principe quoi, ça nous viendrait pas à l'idée de proposer des TR (...) tout le monde sait que ça n'a pas de sens de mettre un doigt dans les fesses à quelqu'un si on ne cherche rien, on ne le fait que quand y a des saignements, des hémorroïdes ou un truc de prostate ou on cherche une masse parce qu'il y a des saignements fin voilà, mais je vais pas aller faire chez quelqu'un d'asymptomatique des examens invasifs c'est sûr »

M11 : « c'est pareil on ne fait pas un toucher rectal si les gens ils ne se plaignent pas d'un problème hémorroïdaire ou d'un problème de prostate, donc pourquoi le TV devrait être systématique, il n'apporte pas plus de chose »

Les hommes semblant être **moins habitués** à évoquer leur intimité

M9 : « les messieurs avec leur corps ils ont plus de difficultés souvent à exprimer, à décrire leurs sensations, on les a beaucoup moins laissé exprimer les plaintes sur leur corps, clairement, donc tout ça, ça rend les choses un peu plus difficiles »

Plus globalement, cet examen pouvait être à **risque émotionnel**, que ce soit du côté des médecins comme de celui des patientes, touchant une partie du corps avec des **enjeux symboliques**

M9 : « c'est quand même un examen qui n'est pas anodin, c'est une zone particulière du corps, y a pas mal d'enjeux symboliques, autant pour le médecin que pour les patientes, etc., donc c'est vrai que ce n'est pas fluide de la même façon et j'ai rarement vu quelqu'un dire "voilà faites-moi un examen gynécologique pour que je sois tranquille", j'ai rarement entendu ça (...) y a énormément de facteurs qui entre en jeu »

ii. Représentations du ressenti des patientes

Beaucoup de médecins partaient du principe que l'examen était **désagréable** pour les femmes et donc généralement **appréhendé**

M10 : « je n'ai pas l'impression qu'elles en demandent tant que ça des examens gynécos, déjà le frottis elles râlent, ou alors il y a des obsédées du cancer peut être mais, ce n'est pas un examen qu'elles réclament »

M15 : « fin c'est toujours l'angoisse d'aller faire un frottis j'imagine »

Même si la normalité de l'examen entraînait une certaine **satisfaction** a posteriori

M9 : « je pense que les patientes ne vont pas être demandeuses d'examen à tout crin, mais par contre sont contentes que l'examen soit fait et soit effectivement normal, donc les gens sont contents quand même, ça leur apporte aussi ça, d'être satisfait de se dire, bon voilà tout a été vérifié, ce n'est pas un soulagement c'est le plaisir que les choses soient normales, ce n'est pas négligeable »

M15 : « les gens sont quand même contents d'être examinés et de pouvoir dépister des cancers mais après ça leur appartient, je pense qu'elle avait vraiment envie de faire ce dépistage mais qu'elle n'était pas à l'aise avec son corps et avec ça quoi »

Le **présupposé** que cet examen est **désagréable** engendrait chez le médecin une **réflexion** sur son intérêt

M9 : « alors vous allez me dire c'est parce qu'il y a un présupposé de considérer qu'un examen gynécologique est désagréable, c'est ça les présupposés qu'on a, sinon on ne pose pas la question "tiens est ce que je vais vous prendre la tension par exemple" »

Les médecins pouvaient penser que les femmes étaient moins réticentes après une **grossesse**

M1 : « je pense que les femmes qui ont déjà eu des enfants elles sont plus à l'aise, en tout cas elles paraissent plus à l'aise, je pense que la grossesse les change énormément »

M9 : « bon après y a l'histoire des grossesses aussi qui fait qu'on est plus à l'aise si on a déjà connu des examens, parce qu'il y a quand même des choses qu'on va être obligé de faire pendant la grossesse et donc si on a un peu l'habitude, on sait déjà ce que c'est, l'examen gynécologique hors grossesse du coup voilà y a quelque chose d'assez naturel qui s'enchaîne »

M12 : « après un accouchement, fin voilà c'est, moi je trouve qu'une femme après un accouchement elle est un peu libérée sexuellement en fait »

Ou plus à l'aise avec l'examen mammaire

M6 : « les palpations de seins ça passe beaucoup mieux »

M9 : « sur la palpation mammaire c'est assez amusant de voir qu'il y a des patientes qui très spontanément vont dire "oui vous avez bien pensé à une palpation mammaire" alors qu'on aura très peu de gens qui vont dire "bon..." »

Les médecins étaient par conséquent **très attentifs au ressenti** des patientes

M1 : « c'est pour ça que l'interrogatoire, voir un peu comment elle se sent, je trouve que ça c'est important »

M7 : « il faudrait se renseigner sur l'autre versant, qu'est-ce que les dames en pensent, leur ressenti, comment c'est amené, est-ce qu'elles ont compris pourquoi on faisait ça, comment est-ce qu'elles le vivent »

M16 : « ça va plus être le ressenti de la patiente, comment je sens la patiente, si je la sens très angoissée, très douloureuse, c'est là que je commence à me dire olala ça va être..., que ça peut moi m'atteindre en disant "bon faut pas que je lui fasse mal, faut pas que machin", en gros c'est plus ça qui va être un frein plutôt que moi »

Un des médecins essayait justement de trouver le **juste milieu** pour que les patientes soient à l'aise tout en prenant en considération les éventuelles difficultés engendrées par l'examen

M15 : « parce que les femmes sont pas à l'aise et que voilà donc on fait très attention, moi j'essaye de ne pas montrer que je suis très à l'aise, pour pas qu'elles... c'est un bon équilibre je pense, faut montrer que tu es à l'aise mais faut pas non plus "allez je suis à l'aise j'y vais comme un bourrin", je sais que c'est compliqué pour vous, que ça n'est pas évident, des fois on rigole, y a des patientes avec qui on rigole un peu de la situation, et puis d'autres où c'est un peu plus "vous inquiétez pas, vous me dites, soufflez " fin faut parler beaucoup, faut les rassurer, "c'est très bien ce que vous faites" etc. »

Une des façon d'**améliorer le ressenti**, évoquée par les médecins interrogés, était d'**expliquer** ce que l'on fait et pourquoi

M6 : « « je pense que la polémique sur les maltraitances, sur les peurs des femmes, tout dépend de la façon dont on s'y prend, si on explique bien les choses, si on est doux, ça se passe bien (...) ça demande peut être un peu plus de douceur, un peu plus d'explications avant parce que c'est quand même une partie intime, que ça soit les seins ou que ça soit l'intérieur, en prenant le temps et leur expliquant, je trouve que ça passe plutôt bien »

M14 : « elle explique tout le temps ce qu'elle va faire, avant de le faire, et je pense que c'est ce que je ferais aussi, j'expliquerais à la dame ce que je vais faire en le faisant, en demandant toujours si tout va bien, voilà, donc prendre le temps et pas faire ça dans la précipitation parce que si une patiente se crispe ou a des douleurs c'est foutu après on ne peut plus rien faire, c'est contre-productif »

M5 : « après en expliquant toujours à la patiente ce qu'on fait, et l'intérêt (...) c'est l'ignorance de toute façon chez le patient qui engendre une angoisse et donc après un mal être dans la consultation (...) je ne vois pas trop la difficulté à effectuer l'examen gynéco systématique, même sans plainte, il suffit d'expliquer toujours, toujours, toujours à la patiente pourquoi on fait ça et qu'est-ce qu'on peut retrouver comme choses, et toujours être à l'aise »

La manière d'**amener l'examen** pouvait également avoir son importance

M7 : « quelle est la meilleure phrase pour demander à une dame "est-ce qu'elle est ok pour l'examen gynéco?", alors souvent je demandais "est-ce que ça ne vous dérange pas l'examen gynéco?" et là ils m'ont dit non parce que si tu dis « déranger » c'est que tu insinues que ça pourrait être dérangeant, pour toi ou pour

elles, donc souvent on était tombé d'accord avec mes collègues en disant "est ce que vous êtes d'accord pour qu'on fasse l'examen gynéco aujourd'hui pour le suivi" c'est une phrase un peu plus neutre »

F. Motivations du médecin

Les motivations à réaliser l'examen se rassemblaient en trois grandes catégories. Certains y trouvaient un bénéfice, d'autres moins. Selon les certitudes de chacun, ils pouvaient décider ou non de proposer un examen pelvien systématique.

a. Ouvrir la discussion

Parmi les motivations évoquées, l'**ouverture de la discussion** sur différents sujets était citée par certains médecins

M4 : « ça me permet de voir l'aspect de la vulve, de discuter dyspareunies éventuellement »

M15 : « ça peut être aussi si on voit que c'est douloureux alors qu'on a tout bien fait pour que ça soit détendu etc., ça peut aussi moi m'amener à savoir si les règles sont douloureuses, si les rapports sont douloureux, si y a des soucis dans la vie sexuelle, ça peut ouvrir la discussion, déboucher sur une endométriose ou pas, sur les traitements, de possibilité thérapeutique, de discussion, etc., si je repère qu'il y a un truc pas comme d'habitude ça m'interpelle et ça me permet de... ça m'est déjà arrivé »

L'**examen facilitant** ces discussions, plus difficiles à aborder en dehors

M8 : « oui, c'est plus facile pendant l'examen de l'aborder, de demander si y a des douleurs pendant les rapports, si y a des choses particulières qui les gênent à ce niveau-là »

Et permettant parfois de découvrir des symptômes **banalisés** ou **non exprimés** par les patientes

M5 : « je cherche s'il y a des lésions méconnues par la patiente, l'examen au spéculum, son col elle ne connaît pas (...) par exemple pour la deuxième tranche d'âge, les problèmes de prolapsus (...) voir ce type de soucis et qu'on peut régler nous même sans que la personne nous ai soumis une plainte parce que ça peut paraître banal ou naturel, on quelque chose plutôt d'intimiste (...) les patients ont tendance à minimiser les choses, je trouve que ce n'est pas abusif »

M6 : « je vais regarder l'état de lubrification, parce que j'ai des patientes en péri ménopause qui peuvent être gênée mais qui ne vont pas forcément le dire, moi je m'en rends compte à ce moment-là »

M9 : « après toute la question est de savoir est ce que la plainte sera spontanée parce qu'il y a des gens qui très facilement vont dire "moi j'ai des sécrétions vaginales un peu inhabituelles, j'ai une gêne urinaire ou au niveau sexuel, etc.", y a d'autre gens en fait qui ne vont pas forcément aller sur ce terrain et peut être que par le biais de l'examen gynécologique vont dire "ah bah oui mais finalement j'ai ça", donc ça va permettre peut-être d'ouvrir et d'aller peut-être, de permettre aux patientes d'exprimer plus facilement certains détails qui peuvent les concerner, les questionner et qu'elles n'auraient pas spontanément la facilité de le dire avant d'être déshabillées et de faire cet examen »

L'examen pouvait permettre d'**orienter** secondairement l'**anamnèse** en fonction des découvertes

M6 : « donc ça permet de voir si y a justement des choses dont elles ne vont pas forcément parler, et puis ça me permet de voir l'aspect du col, et puis aussi si y a des douleurs au toucher vaginal qui peuvent être un signe de dyspareunies ou ce genre de choses, donc c'est un peu systématique mais y a quand même des petites choses auxquelles je fais attention et qui peuvent, des fois je leur pose des questions même si elles ne se sont

pas plaintes, "dis donc c'est un peu sec là" "ah oui maintenant que vous en parlez" fin voilà (...) parce que j'en retire quelques choses où il peut y avoir des débouchés, des discussions »

M7 : « après si on découvre des choses à l'examen physique peut être qu'on va reprendre en disant : oui là y a ça, telle chose, telle chose, mais c'est pas trop tabou et c'est important d'aborder le sujet »

Le sujet le plus souvent abordé dans ce contexte était la **sexualité**.

La discussion était **orientée** en fonction du déroulement de l'examen

M1 : « ça me permet d'avoir un rapport, pas un rapport, mon dieu, faut pas mettre ça parce que là ça va être terrible (rires), c'est de permettre justement de savoir si ça se passe bien à ce niveau-là, ça me permet de parler de la sexualité, voir un petit peu comment ça se passe, si elles ont des difficultés, etc. »

M6 : « si y a des douleurs au toucher vaginal qui peuvent être un signe de dyspareunies ou ce genre de chose »

Ils pensaient que l'examen pouvait **aider les femmes** moins à l'aise à en parler

M9 : « l'examen aide, dans certains cas, c'est pas du 100%, c'est plus une porte d'entrée pour des patientes qui n'en parleraient pas spontanément, mais bon après les gens en parlent aussi en dehors »

M12 : « du coup on leur demande, est ce que vous avez mal, est ce que vous n'avez pas mal, durant les rapports sexuels, et ça ouvre la discussion, si on fait plus de frottis, si on ne fait plus d'examen gynécologique, c'est un sujet qui va être passé sous silence, donc non je trouve que ça a complètement son intérêt »

Les patientes semblaient **plus détendues** durant l'examen lorsqu'ils discutaient

M12 : « oui, parce que c'est plus sympa et elles sont plus détendues si on discute »

D'autres médecins pensaient que le **cadre de la consultation** favorisait la **discussion** plus que l'examen physique en lui-même

M1 : « et là j'aborde la sexualité plus facilement, j'ai du temps »

M2 : « si elles viennent pour parler de contraception ou renouvellement, j'en parle beaucoup plus parce qu'elles savent qu'on va parler un peu finalement de l'intimité, donc c'est le thème de la consultation, c'est beaucoup plus facile »

M7 : « des fois quand c'est le renouvellement de pilule, même sans examen on essaye d'en parler, ça c'est surtout, on en parle souvent parce qu'elles viennent soit y a des pertes ou autre, j'avoue que souvent je développe plus quand y a ça mais j'avoue je n'ai pas trop de tabou »

M13 : « beaucoup plus facilement avec les femmes lors des consultations de contraception justement, assez facilement oui »

M16 : « c'est des questions un peu générales, lors des renouvellements de contraception, frottis, en gros c'est là que je les pose les questions »

M4 : « ça permet de poser les choses et d'avoir une consultation dédiée où l'on peut poser des questions un peu plus ciblées »

Ce sujet étant plus **difficile** à aborder au **milieu d'autres motifs** de consultation

M1 : « au moment de l'examen en tout cas c'est le moment d'en parler plus franchement, mais c'est vrai que quand les femmes elles viennent, elles ne viennent pas pour cela, ou elles viennent là et on n'aborde pas le sujet, ou alors c'est elles qui l'abordent mais je ne vais pas l'aborder de façon systématique si elles viennent pour un mal de gorge, de jambe, un truc un machin etc. alors que là, sauf que c'est le moment peut-être où c'est le plus facile d'aborder »

En opposition, une partie des médecins jugeaient l'examen **délétaire** sur la discussion

M11 : « je trouve même que ça peut dé... fin y a des femmes qui sont plus dérangées par l'examen que par le fait de discuter, donc, et notamment chez les jeunes femmes »

Et **loin d'être nécessaire** pour aborder ce sujet

M2 : « je l'aborde assez facilement, et même si y a pas d'examen gynéco »

M11 : « je n'ai pas besoin de faire un toucher vaginal pour aborder ce sujet »

M12 : « c'est facile, pour moi c'est facile »

M16 : « je pose la question quasi systématiquement des douleurs pendant les rapports, la sécheresse plutôt aux femmes ménopausées, et voilà c'est à peu près tout, mais pas pendant l'examen clinique »

La sexualité paraissait plus facile à aborder avec le **maintien de l'intimité physique** de la patiente

M13 : « découvrir des sécheresses j'en suis loin donc, non je pense que moi ça ne me semble pas du tout une bonne approche, au contraire, je me sens au contraire plus à l'aise de parler de sexualité si la femme peut garder son intimité à ce niveau-là et que je peux voir qu'elle n'a pas envie d'en parler et donc j'arrête et je passe à autre chose »

Le sujet de la sexualité semblait enfin **plus difficile** à évoquer **pour certains médecins**

M10 : « c'est pas quelque chose..., en fin je ne suis pas très... j'essaie d'une manière indirecte de, de suggérer mais je ne pose pas trop... fin c'est toujours un sujet ou on ne sait pas trop, il doit y avoir des... fin j'ai... je vais demander par exemple dans le cadre de la ménopause s'il y a une souffrance, si y a une sécheresse vaginale, si c'est gênant, mais je ne vais pas aller jusqu'à... bon après... je vais pas aller poser la question crûment quoi, donc parfois je vais un peu à la pêche, parfois ça mord, parfois ça ne mord pas »

M16 : « j'avoue que je ne l'aborde pas trop, j'essaie de laisser des petites portes ouvertes, sorte de questions ouvertes un peu, après ils y répondent ou pas »

Notamment un médecin **remplaçant** ne se sentait **pas légitime**

M14 : « je ne l'aborde pas spontanément ou quasiment pas, mais je pense qu'en tant que remplaçant ce n'est pas facile, à mon avis quand on est installé c'est plus simple quand on connaît les gens d'aborder ces sujets-là, en tant que remplaçant ça peut paraître déplacé (...) spontanément j'irais pas chercher les choses sans avoir une perche tendue par les patients »

Les patientes semblaient néanmoins **en parler plus facilement qu'avant**

M10 : « les femmes elles ne sont pas comme avant, si elles ont... elles demandent quoi, si elles ont une sécheresse, des dyspareunies, elles en parlent assez facilement »

L'autre sujet que les médecins trouvaient important à aborder était celui des **troubles trophiques**

M9 : « ce qui est quand même intéressant c'est la trophicité de la muqueuse vulvaire et vaginale qui renseigne quand même bien sur la physiologie et sur du coup le rôle des récepteurs hormonaux sur la muqueuse vaginale et c'est vrai que c'est apporté par cet examen, ça, les sécrétions vaginales ça renseigne également en fonction de l'âge de la patiente, et puis des particularités qu'il peut y avoir »

Permettant d'éventuellement apporter des solutions aux patientes et d'améliorer leur **confort sexuel** lors de sécheresses vaginales

M5 : « ça m'est arrivé, ça m'arrive et puis ça m'arrivera de proposer spontanément l'examen pour vérifier quand même si y a pas de lésion associée, des éraillures, des trucs qui peuvent se cicatriser, se réparer, avoir une solution quoi, et donc ouais, ça m'arrive, ça peut donner un ordre d'idée de l'état de trophicité et donc apporter des solutions pour ces femmes »

Enfin, un des médecins a évoqué la possibilité de découvrir des **antécédents de violences sexuelles**

M15 : « une patiente qui n'avait pas beaucoup de rapports et qui avait beaucoup de mycose en fait, un peu chronique, et le spéculum c'était hyper douloureux, elle avait dû revenir deux trois fois pour traiter ça, et puis pour revenir, et puis même quand c'était traité c'était un peu sensible, du coup on a parlé sexualité etc., que c'était un peu voilà, d'histoires un peu familiales difficiles avec des violences, bon voilà on sent que, de toute façon je sentais qu'il y avait un peu de réticence à tout ça »

b. Information de la patiente

L'examen était, pour l'un des médecins, l'occasion d'informer les patientes sur leur **anatomie**

M9 : « c'est vrai que si on n'a pas accès au corps c'est quand même moins facile de le faire donc c'est vrai que je propose volontiers cet examen (...) je pense que c'est quand même très important pour les femmes de connaître leur corps dans cette zone-là (...) chaque patiente connaît son corps évidemment mais ne connaît pas forcément le corps d'une autre femme »

Une façon de leur permettre de se **réapproprier leur corps** durant l'examen

M9 : « j'aime bien aussi la proposition du miroir pour regarder le col, je propose : tiens est ce que vous voulez voir le col ? alors ça je le fais quand c'est l'histoire du premier examen gynécologique, alors effectivement y a des dames qui sont très intéressées, et y en a qui veulent pas du tout voir, "ah non non non, je ne veux pas voir ce que c'est", après c'est une chose qui peut être intéressant de se représenter »

La connaissance de son corps et de son fonctionnement permettait d'**aider** dans le traitement des **troubles fonctionnels**

M9 : « ça fait partie de mon rôle médical, l'explication du corps, c'est un aspect de mon métier que j'aime beaucoup, parce que je pense que les gens en général ça les intéresse beaucoup et ils manquent d'informations (...) au niveau génital aussi je trouve que c'est très intéressant d'expliquer un peu tout ce fonctionnement (...) donc quand vous avez une douleur ici, elle est probablement plus d'origine colique et intestinale qu'ovarienne »

Les **représentations anatomiques** étant généralement **erronées**

M9 : « je trouve très intéressant à chaque fois de redonner un peu aux gens des repères, et je pose la question je dis "à votre avis votre ovaire il est où ?" alors effectivement la réponse souvent elle est dans la fosse iliaque, bien plus en hauteur, je leur dis "vous voyez, vous sentez où je suis ? ça c'est la région des trompes et des ovaires, donc c'est vraiment le petit bassin, c'est vraiment la pilosité pubienne qui donne le repère de ça, mais c'est beaucoup moins haut que ce que vous croyez (...) parce que quand on voit comment c'est présenté au niveau des cours de biologie, déjà en termes de dimensions, ça n'est absolument pas à l'échelle, et ensuite on remonte tout l'appareil utérin, les trompes, les annexes, on remonte ça très haut et c'est dommageable »

L'examen était donc l'occasion de les **rassurer sur leur normalité**

M9 : « *parce qu'il y a aussi des questions que certaines jeunes femmes peuvent se poser sur la normalité des organes génitaux externes, plus que ce qui se passe à l'intérieur, mais à l'extérieur y a des fois des questions sur les grandes lèvres par exemple, en disant "moi j'ai l'impression que chez moi c'est un peu hypertrophié, ça me dérange en fonction de la tenue que j'ai etc., et donc j'aimerais savoir si ça a l'air normal" par exemple, donc du coup je vais un peu sur ce terrain-là en disant "est-ce que vous voulez qu'on regarde ensemble parce que peut-être vous avez une question au niveau vulvaire" (...) alors si c'est quelqu'un qu'on connaît pas effectivement pour vérifier qu'il y ait une certaine normalité dans l'examen gynécologique* »

Notamment dans le cadre de **troubles de la sexualité**

M2 : « *quand je sens qu'il y a des troubles de la sexualité je peux proposer l'examen, souvent pour les rassurer de la normalité de leur examen ou de l'anatomie et du coup d'ouvrir la discussion après, que ce n'est pas leur corps qui fait défaut* »

M5 : « *on est face parfois à des questions incroyables de naïveté, ou d'ignorance en fait, souvent quand il n'y a qu'un des deux qui est là en plus, et ça peut amener effectivement à un examen gynécologique, qui n'était pas forcément dans l'esprit de la patiente, et parce que on veut seulement faire un examen pour vérifier un petit peu qu'il n'y ait pas quelque chose qui cloche* »

A l'occasion de ces consultations, plusieurs médecins en profitaient également pour **informer** les patientes, notamment les très jeunes, sur le **suivi gynécologique**

M5 : « *j'ai une patientèle jeune, jeune, jeune donc on n'est pas, on est vraiment dans la contraception, discuter voilà, du bon choix de contraception en fonction du contexte de vie aussi, et puis sur l'apprentissage d'un bon suivi, que ce soit mammaire, frottis, et compagnie* »

Sur l'accès à la **contraception**

M7 : « *souvent pour les pilules, j'essaye souvent de dire aux jeunes de 15 16 18 19 ans, vous pouvez dire à vos copines on ne fera pas d'examen gynéco, fin si y a pas de symptôme, soyez rassurées sur une prescription de pilule parce que c'est un peu ce qu'on a appris pour qu'elles viennent et qu'elles sachent qu'elles ne seront pas examinées* »

M9 : « *chez les très très jeunes, qui le prennent pour des raisons, qui du coup sont un peu gênées en disant "bon voilà je le prends pour des règles douloureuses, je vais chez le médecin mais est ce qu'on va me faire un examen ?" dans ces cas-là je coupe assez court sur ça en disant "on ne fera pas d'examen gynécologique sauf si justement vous le souhaitez, vous pourrez revenir pour ça, si vous avez une question, si vous trouvez quelque chose qui vous semble anormal extérieurement, etc."* »

Et sur la réalisation des **frottis**, afin d'**éviter** d'éventuels **abus de suivi**

M9 : « *quand on avance en âge, la question du frottis vient là, donc c'est l'occasion, la prévention, d'expliquer à quoi sert un frottis, que ça n'a pas de lien avec l'histoire de la contraception, de la sexualité, que c'est un dépistage effectivement du cancer du col de l'utérus etc.* »

M13 : « *déjà, je dis hyper régulièrement ça mais, n'acceptez pas un frottis tous les ans c'est anormal, et deuxièmement pour être sûr quand même qu'elles en ont eu un tous les 3 ans, mais ça m'arrive vraiment d'informer quand je fais mes consults contraception, ça m'arrive d'informer les femmes et de dire "mais vous avez 21 ans, vous ne devez pas avoir de frottis attention si on vous le propose vous dites non"* »

M15 : « *quand j'y pense, pas tout le temps, ça dépend un peu de la consultation mais peut-être plus après 20 ans, elles s'approchent du premier frottis, je les prépare un peu* »

M16 : « souvent lors de la contraception je leur dis bien voilà c'est à partir de 25 ans tous les 3 ans, c'est un peu nul mais bon, pour pas qu'elles se fassent avoir, je ne sais pas comment dire les choses mais pour pas qu'il y ait un gynéco ou un médecin qui passe et qui leur fasse un petit frottis entre temps (rires) »

Le **cadre systématique** permettant de prendre le temps

M9 : « c'est essentiel, donc ça c'est des choses qui peuvent se faire dans un cadre un peu systématique, et on perdrait tout ça quand même »

c. Dépistage : prévention secondaire et quaternaire

Une grande partie des médecins étaient plutôt dans une démarche de **prévention**

M1 : « parce qu'en fait soit on est dans la prévention... soit on attend les symptômes et on fait une autre médecine »

M5 : « une fois par an pour l'examen en lui-même et puis rediscuter de tout, du suivi global, autopalpation, fin tout quoi, puis responsabiliser les gens sur le fait d'être dans la prévention et le dépistage plutôt que d'attendre »

M15 : « je suis jeune installé donc en fait je suis un peu aussi dans l'étayage des actes de prévention, donc je dis "alors vous en êtes où dans le frottis?" »

Personne ne remettait en question les bénéfices du **frottis cervico-utérin**

M4 : « je tiens quand même à faire le frottis, là je considère qu'on est dans de la santé public et c'est important »

M13 : « moi en fait globalement chez les femmes jeunes je regarde le frottis, je pense que c'est un bon examen de dépistage le frottis pour le coup, et du coup je regarde le frottis »

La mise en place d'un **dépistage organisé** semblait avoir eu une influence positive sur les patientes

M12 : « là les patientes elles reçoivent des rappels quand elles ne sont pas à jour dans leur frottis, des rappels sécurité sociale, donc ça c'est très bien ça fait revenir les femmes qui auraient tendance à négliger un peu leur frottis, et puis maintenant oui y a un certain nombre qui ont vu parce que c'est affiché, y a des plaquettes, 25 ans - 65 ans, y a un frottis à faire »

M15 : « en plus en ce moment y a eu des relances, maintenant y a des relances pour les frottis, du coup, là, c'est une période où j'en ai eu pas mal, parce que les gens se sont fait relancer, ils se sont dit allez, et comme ils savent que je fais des gestes »

Les consultations pour **certificat médical autorisant la pratique sportive** étaient également **propices** à promouvoir la prévention

M14 : « tout ce qui est certificat médical de sport j'y pense quasiment systématiquement parce que c'est justement l'occasion d'en parler, oui je demande tout le temps quand est-ce qu'elles ont eu leur dernier frottis ou leur dernière mammo, quand elles sont concernées, je vais toujours en revue colo si besoin, fin j'ai ma hiérarchie de dépistage dans la tête en fonction du patient que j'ai en face de moi »

En dehors du frottis qui fait l'unanimité en termes de dépistage, deux autres motivations étaient évoquées.

Le dépistage des **infections sexuellement transmissibles**, avec surtout le dépistage des **condylomes** pas toujours perçus par les patientes

M1 : « ça va être à l'inspection en fait, tu vas chercher un petit peu les condylomes »

M3 : « je vais regarder si y a des érosions oui, des choses, si y a des éventuels condylomes »

M5 : « des condylomes exactement, c'est à ça qu'on pense évidemment »

M6 : « ouais de voir un peu le terrain, et puis voir si y a des lésions un peu anormales, y a plein de femmes, on leur renouvelle la contraception, elles ne se plaignent de rien, et puis on tombe sur des condylomes ou des trucs »

M7 : « alors j'ai quand même sur la partie infectieuse, que ce soit condylome, mycose, des leucorrhées ou sur une vaginose »

M8 : « des condylomes, des crêtes de coq »

M9 : « après y a les pathologies aussi dermatologiques en fait, les gens qui ont des lésions naeviques un peu bizarres sur la région vulvaire, y a toutes les histoires de condylomes aussi, qui ne donnent pas forcément de gêne et qui seraient méconnus, franchement pour moi ce n'est pas inutile »

Même si l'**évolution naturelle** de ces derniers ne le justifierait pas nécessairement

M11 : « quand on fait le frottis, on voit la vulve on voit le vagin donc on les voit les condylomes, est ce que ça apporte plus de chose dans le dépistage des condylomes de regarder tous les ans que tous les trois ans, quand on connaît l'évolution naturelle des condylomes c'est pas sur »

Ou simplement de **lésions méconnues** par les patientes pouvant motiver des explorations complémentaires

M5 : « dans le cadre d'un examen systématique on peut être amené à diagnostiquer quelque chose qui n'est pas forcément visible ou ressenti par la patiente, donc un examen complet vaginal vulvaire peut effectivement amener... »

Le dépistage du **cancer de l'ovaire** dans un second temps, ou de **masses pelviennes** au sens large.

Les avis divergeaient puisque beaucoup estimaient qu'il n'existait **pas réellement de dépistage** de cette pathologie hors cas familiaux

M2 : « je ne crois pas qu'il y ait de recommandation pour le toucher pelvien pour dépister une masse pelvienne, je ne crois pas, le dépistage du cancer de l'ovaire, y a pas de dépistage... »

M10 : « mais bon on ne fait pas de dépistage du cancer de l'ovaire donc je ne vais pas proposer plus que ça »

M11 : « ça ne sert à rien pour dépister le cancer de l'ovaire donc (rire) »

M14 : « on ne va pas l'avoir à l'examen, on peut l'avoir à la palpation abdo et encore souvent on ne l'a pas, fin c'est quelque chose qui parle très tardivement, y a pas de symptôme avant une évolution avancée, et les dépistages familiaux c'est pas clinique, c'est paraclinique »

Le toucher vaginal étant **peu fiable**, selon eux, pour découvrir ces lésions

M8 : « j'y pense quand je fais le toucher vaginal mais c'est pas hyper fiable non plus, je pense pas que ce soit le meilleur examen pour dépister ça »

M15 : « est-ce que je le repèrerais avec un examen gynéco ? palpation abdominale, des douleurs, je ne sais pas, je... c'est pas un truc systématique, les cancers ovariens, si y avait un dépistage, si y avait un intérêt y

aurait un dépistage, c'est pas de bol c'est sûr mais, j'ai pas entendu beaucoup d'histoire où "j'ai une amie elle a fait un examen un peu de routine ou insistant et on lui a découvert un cancer comme ça" »

Ou qu'il n'y aurait de toute façon **aucune conséquence sur la mortalité**, le diagnostic étant souvent tardif lorsque la lésion devenait cliniquement perceptible

M3 : « j'imagine que oui, si tu regardes de temps en temps tu pourrais trouver quand même une masse mais quand tu en es là... »

M6 : « les masses, après je ne suis pas sûre que ça ait vraiment une incidence »

M11 : « quant au cancer de l'ovaire, sur un palpé on a une masse, le cancer de l'ovaire il est là, pour qu'on le sente faut déjà qu'il soit là depuis un petit moment, ça ne change pas vraiment la situation derrière »

M14 : « sauf quand y a une patate on le sent mais cliniquement on ne fait pas des miracles avec l'ovaire »

A l'inverse certains médecins défendaient la **prévention quaternaire**

M13 : « que la prévention quaternaire c'est de dire on risque de trouver quelque chose au hasard qui va entraîner d'autres examens alors que vous ne vous plaignez de strictement rien donc on laisse tomber, on laisse tomber »

Ils avouaient **ne pas avoir de démarche de dépistage**

M13 : « moi franchement je reste, en gynéco, je reste que sur la plainte, je ne propose rien de systématique »

Mais plutôt **réfléchir aux apports** d'un examen dans la prise en charge d'un patient avant de le réaliser

M14 : « sur ce qui est infectieux, je me dis que le spéculum ne va pas m'apporter grand-chose, je réfléchis de plus en plus comme ça en médecine générale, qu'est-ce que ça va m'apporter de faire ce geste là, dans la prise en charge thérapeutique, et la pose d'un spéculum ça ne change rien à ma prise en charge en fait, je vais quand même faire les prélèvements, je vais quand même mettre un ovule pour commencer, quoi qu'il arrive, donc je fais pas »

La découverte de **certaines anomalies ne changeant pas toujours la prise en charge** de la patiente par la suite dans le cadre asymptomatique

M4 : « voir l'aspect de la muqueuse, parfois on retrouve des leucorrhées caillebotées (...) si elles ne les avaient pas remarquées je n'en parle pas, je laisse tranquille »

Un des médecins se désolait de la présence de nombreux **automatismes en prévention** sans esprit critique

M13 : « parce qu'on ne sait pas trop ce qu'on fait en prévention finalement, globalement, on fait beaucoup de choses par automatisme en fait, sans trop d'esprit critique, mais moi aussi ça m'arrive, c'est juste que la prévention c'est un peu plus mon domaine et du coup j'ai beaucoup réfléchi sur cette histoire de trucs systématiques en fait, dans mes formations de santé publique et tout ça, ça m'a sensibilisé »

Le risque étant le **surdiagnostic**

M12 : « sûrement que si on en faisait on trouverait des choses, tout ce qu'on cherche on le trouve »

Et les **conséquences** de ce dernier, en matière d'**anxiété** et de **surtraitement**

M11 : « j'ai eu une dame, qui avait quoi ? 80 ans, qui continuait à aller voir sa gynéco tous les ans pour son examen annuel, tous les ans, et sa gynéco lui a fait une échographie, parce qu'elle allait parfaitement bien,

donc elle lui a fait une échographie et elle a trouvé une masse annexielle, donc branle-bas de combat, coelio machin compagnie, donc un tératome rien de méchant sauf que la dame derrière elle a fait une occlusion, il a fallu qu'elle soit reprise, qu'on lui coupe un bout d'intestin, qu'on rabiboche »

M13 : « finalement tous ces trucs de dépistage, tout ça me pose beaucoup question, et toute la réflexion que j'ai eu en éducation thérapeutique en prévention, a nourri ça, c'est à dire l'enfer est pavé de bonnes intentions quand même en prévention, et tu peux facilement avoir un faux positif qui va stresser les femmes, médicaliser des trucs qui en fait ne sont absolument pas nécessaires, même la palpation mammaire de ce que j'ai lu en fait on en sait rien si ça fait quelques choses, on a absolument pas prouvé de gain de mortalité, par contre j'imagine que tu prescrites bien plus de mammo, et que donc tu tombes sur bien plus de faux positifs et donc t'angoisses bien plus les femmes, franchement tout ça me pose vachement question, je suis vraiment circonspect, tant qu'on ne m'aura pas vraiment montré qu'il y a un intérêt à le faire, je resterais quand même un peu dubitatif »

M14 : « effectivement que de faire un examen systématique ça n'est pas forcément une bonne idée parce qu'il y a un risque de surdiagnostic toute manière je pense, y a des gynécos qui font un frottis par an, ça existe ça en ville, c'est ridicule parce que si on trouve de l'HPV qui aurait été éliminé par la clairance, on va surtraiter un col, c'est un peu dommage parce que faire une conisation ou autre, ça a des effets secondaires »

Les médecins se sentant **obligés d'explorer** en cas de découverte d'une anomalie malgré l'absence de plainte associée

M12 : « si on sent des choses, parfois on va sentir un col latéro-dévié, et la question c'est qu'est-ce qu'on en fait chez quelqu'un qui va bien, qui n'a aucune douleur, est-ce qu'il faut systématiquement suivre derrière avec une échographie ou pas, parce que oui quand on cherche des choses on trouve des choses »

Pour terminer, un des praticiens s'indignait de l'**incitation financière** des médecins à suivre des démarches de dépistage qui serait un **frein à la décision partagée**

M13 : « je suis par exemple hyper choqué tu vois que la mammo soit dans la ROSP, et c'est une des raisons pour laquelle j'ai refusé la ROSP, parce que ça me semble scandaleux de mettre un truc, on ne sait pas, on est pas capable de dire le bénéfice risque de la mammo, et les médecins sont incités financièrement à le faire, qu'est-ce qu'il y a comme décision médicale partagée après derrière, y a plus de décision médicale partagée entre une discussion de balance bénéfices-risques, y a des médecins qui incitent, et j'imagine qu'ils doivent culpabiliser les femmes en plus pour qu'elles le fassent, fin pour moi c'est un non-sens »

G. Genre du médecin

L'examen gynécologique semblait **genré**

M7 : « effectivement pour faire un comparatif, quand il faut examiner les testicules chez un homme je vais toujours bien amener les choses mais j'ai peut-être moins de mal, donc que ça soit sur point d'appel ou non »

M9 : « c'est quand même beaucoup plus facile pour des femmes de faire un examen du corps de la femme, et pour les hommes sans doute faire les examens du corps de l'homme, mais moi très clairement j'ai absolument aucun problème avec les dames »

Les femmes médecins pensaient qu'être une **femme facilitait** la pratique de la gynécologie

M8 : « oui je pense que c'est plus facile »

M12 : « oui, pour moi c'est facile parce que je suis une femme »

M9 : « moi personnellement ça ne m'a jamais trop posé de problème, par contre je conçois quand même assez bien que c'est une histoire quand même un petit peu sexuée, je sais qu'il y a des messieurs, qui sont gynéco-

obstétriciens etc. qui sont vraiment extrêmement doux, extrêmement courtois, mais je trouve quand même qu'il y a une question de genre »

M2 : « moi le fait d'être une femme change mon approche de leur prise en charge et elles je pense qu'elles me font ressentir que le fait que je sois une femme les rassures, ça c'est sûr »

Aussi par le **vécu personnel** de l'examen que n'ont pas les médecins hommes

M9 : « c'est vrai que nous on est en situation de faire cet examen-là donc on se le représente pour nous même »

M1 : « je suis un mec donc je n'ai pas un ressenti en disant que c'était douloureux »

L'examen était parfois plus **difficile à proposer** pour ces derniers

M7 : « effectivement si c'est très bien accepté c'est peut-être nous, des fois, on se met des barrières, et d'autant plus avec les médecins hommes »

Et ils disaient prendre encore **plus de précautions** pour cet examen

M7 : « quand il faut le faire je vais toujours proposer mais j'essaye de bien amener les choses, mais c'est vrai que je pense, le fait d'être un homme, je mets plus de tact encore que d'autres femmes pourraient le faire »

Par crainte aussi de **mauvaises interprétations**

M6 : « je disais ça à mon remplaçant (NB : verrouiller la porte pour faire l'examen gynécologique), et il me disait "non mais attends tu ne te rends pas compte" il ne fait déjà pas beaucoup de gynéco, il n'est pas très à l'aise, "t'imagines si je m'enferme à clef dans le bureau ce que ça peut vouloir dire" »

Au-delà de leurs propres sentiments, les médecins se faisaient une idée des **préférences des patientes** vis-à-vis du genre du médecin.

Beaucoup pensaient que les femmes **préfèrent** être suivies par des **médecins de sexe féminin** sur le plan gynécologique

M2 : « quand c'est elles qui font le choix d'aller voir quelqu'un, elles viennent voir une femme aussi... après j'ai des retours de gynéco femmes atroces »

M5 : « elles préfèrent être suivi par une femme plutôt qu'un homme »

M6 : « parce que les femmes préfèrent aller voir des femmes (...) je pense que c'est plus facile quand on est une femme, parce qu'on a beaucoup de patientes qui même quand on veut les adresser à des gynécologues pour une colposcopie ou pour un suivi, une opération, elles disent "je préfère aller voir une femme" donc je pense que quand on est médecin femme c'est beaucoup plus simple »

Et qu'elles avaient des **réticences à consulter un médecin du sexe opposé**

M13 : « est-ce que le fait d'être un homme aussi joue là-dedans à leur niveau et qu'elles ne viennent pas consulter pour ça, j'imagine, ça a peut-être un lien, je n'en sais rien »

M14 : « être homme et remplaçant c'est deux facteurs, pas péjoratifs, mais qui peuvent un peu ralentir les patientes pour un examen gynéco, en tout cas de suivi »

M15 : « j'ai déjà eu des "je serais plus à l'aise avec une femme ou quelqu'un d'autre, une sage-femme" ouais j'ai déjà eu des refus, fin clairement j'ai déjà eu des refus mais je les mets complètement à l'aise »

M16 : « elles saisissent l'opportunité aussi quand je remplace des médecins hommes, je vois qu'elles ont pris rendez-vous parce que j'étais là, pour la pose de l'implant, pour le frottis, pour le machin »

A l'inverse, certains médecins hommes disaient avoir des retours de patientes qui **préfèrent un homme** car les femmes pouvaient être plus brusques

M1 : « beaucoup m'ont dit qu'elles préféreraient que ce soit un homme plutôt qu'une femme, parce qu'effectivement on est plus attentif, alors que les femmes toc - toc etc. »

Pour d'autres leur choix n'était **pas généralisable**

M9 : « j'ai à la fois pas envie de dire qu'il y a une différence parce que c'est vrai que les gens font confiance, fin faisaient confiance peut-être à partir du moment où c'est un médecin bon, c'est un homme, c'est une femme bon voilà, mais y en a d'autres qui eux vont plus aller voir une femme ou plus aller voir un homme, d'ailleurs y a des hommes qui vont plus volontiers voir des femmes aussi, qui ne veulent pas être examinés par des hommes, fin tout ça c'est un débat très large, y a beaucoup d'éléments qui entrent en ligne de compte »

M11 : « y a aussi le fait d'avoir à faire à un médecin homme des fois qui peut les bloquer pour certaines, pas pour toutes, y en a au contraire qui préfèrent avoir un médecin homme qu'un médecin femme donc, c'est variable »

Le **suivi antérieur** pouvait influencer ce choix

M7 : « je leur demande si c'était une femme ou un homme avant qui faisait l'examen, est-ce que vous avez un gynéco, et souvent quand c'est un médecin homme je leur dis est ce que vous êtes d'accord et souvent là ça déroule »

Tout comme les attentes différaient selon le **lieu de consultation**

M2 : « j'en ai un peu rencontré au planning des médecins hommes gynécos, puis des jeunes mais ils sont que dans le cadre du planning, les patientes sont encore dans ce côté pouvoir quand même, parce que quand elles viennent au planning, si c'est pour une demande d'IVG, que ça soit un homme ou une femme, voilà elles se laissent complètement guider, porter »

M14 : « quand j'étais en gynéco ça ne jouait absolument pas, j'étais complètement à l'aise avec le fait d'être un homme et les femmes souvent l'étaient aussi (...) c'est différent parce qu'elles sont imposées en fait »

A cause de ces préjugés, certains médecins hommes avaient tendance à **anticiper** un éventuel **refus**

M7 : « souvent je sens une certaine réticence en disant : elles ne répondent pas ou je sens que... et peut-être que j'anticipe un peu trop, je pense peut-être que dès que je sens une gêne je dis "bon c'est pas grave" »

M13 : « la dernière fois j'étais avec mon interne, donc une fille, et y a une jeune de 20 ans qui vient pour une histoire d'allergie, et puis elle avait une tuméfaction génitale, donc elle exprime ça, je vois que, ça se voyait sur sa tête en fait, du coup je lui dis : si vous voulez qu'on vous dise si c'est normal ou pas il va falloir regarder, et j'ai enchaîné, si vous voulez ça peut être mon interne et moi je sors, elle a fait oui oui oui oui tout de suite et c'était évident qu'elle n'avait pas du tout envie que ça soit moi »

Et **laisser d'emblée le choix aux patientes** du praticien pouvant effectuer cet examen

M7 : « soit c'est des patientes que j'ai recruté dans ma patientèle et qui ne sont pas habituelles, je leur dis que pour l'aspect uniquement gynéco ça peut être mes consœurs qui vous suivent et moi je fais tout le reste, donc c'est plutôt si je les sens mal à l'aise »

M15 : « je leur dis : ma collègue et moi, pour les mettre à l'aise aussi, je leur dis "ma collègue et moi on fait les examens gynécos" comme ça je laisse la porte ouverte, voilà si elles préfèrent que ce soit une femme je leur laisse la liberté puis je leur dis aussi "sentez-vous libre, soyez... soyez bien quoi" »

Un dernier aspect abordé par les médecins hommes était l'**ambiguïté** qu'ils pouvaient ressentir lorsque les patientes avaient un âge proche du leur

M5 : « il peut y avoir un frein parce que telle ou telle patiente est très avenante, surtout avec ma tranche d'âge, voilà ça peut gêner le praticien, en l'occurrence moi, mais en tout cas quand y a un contact un peu plus suspect »

M15 : « ouais peut être inconsciemment y a quelque chose qui se joue, moi je n'ai pas trop de soucis avec ça, alors c'est sûr que c'est plus agréable de faire un examen gynéco à une femme qui a trente ans »

Une **pudeur** parfois plus importante de la part des patientes

M14 : « ouais ça peut je pense, des deux côtés à mon avis, c'est possible, après c'est des histoires de pudeur aussi, c'est con mais ça existe je pense »

M15 : « fin j'ai plus une patientèle de plus de 40 ans, qui ont un peu d'âge, que des jeunes de 25 - 30 ans où là elles ne sont pas forcément à l'aise, je ne sais pas si c'est le fait que je sois un homme jeune qui gêne »

Ou à l'inverse des patientes à la **personnalité** plutôt **histrionique** avec une impression de sexualisation de l'examen par ces dernières

M15 : « - y a des patientes pour qui je refuserais systématiquement pour cause de problèmes psy, j'ai deux patientes que j'ai en tête là, je pense qu'il y avait un trouble du comportement type histrionique donc... pfff les demandes de frottis j'ai dit "ça serait peut-être bien que vous voyiez ça avec ma collègue quoi" »

- tu avais peur d'une sexualisation du geste ?

-ouais complètement oui, et puis elles n'avaient pas besoin forcément de ça pour... prendre ses distances pendant l'examen clinique, voilà »

H. Ressenti du médecin

Le ressenti du médecin vis-à-vis de cet examen pouvait influencer sa décision de le proposer dans le cadre asymptotique.

Pour certains, l'examen leur était **inconfortable** par manque d'expérience

M13 : « je n'ai aucune expérience là-dedans, et du coup pfff, j'en sais rien, ça doit se voir sur ma gueule, et du coup c'est pas, voilà je ne me sens pas à l'aise, du coup j'ai l'impression que les femmes en face ne sont pas à l'aise, du coup j'ai un peu lâché l'affaire »

M14 : « ça dépend des jours, ça dépend des moments mais peut-être que, le fait que je ne sois pas assuré dans ces gestes-là, peut-être que ça se voit aussi, c'est pas impossible »

M7 : « limite je suis peut-être plus gêné qu'elles, je ne le montre pas mais je fais vraiment (...) j'essaye au maximum, et limite peut-être des fois je prends trop de gants et que, non, des fois j'ai des réponses "ah oui pas de soucis, il faut le faire" »

Une gêne et une timidité plus présente **dans les débuts d'exercice de la profession**

M12 : « au début y a forcément un peu de timidité, les gestes sont « insûrs », tout ce qu'on a fait assez peu de fois on a encore assez d'émotion à le faire »

Des sentiments qui ne faciliterait pas l'**alliance médecin – patiente**

M13 : « je dois avouer que moi aussi dans l'autre sens parfois je ne suis pas à l'aise, fin du coup je pense que c'est vraiment lié au fait de cette sensation d'être un imposteur en gynéco, du coup comme je ne suis pas à

l'aise, des fois je sens la patiente pas à l'aise , je me dis : je lui impose d'être mal à l'aise devant moi alors qu'en fait je ne sais pas trop faire, et c'est un peu le cercle vicieux de la gêne, je suis pas à l'aise, donc je ne détends pas l'atmosphère, donc la patiente est tendue, donc ça me tend, et vraiment je passe un mauvais moment, et donc oui effectivement dans ce cadre-là y a une gêne du rapport au corps féminin, et du coup voilà, c'est plutôt désagréable »

Et une **mise en difficulté** qui n'était pas jugée nécessaire

M13 : « ça va me couter énormément, ça va être des consultations longues, ça va être des consults où je ne suis pas sûr de moi, ça va être des consults où je vais trembloter parce que je ne sais pas si ce que je suis en train de voir si c'est pathologique ou pas, du coup je me dis est-ce que je m'impose ça à moi, et est-ce que j'impose ça aux femmes devant pour qui ça prendrait quatre fois moins de temps et elles seraient plus rassurées d'aller voir quelqu'un qui s'y connaît »

D'autres médecins insistaient sur l'importance de **rester neutre** pour ne pas instaurer de gêne chez la patiente

M7 : « surtout rester totalement professionnel, ne rien montrer, parce que pour plein de dame c'est juste "oui vous êtes médecin, y a pas de soucis, c'est l'examen gynéco, vous le faites y a pas de problème" »

M15 : « je pense que c'est plus le malaise de la nudité et de l'intimité que, après peut être qu'il y en a qui ont sexualisé ça, après on n'a pas tout ce qui se passe dans la tête des gens non plus donc... j'espère pouvoir être assez neutre là-dessus quoi, d'être vraiment un peu froid, fin froid, je fais mon taf quoi, que tu sois gros ou pas »

L'**intégration** de la gynécologie dans sa pratique **dès les débuts** permettrait de limiter cette gêne

M14 : « ça dépend comment est la relation, si dans la relation y a la gynéco qui est inclus dès le début de la relation médecin-patient, je pense que ça ne pose pas de problème, à mon avis si au bout de dix ans il faut commencer à faire un suivi gynéco là peut-être que ça poserait problème, mais à mon avis si c'est clair dès le début et si elle est suivie là dès le début, je ne pense pas que ça soit très dérangement, sachant que ça reste une relation médecin-patient »

Les réticences vis-à-vis de cet examen entraînaient une **réflexion plus poussée** sur la nécessité de le réaliser

M14 : « je réfléchis peut-être parce que je ne suis pas à l'aise, peut-être que c'est parce que je sais que je ne vais pas être à l'aise dans le geste que je me dis... qu'est-ce que ça va m'apporter ? alors que peut être que si j'étais très à l'aise je mettrais le spéculum sans trop réfléchir »

Une gêne ou timidité **évolutive** avec l'**expérience**

M12 : « alors qu'au bout de dix ou quinze ans de pratique, on fait les choses, c'est vraiment devenu médical, presque mécanique, on sait ce que l'on doit vérifier, on est plus influencé, on n'est pas parasité par une timidité ou des freins, je pense que c'est vraiment très libre, on a moins peur donc entre guillemets s'il faut fouiller un peu on y va plus, on y va plus franco qu'au début où on est un petit peu timide, pareil pour tout en fait on est moins timide, avec le temps on prend de l'assurance, on fait plus de choses »

Entrainant une **dissociation** des émotions et de la pratique

M15 : « notre métier, on voit les gens nus, on les examine dans leur intimité, est-ce que ça nous fait des réactions, je ne pense pas, je pense qu'on arrive avec l'expérience à être vraiment froid vis-à-vis de ça, bon lui il est gros, lui il est maigre, il est joli, elle est jolie, mais y a pas de sexualité derrière quoi »

Certains médecins hommes ressentent le **besoin d'être rassurés** sur leur pratique par un **retour positif des patientes**, le fait d'être choisi pour le suivi étant considéré comme un **gage de confiance**
M7 : « du retour que j'ai, je pense que les dames sont plutôt contentes (...) une de mes praticiennes m'avait dit "c'est bien parce que..." elle qui était une femme faisait attention, moi j'étais un interne homme, en me disant "c'est bien, ton comportement est très bien, t'as plutôt des attitudes qui sont bien, je pense que les dames sont à l'aise avec toi" »

M15 : « c'est sûr que ça me fait plaisir quand une femme me dit "ah tient ça me ferait plaisir que ça soit vous parce que je suis en confiance avec vous", du coup ça rassure sur le fait qu'on arrive à mettre les gens en confiance »

Et en discutant avec leur **conjointe** également

M7 : « des fois j'en discute avec ma femme, "tiens qu'est-ce que... voilà" et j'ai le souvenir que voilà j'avais une frontale pour examiner et elle m'a dit "non tu ne peux pas mettre une frontale, tu peux prendre une petite lampe d'examen", la frontale lui faisait bizarre par exemple, enfin bref, voilà j'en discute un peu vu qu'elle est patiente et médecin, pour quand j'ai des questions, trouver le juste milieu, comment se positionner »

M14 : « j'ai la formation à domicile avec ma conjointe qui est gynéco, on parle de beaucoup de choses, du coup même juste en en parlant j'apprends des choses, sur les prises en charge en urgence, sur plein de choses, même moi je lui pose des questions parfois et elle me met au courant des avancées »

Enfin, la **personnalité du médecin** pouvait influencer sa façon d'exercer

M14 : « je me pose beaucoup de question sur ma pratique et sur..., mais j'ai toujours été comme ça, sur ce que peuvent ressentir les gens en face de moi, de ce que je fais, ça, ça a toujours été quelque chose mais depuis que je suis tout gamin, fin j'ai toujours été inquiet de ce que pensaient les gens sur ce que je faisais, et du coup ça transparait aussi sur ma pratique »

M9 : « de caractère personnel, qui faisait que de toute façon moi je n'ai rien à prouver, si les gens ils ne sont pas contents, etc. je suis pas là pour leur faire plaisir, si je ne sais pas quelque chose, je leur dis "bon écoutez là je ce que vous avez je n'y comprends rien du tout, je n'essaye pas d'être le médecin qui sait tout et qui... pas du tout, ça ne me pose aucun problème »

M15 : « même sans parler de gynéco, les gens qui ne sont pas contents je leur dis "si vous n'êtes pas contents vous allez voir ailleurs", je ne vais pas manquer de travail (rires), non mais voilà faut mettre à l'aise les gens, ils sont libres, moi ça ne me fait ni chaud ni froid »

I. Gestion du temps

Le facteur temps était primordial en médecine générale.

a. Une question d'organisation...

Beaucoup de médecins privilégiaient des **consultations** vraiment **dédiées** à la gynécologie lorsque c'était possible

M4 : « c'est vrai que l'examen gynéco, je leur demande de venir en général pour une consultation dédiée (...) si elles m'en parlent à la fin de la consultation je leur dis non, sauf si vraiment "j'ai des démangeaisons", ok, mais ce n'est pas ce que j'appelle moi un suivi gynéco parce que je vais juste inspecter et puis c'est fini »

M7 : « celles que je connais, juste qui avaient oublié, je reprogramme un rendez-vous, et alors pour les suivis de grossesse on a des créneaux de 40 min dédiés mais sinon c'est rendez-vous classique mais j'essaie de leur dire prenez un rendez-vous à part pour ça, que ça soit un rendez-vous fixé, que l'on fasse que ça »

M10 : « j'essaie de ne pas tout mélanger, on va dire si je fais un frottis... on ne peut pas tout faire en une consultation »

M11 : « par exemple la contraception ça va être des consultations dédiées (...) sur les frottis je leur demande de prendre rendez-vous exprès pour les frottis et puis si y a des changements d'implant ou de stérilet, des choses comme ça, c'est dédié bien sûr »

M15 : « le frottis oui, je leur dis le frottis c'est un examen à part, on prend le temps de le faire, je ne réponds à aucune autre question (...) j'essaie de dédier ça un maximum, après les renouvellements, les vaccins HPV ça peut être très bien avec deux-trois autres motifs »

Avec parfois des **créneaux spécifiques** sur leurs agendas

M7 : « on a des créneaux de gynéco dans les plannings »

M12 : « avec (NB : le secrétariat en ligne) on a l'intitulé gynéco »

Afin de pouvoir aménager un **temps supplémentaire**

M11 : « je sais par exemple que pour les frottis je prends des créneaux d'une demi-heure, je ne prends pas sur un quart d'heure »

M12 : « quand je peux je note une demi-heure, une pose de stérilet c'est une demi-heure »

M14 : « il faut que ce soit prévu je pense, faut prévoir un créneau un peu plus large quand on prévoit de faire de la gynéco, surtout si y a besoin de frottis ou pas, la pose de stérilet ou pas »

M15 : « y a vraiment que les frottis où je bloque 30 min pour être bien, tranquille, et puis la paperasse derrière »

La **rémunération à l'acte** semblait cependant être un frein pour certains médecins à aménager ce temps supplémentaire pour la gynécologie

M5 : « malheureusement on est à l'acte, moi je ne bloque pas, ce que d'autres peuvent faire, forcément un temps plus long sur le planning pour un examen gynéco »

M15 : « il faudrait trois quarts d'heure, mais dans ce cas-là il faudrait remajorer les consultations de suivi de grossesses »

En aménageant ces **consultations dédiées**, le temps était jugé **suffisant**

M4 : « quand je leur demande de venir exprès pour ça on a quand même le temps d'en parler, on a vraiment 15 min pour ça »

M7 : « c'est rarement en systématique, parce qu'en systématique elles viennent pour ça, donc on a le temps »

Cette organisation restait néanmoins **dépendante des patientes**

M9 : « y a les deux, les patientes très organisées, très habituées vont dire "bon ben voilà on vient pour la question gynécologique séparément", les gens qui viennent un peu à reculons vont plutôt venir avec un autre motif de consultation et à la fin, en espérant que bon on va peut-être faire l'impasse sur l'examen »

La difficulté liée aux **motifs multiples** lors des consultations en médecine générale était d'ailleurs souvent évoquée, pouvant entraîner une certaine **négligence** du suivi gynécologique

M8 : « ah si oui bien sûr, ça joue, s'ils viennent pour autre chose oui après ce n'est pas toujours évident de caler son examen gynéco par-dessus »

M4 : « c'est vrai que l'examen gynéco je leur demande de venir en général pour une consultation dédiée à ça et je trouve qu'effectivement ça permet de se poser un peu et de savoir que ce jour-là on ne va pas parler de la peau qui gratte, du nez qui coule, voilà, du stress et des troubles du sommeil, ça permet de poser les choses et d'avoir une consultation dédiée où l'on peut poser des questions un peu plus ciblées, parce que sinon à force de s'éparpiller on oublie, ça assoit un peu le côté gynéco du suivi »

De nombreux médecins préféraient, en cas de demandes de fin de consultation, **différer** la gynécologie si possible

M10 : « on organise et on ne fait pas le renouvellement d'ordonnance le même jour que la gynéco »

M11 : « si ce n'est pas forcément prévu, ça peut des fois être un frein, et puis après si ça vient dans une..., au milieu d'une autre consultation ou avec d'autres motifs, fin moi c'est vrai que sur la gynéco j'ai tendance à dire, sauf si c'est urgent mais j'ai tendance à dire écoutez on va, on se fera une consultation gynéco dédiée, en général les femmes sont plutôt d'accord »

M14 : « ça m'est arrivé, je faisais de l'implant beaucoup à H....., et les patientes qui arrivaient sur un créneau d'un quart d'heure en me demandant de poser un implant, je leur disais : non vous revenez la semaine prochaine, faut que ce soit un minimum prévu et cadré au niveau timing »

Notamment si **un frottis était nécessaire**

M15 : « sauf si y a quelque chose de plus urgent mais dans ce cas on ne fait pas de frottis »

M12 : « oui, si c'est un frottis oui, souvent oui je reporte »

Ils pouvaient « **dépanner** » les prescriptions de contraception orale pour quelques mois le temps que les **patientes s'organisent**

M7 : « alors souvent quand y a ça et qu'on est malheureusement pris par le temps, je vérifie que c'est à peu près à jour puis selon le dossier voilà, au moins 6 mois et je dis : voilà là ça fait un an qu'il n'y a pas eu d'examen faudrait que je vous revois et on reprogramme (...) celles qui ne viennent pas pour ça du coup je fais revenir, en disant bon elles sont venue pour un rhume ou autre, là je fais six mois mais reprogrammez bien un rdv pour ça »

M15 : « après la pilule ça dépend du contexte un peu, si c'est une jeune un peu qui est paumée ou qui sait pas trop je prends le temps de faire vraiment que ça, si y a plusieurs demandes et que je vois que c'est pas... on essaye de faire par priorité, pas toujours évident des fois parce qu'elles sont à raz, et ma pilule à la dernière minute, ça m'arrive quand c'est plusieurs demandes de les dépanner de trois mois et je les revois à trois mois, je leur dis " je vous dépanne mais j'aimerais bien vous revoir" même un mois, je précise en rouge en gras, et elles donnent qu'une plaquette, ça leur permet de prendre rendez-vous dans les quinze jours trois semaines, et on se voit »

Un des médecins **priorisait plutôt le frottis**, lorsqu'il était nécessaire, si les autres motifs de consultation n'étaient pas urgents

M10 : « quand y a un frottis à faire je dis à la patiente de revenir ou je dis "vous êtes en retard pour votre frottis, on va faire le frottis aujourd'hui et le reste attendra", si la priorité c'est de faire un frottis, le reste passe après »

A l'inverse, d'autres médecins ne ressentaient pas le besoin de prévoir des consultations spécifiques

Ils jugeaient l'examen en soi **non chronophage**

M6 : « c'est pas le temps non plus parce que ça ne me prend pas beaucoup de temps de faire un toucher vaginal, ça prend quelques secondes, donc c'est pas le temps »

M10 : « non parce que en fait comme j'arrive à gérer un temps de gynéco avec le reste, j'arrive toujours à... »

Ou souhaitaient **préserver le secret médical** lors de la prise de rendez-vous auprès du secrétariat

M5 : « je n'ai pas envie spécialement que les patientes disent à l'accueil ou en tout cas aux secrétaires leur motif de consultation »

Le motif de consultation n'étant d'ailleurs **pas toujours annoncé** par les patientes au préalable

M12 : « mais toutes les patientes ne l'annoncent pas, donc quand je peux je note une demi-heure, une pose de stérilet c'est une demi-heure, mais quand ce n'est pas annoncé c'est noté comme une consultation standard et on se retrouve à faire de la gynécologie en un quart d'heure »

Ils soulignaient également **l'impossibilité d'anticiper** la nécessité d'un examen pelvien en dehors du frottis

M15 : « consultations gynécos simples non, parce qu'en fait je ne sais pas toujours si je vais avoir besoin d'un examen, une patiente qui me décrit parfaitement une mycose vaginale je ne l'examine pas forcément en première intention donc en fait là je ne bloque pas forcément 30 min (...) après si je dois les examiner, je sais que ça va me prendre un peu plus de temps mais du coup c'est pas grave, et des fois je ne peux même pas l'anticiper, parce que rarement les femmes viennent pour contrôle gynéco annuel »

b. ... Et de gestion du retard

Le temps pouvait avoir de l'importance mais n'était néanmoins **pas limitatif** pour beaucoup de médecins

M9 : « on se laisse toujours déborder par le temps... après c'est vrai que ça reste difficile dans notre métier d'essayer de contenir les motifs de consultation, l'examen clinique, essayer d'expliquer quand même aux gens, voilà, ça reste une des choses difficiles mais moi franchement, non c'est pas limitatif, parce que j'estime qu'il ne faut pas perdre des occasions d'être disponible, faut pas, parce que justement le train il se prend en marche, et quand les gens commencent à parler de quelque chose peut être ça fait 3 ans qu'ils ont ça sur l'estomac, c'est là maintenant là, il faut peut-être pas laisser passer cette chance là pour eux, pour nous, donc non je n'hésite pas à me mettre en retard pour des choses si j'estime qu'il faut faire le truc là maintenant »

Quelques médecins préféraient **saisir l'occasion** lorsqu'elle se présentait indépendamment du temps

M7 : « à moins que ça soit une dame qui vient peu et, c'est difficile pour elle et elle est déjà venue pour autre chose, elle me dit quand même qu'elle aimerait bien faire l'examen, même si j'ai une heure de retard, je vais quand même le faire en me disant elle vient peu, je vais essayer de ne pas rater ça, voilà, parce que si je ne le fais maintenant elle ne reviendra peut-être pas pour ça, donc je l'attrape au vol »

M9 : « je me dis bon, si les gens sont là, "ça vous arrangerait qu'on le fasse aujourd'hui ? oui" donc on enchaîne alors qu'il y a déjà eu premièrement, deuxièmement, et que ça se finit sur un examen gynécologique ou un frottis ou autre parce que je me dis c'est l'occasion »

Afin d'éviter de **perdre de vue** certaines patientes en reprogrammant un rendez-vous

M9 : « de dire aux gens "vous reviendrez pour" alors ça c'est la grosse théorie qu'on a tous dans les formations, oui les consultations dédiées mais vous dites aux gens mais c'est pas grave vous revenez pour ça, bon ça c'est la théorie, c'est très joli, maintenant quand on est confronté à ça en pratique, à mon avis y a une grosse perte, c'est à dire on le propose ok, mais y a des tas de patientes qui ne vont pas derrière enchaîner en reprenant un rendez-vous que pour ça »

Cela permettait de **simplifier** les choses pour les femmes

M9 : « je trouve que c'est mon rôle, du coup c'est une forme de négociation, on va sur le terrain de l'autre, on propose quelque chose mais en échange on simplifie le fait que les gens n'aient pas à revenir, voilà »

Ils n'hésitaient donc pas à **prendre du retard** si nécessaire

M7 : « par contre à l'inverse quand y a un point d'appel, même si je suis en retard et que ça prend du temps je fais systématiquement même si ça va me mettre en retard en disant bon là il faut le faire »

M9 : « non je n'hésite pas à me mettre en retard pour des choses si j'estime qu'il faut le faire là maintenant »

M16 : « j'aurais tendance à dire oui mais je ne pense pas que ce soit le plus déterminant, c'est à dire que pour moi, si c'était un examen clinique qui est efficace et qui implique quelque chose derrière, je pense que je prendrais le temps de bien le faire mais, je prends le temps de le faire quand je pense qu'il y a un intérêt derrière »

Afin notamment de faire un examen dans de **bonnes conditions**

M5 : « je déborde, j'ai du retard, c'est pas grave, je rattrape sur d'autres, ou pas mais bon voilà (...) donc en soi, de manière pragmatique, si, je prends plus de temps pour l'examen gynéco, pour expliquer à la patiente, l'installer »

Le ressenti des patientes étant primordial, il leur semblait important de **prendre le temps** et de ne pas précipiter les choses

M7 : « j'essaye de reprogrammer pour qu'on ait le temps de faire ça bien, j'évite de faire un autre motif plus de la gynéco par-dessus pour les femmes, parce que ça prend pas mal de temps si on veut le faire correctement »

M14 : « je pense que c'est important, sur un quart d'heure faire un examen gynéco correcte à mon avis ce n'est pas possible, ce n'est pas quelque chose qu'il faut faire à la va-vite, ça peut être vécu comme brutal je pense, faut prendre son temps »

M6 : « prendre le temps de le faire aussi, quand on fait un frottis y en a qui sont hyper anxieuses, t'arrives même pas à rentrer le spéculum, et puis voilà là faut se poser, dire on va prendre un peu le temps, on va se détendre, et puis après ça passe »

L'**expérience** améliorerait la gestion du temps, ou du moins du retard

M9 : « je n'hésites pas à me mettre en retard pour des choses si j'estime qu'il faut le faire, et de moins en moins en avançant en âge, de moins en moins »

Enfin, un des médecins disait se sentir en permanence pressé par le temps du fait de sa **pratique solitaire**, l'exercice en groupe lui paraissait plus confortable

M12 : « si forcément, on n'est pas à l'abri d'une urgence qui nous stresse un petit peu, et du coup on... si jamais on m'appelle en maison de retraite pour une urgence ou autre, la consultation d'avant je vais la raccourcir, on est toujours pressé par le temps, c'est ce que j'essaye de faire quand X ou Y sont là, on essaye

de mettre un quart d'heure ou deux de pause dans la matinée pour justement les éventuels retards, et c'est très confortable de travailler comme ça, on peut prendre un peu de temps de retard, du coup on le prend »

J. Aspect légal

Les pressions légales étant souvent citées dans les études américaines, l'avis des médecins sur le sujet avait été recueilli.

Quelques médecins étaient demandeurs de **recommandations plus claires** pour se protéger légalement

M1 : « il faudrait des recommandations un peu plus claires, à la fois pour les patientes et aussi pour nous protéger, dans les deux sens, parce que tu fais ton examen tous les 2 ans, elle peut dire "oui mais vous auriez pu le faire, vous auriez pu trouver un truc, j'avais une boule et puis vous ne l'avez pas vu, vous ne m'avez pas examiné" »

Un autre disait se protéger en **justifiant dans le dossier médical** lorsqu'elle estimait l'examen inutile

M10 : « quand j'ai par exemple une femme obèse, je ne vais pas lui faire de toucher vaginal, puisque ça ne sert à rien, et je mets dans mon observation que je n'ai pas fait de toucher »

A l'inverse, beaucoup ne ressentaient **aucune pression**

M4 : « non c'est vraiment pour le suivi, je n'ai pas l'impression d'avoir cette pression là pour ce genre d'examen »

Dû au fait qu'il n'existe **pas** vraiment de **dépistage fiable**

M11 : « non, parce que voilà, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, on ne dépiste pas un cancer de l'endomètre sur un toucher vaginal chez une dame qui va bien, on ne va pas trouver grand-chose, quant au cancer de l'ovaire, sur un palpé on a une masse, le cancer de l'ovaire il est là, pour qu'on le sente faut déjà qu'il soit là depuis un petit moment, ça ne change pas vraiment la situation derrière »

Les différences de culture avec le **système américain**, plus **procédurier**, expliquaient selon eux ces différences de ressenti à ce niveau

M4 : « ma sœur a été suivie aux Etats Unis pour sa grossesse et c'était très drôle, elle avait l'impression que les gynécos avaient peur d'elle, la gynéco elle était sous son draps comme ça, elle regardait rapidement, "ok c'est bon" et c'était très drôle de voir la différence de prise en charge en France, c'était encore l'époque où l'on faisait un toucher vaginal mensuel, et elle ils n'osaient pas la toucher, y avait une caméra pour prouver qu'ils ne l'avaient pas agressée »

M10 : « ah mais eux c'est particulier »

Ces **différences** de culture pouvant se ressentir également **dans leurs études**

M4 : « c'est ça, c'est peut-être pour ça qu'ils réfléchissent encore plus à pourquoi ils ont besoin de l'examen, on est un peu plus tactiles nous (rires) »

3. Les facteurs environnementaux

A. L'entourage professionnel

a. Les sages-femmes

La présence de sages-femmes à proximité avait pu avoir des conséquences sur l'activité des médecins interrogés.

Ils pointaient surtout du doigt la **diminution de suivis de grossesse** depuis leur augmentation

M3 : « en suivi de grossesse oui, surtout, même à la rigueur peut-être pilule oui, sûrement, depuis l'avènement des consultations effectuées par les sage femmes, il nous reste les arrêts de travail à 7 mois de grossesse »

M10 : « le suivi de grossesse, c'est pas... là ça a chuté, et ça j'ai du mal, les suivis de grossesse ça fait drôle, j'en suivais plein et maintenant qu'il y a des sages-femmes partout, sur le suivi gynéco ça se voit moins parce que ça va peut-être être effectivement les nouvelles mamans qui vont avoir une sage-femme mais celles que je connais depuis longtemps ça change pas, mais sur les grossesses c'est très net »

M11 : « on fait beaucoup moins de suivi de grossesse surtout, sur la gynéco encore chez nous pas trop, fin sur le cabinet pas trop, mais sur les suivis de grossesse clairement »

M12 : « alors ça j'en ai moins que j'en avais, avant j'avais un petit doppler, bon il est cassé, je ne l'ai pas fait réparer parce que..., voilà j'ai plus beaucoup de gynéco, autant avant ça m'amusait, autant maintenant j'en ai plus donc, j'en ai plus beaucoup »

M15 : « comme les suivis de grossesses, c'est vrai que y a un gros pool de sages-femmes à M....., on commence les suivis de grossesse et puis au bout du 5e 6e mois on ne les voit plus, donc c'est toujours un peu frustrant mais en même temps je me dis mais oui mais bon voilà, fin c'est normal »

Ayant **moins** ressenti de changement sur **les suivis gynécologiques** hors grossesse

M12 : « mais moi je n'ai pas l'impression d'en faire moins qu'avant, mais parce que je suis une femme aussi »

M15 : « elles refusent les examens systématiques gynécos quand il n'y a pas de raison, c'est-à-dire vous avez vos médecins, comme y a beaucoup de médecins qui font ça maintenant, elles ont déjà beaucoup de travail donc elles essaient de ne pas trop non plus faire tous les frottis et les machins »

Certains pensaient que les sages-femmes avaient **compensé la diminution des gynécologues** médicaux

M12 : « par contre les sages-femmes en font, donc je pense que les sages-femmes ont absorbé les patientes qui allaient voir un gynéco, mais moi je n'ai pas l'impression d'en faire moins qu'avant »

Les avantages des sages-femmes semblaient être une **accessibilité** géographique supérieure aux gynécologues

M12 : « y a une sage-femme à S....., à 10 km en périphérie, donc les sages-femmes sont plus accessibles que les gynécologues »

Et un rapport au corps **moins médicalisé**

M15 : « elles prennent plus le temps, entrent plus dans les détails, donc... et derrière elles proposent les préparations, la kiné, la relaxation donc c'est vrai que c'est beaucoup plus complet que nous avec juste notre doppler, tensiomètre et la prise de sang, on a tendance à un peu trop médicaliser le truc »

b. Les gynécologues

La **proximité géographique** avec un gynécologue pouvait influencer les sollicitations des patientes pour la spécialité

M6 : « on a une gynéco ici qui est un peu brutale, et on a des tas de patientes qui ne veulent plus la voir et qui étaient contentes que je prenne le relais »

M9 : « une pratique médicale orientée sur la gynécologie, dans le cadre de la diminution des gynécologues médicaux »

M16 : « en prat j'étais en M....., en périph de ville donc y avait pas trop de gynéco, on faisait pas mal de suivis de grossesse, frottis, fin le suivi de base en gros »

Les premiers intervenants étant parfois **loin**

M12 : « y a des gynécos sur L..... donc 30 km, C..... donc 20 km et H..... y en avait une, elle est partie en retraite, je ne sais pas si elle est remplacée »

M15 : « alors ce sont des sages-femmes à M....., y a pas de gynéco à ma connaissance, après c'est la R..... sinon, clinique ou hôpital, c'est pas tout près »

Quelques médecins disaient avoir reçu plusieurs patientes pour leur suivi gynécologique suite au **départ en retraite** de leur gynécologue habituel

M10 : « j'ai repris des suivis de femmes qui avaient un gynéco parti en retraite, qui allaient sur N....., qui n'avait pas de successeur, qui sont revenues me voir »

M8 : « "mon gynécologue est parti en retraite, est ce que vous pouvez reprendre le suivi ?" »

Les gynécologues étaient perçus comme un **premier recours** pour de nombreuses patientes, et les médecins respectaient en général ce suivi et ne souhaitaient **pas y interférer**

M3 : « si c'est pas moi qui assure le suivi gynéco déjà oui ça pourrait »

M8 : « déjà parce qu'il y en a plusieurs qui ont déjà des suivis à coté donc pour pas interférer dedans sauf s'il y a un problème bien sûr »

M10 : « y a celles que je suis et celles qui ont un gynéco, ça a toujours été alors moi je respecte »

Ils **réadressaient** leurs patientes aux spécialistes concernés lorsqu'une consultation était nécessaire

M9 : « bon là le gynéco est toujours en action, vous allez le revoir, vous êtes satisfaite, donc pourquoi pas »

M15 : « alors y a des femmes qu'ont leur gynéco, elles ne veulent pas changer etc. »

M16 : « alors si les femmes sont suivies par un gynéco du coup je vais dire "oui allez voir votre gynéco" »

Pour les médecins généralistes en revanche, les gynécologues étaient plutôt un **second recours**

M7 : « je fais un frottis et je recontrôle, et si c'est toujours présent j'adresse aux gynécos parce que je ne suis pas non plus expert (...) sinon j'adresse aux gynécos au moindre doute »

M13 : « je ne suis pas trop friand d'adresser juste pour du suivi, j'adresse quand là par exemple récemment j'avais un doute sur un truc que j'ai adressé et voilà mais pas pour du suivi, quand y a une plainte à laquelle je ne peux pas répondre et que j'estime que ça va être trop compliqué pour mes collègues du cabinet »

Et ils encourageaient des **échanges** de patientes en fonction de leurs besoins

M4 : « parce qu'historique personnelle elles vont vite avoir un suivi rapproché avec des gynéco »

M12 : « alors oui surement parce que comme y a plus beaucoup de gynéco oui, et à l'inverse en fait, dès que moi j'ai une anomalie je la renvoie aux gynécologues qui après vont garder le suivi pendant quelques années,

en fait ça circule dans les deux sens , y a des femmes qui vont être suivies par un gynéco pendant une dizaine d'années puis après qui refont un suivi ici plus standard, et d'autre qui ont un suivi standard qui tout à coup vont aller voir un peu plus le gynéco »

M15 : « non je n'ai pas eu beaucoup de cas pathologiques, ou alors c'est l'hôpital qui reprenait la main derrière »

Quelques médecins pointaient du doigt des **différences de suivi**, notamment vis-à-vis des frottis

M15 : « je me suis déjà offusqué qu'il y ait des jeunes de 17 ans qui ont déjà eu un frottis, auprès des gens, je leur dis non mais c'est 25 ans, c'est pas 17 ou 18, non, et des femmes qui avaient des frottis tous les deux ans ou tous les ans, je dis mais y a une raison pour qu'on vous embête comme ça? donc ouais je me suis un peu exprimé là-dessus quand c'était le cas mais globalement ça va »

M16 : « je sais que y a encore des gynécos, même au CHU je pense, qui disaient que si y a beaucoup de rapports sexuels de le proposer plus tôt »

Les suivis gynécologiques par les spécialistes leur semblaient **hyper médicalisés**

M13 : « ce que je retiens des suivis gynécos, alors pas tout le temps, loin de là, mais le nombre de femmes qui ont un frottis tous les ans ou tous les deux ans déjà je trouve ça scandaleux, à un moment elles avaient toutes des pilules de X génération qui n'étaient pas du tout indiquées, elles ont des frottis jusqu'à je ne sais pas quel âge, il faut continuer les mammo après 75 ans systématiquement, je trouve que c'est vraiment une proposition hyper médicalisée »

Avec une prescription de **traitement hormonal substitutif** jugée trop fréquente

M13 : « j'ai un petit frein à adresser chez le gynécologue après 50 ans, c'est que tu as une patiente sur deux qui revient avec un traitement hormonal substitutif, avec lequel je ne suis pas hyper d'accord en général, fin je trouve qu'il y a de l'abus (...) et moi ça me saoule un peu, je suis vraiment à l'inverse de ça, et j'aime pas trop avoir à renouveler pendant 10 ans un traitement hormonal substitutif que la femme ne veut pas du tout arrêter alors qu'en fait ça n'a plus aucun intérêt de le garder, parce que son gynécologue en lui disant il faudra jamais l'arrêter »

Ces différences de suivi pouvaient **être générateur de confusion** pour les patientes

M11 : « y a les deux, y a celles qui se sentent abandonnées en disant on ne s'occupe plus de moi, et puis y a celles qui se disent "oui je me suis enquinée à y aller tous les ans, à chaque fois c'était l'horreur, je n'avais pas envie (rires)" »

Enfin, la dernière difficulté évoquée par un des médecins était la **récupération des informations** concernant le suivi gynécologique lorsque les patientes étaient suivies ailleurs

M9 : « je dis "voilà pour votre suivi gynécologique, est ce que vous vous souvenez quand est-ce que vous avez eu un frottis, si vous pouvez regarder dans les documents que vous avez, on va regarder dans les documents qu'on a récupéré si vous aviez un médecin dans une autre ville et tout" »

Les patientes ne recevant pas non plus les comptes rendus, elles ne pouvaient leur fournir

M9 : « elles ne se souviennent pas, parce que quand c'est 3 ans on ne s'en souvient pas, en plus y a l'histoire du fait que le document n'est pas forcément envoyé puisque c'est un document qui n'est pas très lisible pour quelqu'un qui n'est pas du métier, donc y a des médecins qui les remettent, d'autres qui ne les remettent pas, y a des patientes qui notent, d'autres pas, bon 3 ans c'est pas un truc pratique »

Le **suivi extérieur** n'était pas toujours à la connaissance du médecin traitant

M9 : « déjà nous, on a toujours la difficulté en médecine générale de savoir si les gens vont ou pas voir à côté, ont une surveillance gynécologique à côté, et ça du coup, le biais un peu que j'ai là-dessus c'est dans le dossier médical par rapport au frottis »

Il plébiscitait la **centralisation** des informations auprès du médecin traitant pour faciliter le suivi

M9 : « ce qui est pas mal pour les gynécos c'est qu'on ait le double, pour les gynécos qui souvent sont assez fidèles à dire est-ce que vous avez un médecin traitant et à adresser le double donc là c'est quand même assez pratique parce qu'on voit les frottis arriver, donc on sait qu'ils sont faits et on peut dire "ah tiens votre frottis vous l'avez fait y a trois ans, vous allez le refaire" »

c. Les autres médecins généralistes

L'entourage médical au **sein d'un même cabinet** avait également son importance.

Le **genre** des confrères comptait, certains médecins hommes avaient constaté que la présence de consœurs limitait leur activité gynécologique

M7 : « j'ai trois consœurs, et donc ça peut être un biais parce qu'elles font beaucoup de gynéco »

Ils avaient parfois observé une **diminution** de leur activité après l'arrivée d'une consœur

M1 : « au fur et à mesure, mon installation ici en fait, en 2000, donc en groupe a fait que j'ai diminué parce que comme M..... était là, ça a permis aux femmes aussi de rencontrer une femme, moi j'ai arrêté, parce qu'avant je posais les stérilets, j'ai arrêté de poser les stérilets en 2000 »

M3 : « autrement oui y avait quand même quelques patientes que je pouvais suivre qui allaient voir M..... exclusivement pour la gynéco, mais pas énormément, à la rigueur ça nous servait parce que M..... elle faisait les poses de stérilet qu'on ne faisait pas nous »

D'ailleurs, une des médecins était considérée comme **référente gynécologique** de son cabinet

M13 : « après dans mon cabinet on est que des médecins à temps partiel, et une des médecins est coordinatrice du planning familial de la grosse ville d'à côté et travaille dans le service de gynéco-pédia donc c'est un peu notre référente en gynéco sur le cabinet »

Et ses collègues masculins lui **adressaient fréquemment leurs patientes**

M13 : « en tout cas c'est vrai que là aujourd'hui, même quand y a des femmes qui viennent vers moi, je passe la main en fait, je leur dis allez voir X à côté elle fera ça très bien (...) une femme qui a des IST à répétition, je ne vais pas comprendre pourquoi, je me dirais qu'il faudrait peut-être que vous alliez voir quelqu'un pour faire un peu le point là-dessus et je l'adresserais à quelqu'un du cabinet qui s'y connaît »

Deux femmes médecins disaient également **recevoir** les patientes de leurs confrères **pour la gynécologie**

M6 : « des fois ils nous envoient, les collègues, des patientes dont on n'est pas le médecin traitant mais qui justement veulent que le stérilet ou le frottis soit fait par une femme »

M11 : « j'ai mes collègues par exemple qui n'aiment pas forcément faire de la gynéco donc, qui suivent leurs patientes mais qui, pour la gynéco, peuvent me les envoyer, ça peut arriver (...) je ne reçois pas... je ne fais pas de la gynéco pour tous les collègues du secteur »

Les **compétences des confrères** semblaient également jouer dans l'investissement de ce champ de compétence

M7 : « je fais tout, en gros, sauf les poses de stérilets, parce que je ne me suis pas formé dedans sachant que mes 3 consœurs le faisaient, bon j'ai d'autres spécialités mais je ne suis pas formé pour la pose de stérilets »

Un des médecins avait décidé de former sa collègue à la gynécologie afin d'**élargir l'offre de soins**

M15 : « j'ai formé ma collègue à faire des gestes, parce qu'elle ne savait pas faire les frottis, elle sait faire les examens mais, je lui ai dit "si tu sais repérer le col tu sais faire un frottis" donc je lui ai montré une fois ou deux sur des patientes et elle s'est lancée et elle les fait maintenant, donc on fait tous les deux examen gynéco, frottis et, alors elle ne pose pas les implants mais elle me les envoie quand y a des patientes »

Un **entourage médical** plutôt **masculin**, même en dehors du cabinet, pouvait augmenter l'activité gynécologique des médecins femmes

M12 : « les médecins, les voisins que j'ai c'est plutôt des hommes donc moi je récupère beaucoup de gynécologie, je pense que j'ai vraiment la chance d'être une femme et d'avoir travaillé avec des hommes et du coup j'ai toujours eu pas mal de gynécologie »

Un autre facteur influençant cette activité était celle du **médecin prédécesseur** en cas de reprise de patientèle

M6 : « parce qu'on a une gynéco ici, donc le médecin que j'ai remplacé ici faisait pas trop de gynéco, du coup mes patientes ici allaient plutôt chez la gynéco »

M7 : « avant c'était un cabinet que de femmes, donc forcément elles sont moins habituées aux hommes »

M14 : « en tout cas elle en faisait très peu, elle venait de s'installer, je pense qu'elle avait commencé à changer la pratique mais elle remplaçait un vieux de la vieille qui ne faisait pas de gynéco, donc les patientes allaient voir leur gynéco ou les sages-femmes »

M16 : « je dirais que ça dépend plus, si tu remplaces un médecin homme qui n'aime pas la gynéco, qui n'en fait pas trop, y a beaucoup de suivi par gynéco, si c'est une femme qui aime la gynéco, tout le suivi va être fait au cabinet de médecine »

Cela nécessitait une **information** des patientes

M6 : « et moi je leur ai dit que j'en faisais donc y en a plein que j'ai récupérées »

Enfin, l'activité semblaient dépendante du **médecin remplacé** pour leurs remplaçants

M12 : « puis après comme j'étais remplaçante ça dépendait des médecins, y a des médecins qui faisaient des frottis plus fréquemment, tous les ans, et puis y a des médecins qui étaient laxistes donc les frottis n'étaient pas faits et puis y en avait qui faisait tous les 3 ans, y avait de tout »

M14 : « je pense que les patientes là-bas n'avaient pas l'habitude de demander au médecin que je remplaçais »

M16 : « je vais peut-être m'adapter dans ce cadre-là mais je pense que ça vient plus de la pratique du médecin que de ma pratique à moi »

Ils constataient que les patientes préféraient souvent leur **médecin habituel** pour la gynécologie

M14 : « je pense que ça leur allait très bien que je leur rappelle de faire le frottis avec leur médecin généraliste (...) parce que je pense que la dame sera plus à l'aise avec son médecin généraliste plutôt qu'avec moi »

Et avaient l'impression de devoir porter une **attention particulière** lors de l'examen dû à ce statut
M14 : « *le fait d'être remplaçant, je pense qu'il faut prendre plus de pincettes parce qu'on est face à une dame qui ne nous connaît pas ou quasiment pas, c'est différent, il faut prendre plus de précautions sur le plan humain* »

Et un des deux préférait d'ailleurs **réorienter** les patientes **vers le médecin titulaire** sauf urgence
M14 : « *je leur disais, quand elles n'étaient pas à jour, de prendre rendez-vous avec leur médecin généraliste en fait, mais pas avec moi, mais je leur disais : faut revoir Dr X pour faire votre frottis rapidement, là vous avez du retard, et souvent les femmes elles préféraient faire leur frottis avec leur médecin généraliste* »

B. Localisation géographique

La **localisation géographique** et la **densité médicale** pouvaient influencer les habitudes des patientes

M9 : « *quelques fois on a des gens qui arrivent de grandes villes, notamment de Paris, qui ont plus une pratique, surtout au temps où il n'y avait pas le parcours de soins, d'aller butiner eux même directement sur des spécialités médicales du coup avec quelques fois une mauvaise direction d'ailleurs, de se retrouver à aller voir justement un gynéco médical pour des histoires urinaires par exemple ou des choses comme ça* »

M11 : « *voire tous les 6 mois même en région parisienne* »

La distance avec le gynécologue influençait également la **fréquence** de consultation chez le spécialiste

M10 : « *j'ai repris des suivis de femmes qui avaient un gynéco parti en retraite, qui allaient sur N....., qui n'avait pas de successeur, qui sont revenues me voir, mais c'est des femmes qui, habitant ici, n'allaient peut-être pas tous les ans chez le gynéco, parce qu'on n'est pas en ville* »

Enfin, le **service à rendre** était dépendant de la localisation, les offres de soins étant hétérogènes

M13 : « *je serais tout seul dans le trou du cul de la Creuse à être le seul médecin et la première sage-femme ou le premier gynéco à 30 bornes, la effectivement je me poserais la question, je me dirais bon bouge-toi un peu, forme-toi, vas observer des consults, parce que tu as un vrai service à rendre quoi* »

C. Évolutions techniques

L'évolution du **matériel utilisé** semblait avoir facilité la pratique de la gynécologie en médecine générale, tout comme les techniques de réalisation du frottis

M12 : « *alors les techniques ont changé, avant les frottis c'était toujours sur lames maintenant c'est en phase liquide, avant c'étaient des spéculums stérilisés, maintenant c'est que du jetable donc y a une grosse réserve donc il n'y a pas de frein là-dessus, on peut faire autant d'examen gynéco qu'on veut* »

Certains médecins réalisaient un **frottis** au moindre doute sur l'aspect du col utérin

M5 : « *au passage on peut faire un frottis avant l'heure entre guillemet si on a un aspect, un ectropion n'importe quoi qui nous fait penser que y a quelque chose qui cloche* »

M7 : « *est-ce qu'il y a des ectropions, est-ce qu'il y a une rougeur, un petit kyste, une zone anormale, dans ce cas-là ce n'était pas prévu mais on fait le frottis plus tôt, dès que j'ai un doute je fais souvent un frottis* »

M15 : « y a une fois ou deux où je me dis est-ce que ça c'était un col normal, bon toute façon je fais le prélèvement, je verrais bien puis en fait c'était bien normal donc aussi je pense qu'à force de voir des cols des fois qu'ont des têtes plus ou moins bizarres, sans parler de truc bourgeonnant mais avec l'ectropion qui peut avoir une tête selon le cycle un peu voilà, tu te dis bon on verra et en fait à chaque fois c'est normal »

L'examen préalable pouvait avoir de l'influence sur la **technique de réalisation** du frottis

M7 : « peut-être si quand même si y a des condylomes on va peut-être plus faire le frottis en phase liquide pour voir si y a détection d'HPV, donc si à l'interrogatoire ou à l'examen on a des doutes on va peut-être plus faire en milieu liquide »

Un des médecins avait évoqué le remplacement du frottis systématique au profit d'un **dépistage du papillomavirus par auto-prélèvement vaginal**

M14 : « même pour l'HPV on en parle, y a des recos qui sont sorties il n'y a pas longtemps, je ne me suis pas trop penché dessus mais les frottis vont disparaître, pour discuter avec une anapath qui panique un peu, c'est les deux tiers de leur chiffre d'affaire, si les frottis disparaissent au profit de l'HPV en auto-prélèvement du coup ça va être une évolution »

Le **prélèvement vaginal** était jugé plus utile que l'examen clinique dans certains cas

M2 : « le spéculum ça m'apporte peut-être un petit peu plus par rapport aux leucorrhées atypiques chez des jeunes filles ou des femmes en âge d'activité sexuelle ou qui ont des partenaires multiples, là je serais plus amené à le proposer, mais après... dans ce cas-là je fais systématiquement du dépistage par prélèvements »

Ce dernier pouvait **motiver** la réalisation d'un **prélèvement vaginal** même en l'absence de symptômes dans d'autres cas

M5 : « ça peut être aussi faire un prélèvement si on a des pertes effectivement qu'elles ne sentaient pas mais qu'on voit à l'examen »

M7 : « y a des leucorrhées, l'aspect des leucorrhées, on fait un prélèvement si besoin »

Les lésions pouvant être assez **peu spécifiques**

M3 : « examen qui ne te donnera pas forcément d'éléments au niveau de l'inspection du col, quand elles ont un ectropion, va voir un problème d'HPV là-dessus, tu ne le verras pas à l'œil nu, ça ne te donnera pas plus d'éléments, une petite cervicite, ça ne donne pas toujours des signes, des fois tu fais un frottis, on te dit y a une cervicite, tu ne l'as pas forcément vue »

L'accès aux **examens complémentaires** pouvait parfois diminuer l'impact de l'examen clinique

M16 : « je ne suis même pas sûr que je le fasse, je vais vite faire la palpation du ventre et puis si j'y pense je vais vite aller à la bio ou orienter aux urgences gynécos »

Le **recours à l'échographie** était fréquent en cas de doute sur une pathologie ovarienne

M4 : « je trouve que parfois oui, quand on trouve une masse ça peut arriver de demander une échographie pelvienne »

M9 : « y a un certain nombre de jeunes qui peuvent avoir des kystes ovariens, des torsions de kystes ça existe, alors ça au bout d'un moment y a des douleurs, mais un kyste avant de se tordre plusieurs fois et d'être douloureux, il est gros, il est présent, et c'est vrai que sur un examen gynécologique de base on pourra quand même tomber sur un ovaire palpable ce qui n'est pas normal et du coup faire une échographie pelvienne derrière »

Indépendamment de l'examen clinique si une plainte était associée

M10 : « dépister le cancer de l'ovaire je pense que si j'ai une plainte pelvienne, je vais aller à l'écho assez facilement, donc l'examen clinique même s'il est normal »

M15 : « après voilà des douleurs latéralisées, un peu pelviennes, on ne voit rien à la palpation abdo, a priori oui faut y aller, et encore faut vite aller à l'écho et j'envoie assez rapidement quand j'ai des suspicions »

M12 : « une autre qui avait un énorme kyste de l'ovaire mais elle était obèse donc de toute façon je n'ai pas fait de toucher vaginal, j'ai été directement à l'échographie (...) elle avait des douleurs et elle était obèse donc il n'y avait rien de palpable, à la palpation abdominale y avait rien, donc directement à l'échographie et là énorme kyste 20cm »

A l'inverse, un des médecins pensait que l'examen clinique permettait **d'éviter le recours systématique à l'imagerie**

M5 : « dans le cadre d'un syndrome douloureux abdominal ou pelvien de toute façon on fait un examen gynéco, sans avoir forcément recours, ce qui est le cas pour d'autres praticiens par habitude, on ne va pas forcément avoir recours à une échographie en systématique, l'examen clinique apporte largement assez de preuve, en tous cas dans ma formation »

D. Sources d'information : lectures, médias, etc.

Plusieurs sources d'information étaient évoquées par les médecins.

Tout d'abord, plusieurs avaient parlé de leurs **lectures** et des influences qu'elles avaient pu avoir sur leur pratique

M9 : « j'ai d'emblée été dans le corps, c'est des lectures que j'ai eu quand j'étais étudiante, notre corps est le même, le corps appartient au patient »

M13 : « en fait j'ai une autoformation, j'ai une veille, je lis un peu en continu des trucs mais c'est vrai que je fais globalement peu de recherches, parce que je n'ai pas trop la foi et j'ai autres choses à faire, comme je n'ai pas trop lu là-dessus je me sens moins à l'aise avec ça »

M14 : « c'est une idée que je me suis faite en lisant justement sur la polémique d'il y a deux ans, en lisant de la biblio (...) je pense qu'effectivement aux vues de la biblio, ça n'apporte pas grand-chose »

M16 : « pendant l'externat j'ai lu le livre de Martin Winckler, "le cœur des femmes", et ça, ça m'a vachement marqué aussi fin, maintenant je suis un peu plus critique mais quand même je pense que ça joue dans la formation et dans le regard que tu as sur l'examen gynéco, et moi le côté annuel de l'examen gynéco je pense que ça fait très longtemps que, même pendant l'externat, du coup avec ce livre où j'avais fait un peu des recos, des trucs, je l'avais déjà évacué, j'étais déjà dans le non ça ne sert à rien, fin y a pas besoin de le faire »

Les **recherches personnelles** réalisées tout au long de leur exercice pouvaient également aider

M7 : « quand on était interne on avait des RSCA à faire, et j'avais dû faire un examen gynéco sur une jeune de 17-18 ans qui en paraissait beaucoup moins, et du coup ça m'avait un peu dérangé, je ne savais pas trop comment aborder la..., et donc j'avais fait pas mal de recherches sur comment mettre à l'aise, qu'est-ce qu'on peut dire et donc ça, ça m'avait aidé sur, peut être en auto recherche sur un RSCA, j'avoue que là j'avais appris pas mal, dire ce qu'on fait, prévenir que ça va être un peu froid, fin pleins de techniques qui m'avaient aidé par la suite »

M13 : « je lisais Prescrire et Exercer très régulièrement, et y avait beaucoup de truc sur la contraception, ce qui m'a beaucoup aidé par exemple dans la contraception c'est dans Exercer y a beaucoup d'études qualitatives, et y a beaucoup d'études sur le vécu, alors t'avais le vécu des conjoints, le vécu des femmes, le

vécu des mamans qui amènent leurs filles, et donc dans Exercer, pendant quelques mois, t'avais un article comme ça et moi je trouve que ces enquêtes qualitatives sont hyper intéressantes parce que t'en lis une tu as gagné 5 ans d'expérience, t'as un panel de plein de trucs que pensent les gens qui peuvent arriver qui est un espèce de condensé de ce que tu pourrais rencontrer et ce que pourraient te dire les gens en 5 ans au fil des consultations, quelles questions ils se posent, quelles conséquences désagréables concrètes ils peuvent avoir, c'est quoi le retentissement familial et tout ça, et du coup tu le sais, et tu sais comment naviguer avec durant la consultation, vu que tu as cette supra connaissance un peu de ce qui pourrait se passer, des questions que se posent les gens, moi ça me permet d'être beaucoup plus à l'aise et de surfer un petit peu sur le truc plutôt que de ramer derrière et de ne rien comprendre à ce qui se passe »

Un des médecins disait s'informer beaucoup sur des **blogs médicaux** ou les **réseaux sociaux**

M14 : « je suis beaucoup sur les réseaux sociaux et du coup y a pas mal de biblio qui tourne et donc j'en lis beaucoup, sur tous les domaines, y a pleins de choses qui sont intéressantes à fouiller, j'étais abonné à Prescrire mais je me suis désabonné parce que finalement je lis plus les articles ou les blogs médicaux qui font le tri dans la biblio de façon hebdomadaire, y en a un qui est génial, toutes les semaines il sort les articles intéressants pour la médecine gé et il fait une synthèse, ça c'est super, je lis beaucoup PubMed quand y a un sujet qui m'intéresse, mais moins les revues, beaucoup moins »

En parallèle, la source d'information la plus accessible, notamment pour les patientes, restait les **médias**. La **polémique sur les violences gynécologique** pouvait avoir eu plusieurs effets selon les médecins.

Certains estimaient que la polémique **appuyait leur façon d'exercer**

M2 : « après moi du fait de mes formations de toute façon c'est quelque chose qu'on abordait déjà avant la période "me too" ou "#payetonutérus", moi je le faisais déjà très peu (...) donc en fait ça je dirais que ça appuie ce que moi j'ai appris donc c'est cool »

M9 : « alors là pas du tout parce que moi j'ai d'emblée été dans le corps (...) ça ne me pose aucun problème et c'est vrai que du coup je ne suis pas, je n'ai pas vu de changement »

M10 : « pas du tout, j'ai toujours fait comme ça »

Et avait pu les faire **gagner en assurance**

M16 : « du coup d'avoir cette polémique ça m'a renforcé sur les idées que j'avais, j'y pensais mais j'osais pas trop, par exemple pour ne pas faire de toucher vaginal pendant la grossesse, quand j'étais interne je le pensais mais en même temps ne pas le faire je me sentais presque coupable de ne pas être reco, passer à côté de quelque chose, et là quand y a eu cette histoire, et puis peut-être moi je me suis mieux formée, j'ose plus dire : non c'est pas reco je ne le fais pas, ça m'a plus aidé dans ce côté-là en fait, je pense que la polémique elle m'a influencé dans ce côté de dire de ne pas le faire, et puis je me suis aussi renseignée sur les recos et du coup je suis plus claire dans mes décisions et mes propositions, fin je suis plus sûre de moi »

La polémique soulevant des **interrogations qu'ils avaient déjà pu avoir** lors de leur formation, notamment dans le cadre hospitalier

M16 : « après ça a toujours été quelque chose moi, en tout cas personnellement, qui me questionnait, le côté du consentement, les examens cliniques, les trucs utiles et tout (...) mes questionnements de stages d'externat, de la pratique de la gynéco à l'hôpital où quand tu es externe, je pense que tout le monde se dit "oula c'est quoi ce truc?", fin moi en tout cas je me disais : "est-ce que j'aimerais être la patiente? dans ce cas-là peut-être pas", du coup ça a légitimisé ces craintes en fait, ce ressenti, on va dire ça comme ça »

A l'inverse, d'autres avaient pu **remettre en question** leur pratique

M1 : « y a eu une époque où y a eu des gynécos qui ont été accusés effectivement de... je dirais d'exams qui étaient un petit peu... soit abusifs soit en tout cas pas dans les bonnes conditions, et là ça m'a remis en cause dans mon exercice en me disant est-ce que vraiment je pose bien les bonnes questions, est-ce que je laisse la femme décider, et c'est depuis ce moment là où je fais d'avantage attention »

Par crainte d'avoir eu auparavant un comportement involontairement **délétère**

M1 : « depuis cette année-là oui, je fais très attention parce qu'il y a des femmes qui se sont plaintes et je me suis dit est-ce que moi aussi je fais partie de ces médecins, et donc je pose la question à chaque fois et je fais très attention »

Leur exercice était devenu **plus précautionneux** avec une **approche plus prudente** de l'examen

M1 : « depuis ce moment là où je fais d'avantage attention, essayant de mettre le plus de formes possibles, je crois que j'essayais avant, mais j'en mets encore plus actuellement »

M15 : « ouais balance ton gynéco là ? pff ouais mais ça ne m'a pas du tout mis de frein, forcément on est un peu plus prudent sur la manière d'amener les choses etc., mais non je n'ai pas eu d'appréhension »

Chez certains, les médias avaient eu un **effet plutôt stimulant** sur l'envie de bien faire

M13 : « plutôt en sens inverse parce que du coup moi j'aime bien ce genre de truc, et j'étais allé voir justement le site, la carte des gynécos friendly, y a un truc comme ça, j'avais été voir du coup et tu as des commentaires, et tu as des femmes qui déconseillent franchement des gynécos et tu as une carte google maps, et sont ciblés les gynécos respectueux, et je m'étais un peu sensibilisé à ça »

D'autres n'en avaient **pas entendu parler**

M3 : « non (rires), je n'écoute pas trop les médias »

M4 : « j'ai pas du tout suivi ça, #payetonuterus ? (...) j'ai plutôt l'impression d'avoir toujours expliqué, parce que c'est mon style aussi, donc je n'ai pas eu l'impression d'avoir à me justifier plus qu'avant »

Enfin, les derniers ne se sentaient tout simplement **pas concernés**

M6 : « alors ça, ça n'a pas joué du tout, et bien au contraire, moi j'ai toujours tendance à faire pas mal de touchers vaginaux pendant les suivis de grossesse (...) et en fait les dames nous demandent "tiens vous ne faites pas un examen" donc non, toute la polémique qu'il y a eu sur les touchers vaginaux, non moi ça ne m'affecte pas »

M7 : « pour le gynéco bashing effectivement j'ai entendu ça, y a pas mal de dames que je suis pour des grossesses ou qui reviennent pour l'examen gynéco donc ça va »

M15 : « pas en consultation, ça ne m'a pas changé mes habitudes, j'ai pas du tout, ça n'a pas eu d'influence du tout sur ma manière de faire »

Ils avaient l'habitude de **voguer avec** les humeurs des médias

M5 : « on vogue avec ça, les humeurs des médias ou les informations reliées, c'est souvent effet de paille, nos patients nous connaissent »

Ces derniers pouvaient avoir eu des **effets sur les patientes**

M2 : « elles reviennent en disant qu'elles veulent changer de gynéco ou qu'elles ne sont plus à l'aise avec leur gynéco parce qu'elles ont pris conscience avec les médias et tout que non, cette pratique-là, elles, en fait, ça

ne leur convenait déjà pas et là le fait que ça soit médiatisé, elles se rendent compte que c'est peut-être pas normal ou habituel d'avoir des pratiques tous les 3 mois, 6 mois, 1 an, faire des frottis, des examens, être toute nue sur la table d'examen, fin voilà, tout plein de choses »

E. Évolution sociétale

La médecine a connu quelques évolutions dans la relation médecin – patiente. Une des nettes évolutions évoquées était la disparition progressive du **paternalisme**.

Une médecine initialement faite par des hommes

M11 : « je me souviens plus jeune, c'est des choses que j'ai souvent dis, les mecs ils ont toujours ce grand fantasme que la femme aime qu'on lui fasse un toucher vaginal parce que c'est forcément agréable, c'est sur les mecs qu'un doigt dans les fesses c'est super agréable aussi "ah bah non mais ce n'est pas pareil " pourquoi ce n'est pas pareil ? (rires) fin voilà, y a eu plein de choses autour de tout ça, que ce soit des blagues, des... pourquoi le toucher vaginal chez la femme est forcément un acte agréable, fin je veux dire c'est complètement dissocié de la sexualité, c'est complètement hors de propos, donc pourquoi le systématiser »

L'examen pelvien représentait pour certains un **avatar de la domination masculine** dans le suivi des femmes, un **contrôle médicosocial** de leur corps

M13 : « j'ai quand même un peu tendance à penser de par ce que j'ai lu dans les sciences humaines et tout ça, fin moi je suis assez sensibilisé au genre, à la domination masculine et tout ça, et je suis un peu persuadé que dans ces histoires d'examen gynéco, fin tu vois le fait que les femmes viennent beaucoup, fin j'ai l'impression qu'il y a quand même un avatar de la domination masculine dans le suivi gynécologique des femmes en fait, une espèce de contrôle médical, de contrôle social du corps des femmes par la médecine »

Ces pratiques antérieures plus paternalistes auraient **favorisé l'acceptation de l'examen pelvien** en systématique par les femmes

M9 : « les messieurs alors eux ils ne sont aussi pas très à l'aise, alors y a plusieurs raisons, ils ne sont pas très à l'aise parce qu'ils n'ont pas été soumis non plus, et c'est pour ça qu'il y a cette histoire d'examen gynécologique, et c'est pour ça que les dames n'ont pas vraiment le choix mais je pense que c'est un avantage pour elles »

Une **évolution** constatée par les médecins

M1 : « c'est vrai qu'on est beaucoup plus décontracté aujourd'hui qu'avant, on était plus incisifs, oui, on disait "ça se fait, il faut faire ça tous les ans" »

M4 : « ça j'ai l'impression que c'est le cas depuis que j'exerce, y a encore quelques patients qui ont l'habitude du médecin paternaliste qui leur dit ma petite dame venez par ici »

Pour terminer, cette évolution était parallèle à l'évolution de la **condition de la femme** dans la société

M11 : « je pense que c'est en train de changer et ça va probablement aussi avec les changements autour de la condition de la femme d'une façon générale aussi et de leur revendications »

Et **favorisée** par la diminution du nombre de gynécologues au profit d'une **augmentation** de celui de **sage-femme**

M11 : « c'est "en train" de changer, ça n'a pas changé, pas chez tout le monde en tout cas, je pense que c'est en train de changer sur une nouvelle génération et aussi peut-être avec le fait qu'on ait moins de gynéco méd. aussi, ils forment beaucoup de chirurgiens, beaucoup d'obstétriciens, et le fait que les sages-femmes entrent dans la danse aussi, elles sont beaucoup, elles font beaucoup plus attention les nouvelles, les élèves sages-femmes, je le vois bien dans leur façon d'aborder les patientes, elles font beaucoup plus attention aux souhaits de la patiente et à son intégrité physique »

La médecine ayant besoin de médecins sensibilisés à une **approche respectueuse** des femmes

M13 : « j'ai vraiment l'impression qu'effectivement y a un besoin de médecins qui soient sensibilisés à ces trucs là et qui soient peut-être, ouai qui soient sensibilisés à cette approche respectueuse »

Discussion

I. Forces de l'étude

Cette étude apporte un point de vue supplémentaire sur la pratique des médecins généralistes concernant l'examen pelvien systématique ; le sujet avait pu être abordé dans d'autres régions, sous forme d'enquêtes qualitatives (25,26) ou quantitatives (27–30), mais je n'ai retrouvé qu'une seule étude traitant du sujet en Loire Atlantique (31), sous la forme d'une étude quantitative, et aucune en Vendée.

Le choix d'une étude qualitative paraissait adapté à l'objectif qui était de recueillir des déterminants, certains pouvaient être objectifs, mais la majorité était des facteurs subjectifs que la méthode quantitative n'aurait pas permis de récolter d'une manière aussi exhaustive (32). Les entretiens individuels permettaient d'éviter une retenue de la part du médecin interrogé, ainsi qu'une crainte de jugement de la part de confrères, et d'aborder des sujets plus intimes comme la sexualité.

Nous avons choisi de sélectionner les participants par la technique de la boule-de-neige, une méthode validée qui consiste en une « identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à une enquête » (33) et qui a probablement permis de limiter les refus.

L'échantillonnage s'est fait de façon raisonnée, « procédure non probabiliste qui consiste à sélectionner des participants considérés comme typique de la population générale et destinée à garantir la validité externe de l'étude » (34), en essayant d'avoir une variation maximale sur les caractéristiques principales des médecins. L'activité gynécologique n'était pas un critère de sélection puisqu'on cherchait à recueillir les motivations comme les freins, tous les médecins pouvaient a priori donner leur point de vue sur ce sujet.

Le lieu et le moment de réalisation des entretiens étaient au choix du médecin, ce qui permettait qu'il soit dans les meilleures dispositions notamment en termes de disponibilité.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs afin d'obtenir le plus d'idées possibles de la part des médecins interrogés et d'éviter de les influencer. Des questions de relance plus fermées étaient parfois nécessaires pour explorer des pistes plus spécifiques non abordées spontanément.

Le premier canevas d'entretien élaboré a semblé pertinent dans la mesure où il a fait naître du discours. Les questions étant ouvertes, le guide a évolué et s'est enrichi au fur et à mesure des entretiens.

L'ensemble des entretiens a été réalisé par la même personne évitant un biais de recueil des données.

Le nombre d'entretiens nécessaires n'avait pas été déterminé à l'avance puisque nous souhaitons atteindre une saturation des données, ce qui semble être le cas même si cela reste subjectif. Le nombre atteint paraît cohérent comparé à d'autres études qualitatives comparables (25,26).

Nous avons fait le choix de ne pas retranscrire les données non verbales ne les jugeant pas pertinentes.

Enfin, l'analyse a été réalisée par la méthode de la théorie ancrée, une méthode inductive qui permet de « partir des données recueillies sur le terrain pour construire notre théorie » en travaillant le verbatim, en attribuant des codes, des sous-catégories et des thèmes (34).

II. Limites de l'étude

Tout d'abord, le manque d'expérience de l'enquêtrice dans ce domaine a pu entraîner un biais dans la méthodologie et un manque de pertinence de l'étude. La réalisation des entretiens a nécessité des compétences nouvelles, une meilleure maîtrise aurait permis d'obtenir des résultats plus exhaustifs. Il y a parfois eu un manque de relances et de reformulations qui auraient pu permettre de développer certains sujets. D'autre part, même si le discours de l'enquêteur doit rester neutre, il n'est pas impossible qu'il ait pu influencer le participant, ne permettant pas d'éliminer un biais de prévarication.

La sélection des médecins s'est faite par connaissances directes le plus souvent, ou par connaissances de connaissances, induisant un potentiel biais de recrutement.

Le milieu d'exercice de chaque médecin était défini par le médecin lui-même et reste donc subjectif, tout comme le nombre de consultations gynécologiques par semaine qui pouvait être sujet à un biais de mémorisation, la plupart des médecins se basant sur leurs toutes dernières semaines qui n'étaient pas forcément représentatives de leur activité.

L'analyse s'est limitée à une analyse de contenu. Ce choix de ne pas tenir compte des données non verbales, même si elles ne semblaient pas pertinentes, a pu néanmoins entraîner une perte d'information.

L'atteinte de la saturation des données a été déductive et n'a pas fait l'objet d'une confirmation par deux entretiens supplémentaires par manque de temps. Cette saturation reste donc soumise à la subjectivité de l'enquêtrice.

Enfin, l'analyse a été réalisée par une seule personne et sans recours à un logiciel spécifique. Elle n'a pas bénéficié d'une réelle triangulation, le directeur de thèse ayant simplement extrait les grandes lignes principales de chaque entretien. L'analyse peut donc être la cible de biais d'interprétation.

III. Résultats principaux

1. Les acteurs du suivi gynécologique

A. Place du médecin généraliste

Selon la définition de la médecine générale par la WONCA (4), le médecin généraliste est le premier contact avec le système de soins pour les usagers et favorise la promotion et l'éducation pour la santé tout en ayant une responsabilité spécifique de santé publique. La gynécologie fait donc partie des aptitudes théoriques du médecin généraliste.

Dans cette étude, les médecins interrogés pointent du doigt le manque d'information des patientes à ce propos, la gynécologie semblant rester, pour elles, la propriété des spécialistes. Des études s'intéressant au point de vue des patientes vont également dans ce sens : dans les travaux de Terris C. en 2016 (35) et de Ora M. en 2007 (36), les patientes interrogées évoquaient les compétences insuffisantes des généralistes comme un frein au suivi gynécologique en médecine générale. Cette impression pourrait résulter de suivis souvent moins médicalisés en médecine générale, ou de l'hétérogénéité des pratiques des généralistes vis-à-vis de cette discipline. Ce manque d'information des patientes est retrouvé dans différents travaux s'intéressant à leur point de vue : la thèse réalisée par Timsit C. en 2018 (37) retrouvait qu'un tiers des patientes ignorait ces compétences, item évoqué aussi dans l'étude qualitative de Gambiez A. et al en 2011 (38). Les médecins, issus de régions françaises différentes, interrogés dans les travaux de E. Fayolle et J. Vallée (25), K. Lageyre (26), M. Loyer (28) ou encore A. Lagneau (30) avaient également cette impression. Ce constat semble donc constant depuis plus de 10 ans, les patientes paraissant toujours insuffisamment informées sur les compétences des médecins généralistes en gynécologie.

Cependant, dans l'étude de Gambiez et al.(38) citée précédemment, certaines patientes disaient voir le gynécologue par défaut car leur médecin traitant ne leur avait jamais proposé et dans celle de Ora M.(36), elles disaient attendre que leur généraliste aborde le sujet. De l'autre côté, dans mon travail comme dans celui de Lauchet N.(27), certains médecins évoquaient le manque de sollicitations par les patientes. Ce constat a également été fait dans la revue de littérature réalisée par Guyomard H. en 2019 (39). Il semblerait donc judicieux que le médecin généraliste prenne l'initiative d'informer systématiquement ses patientes de ses compétences dans ce domaine tout en leur laissant le choix du professionnel qui réalisera leur suivi gynécologique. On pourrait également réfléchir à des moyens de communications différents, par le biais de journaux féminins ou des réseaux sociaux, en établissant un récapitulatif des différentes modalités possibles de suivi des femmes en gynécologie.

Les arguments en faveur d'un suivi gynécologique en médecine générale, mis en avant par les médecins interrogés, sont : l'approche plutôt globale du généraliste pouvant être rassurante, les délais de consultation généralement courts et la relation médecin – patiente plus familière. Ces arguments étaient retrouvés dans la revue de littérature de Guyomard H. (39), qui évoquait en plus la possibilité de relance qu'a le médecin traitant lorsqu'il voit les patientes pour d'autres motifs de consultation, d'où sa place de choix dans la réalisation, ou seulement la coordination, de ce suivi.

On constate cependant dans cette étude un réel gradient de pratique chez les généralistes, allant d'une activité riche mêlant prescriptions et actes techniques, à une activité gynécologique limitée à la discussion et la prescription, dissociée de l'examen clinique et des gestes techniques, notamment dans le cadre contraceptif. Ce constat avait également été fait dans d'autres régions (25–27). La réalisation d'actes techniques que permet cette discipline pouvait être un des attraits de la spécialité pour certains ou, au contraire, un frein majeur pour d'autres. Si l'on a pu constater que de nombreux facteurs influençaient la pratique de la gynécologie, la formation des généralistes joue un rôle important.

La gestion du suivi semblait différente en fonction des praticiens. Si certains étaient directifs, avec une tendance à ne pas laisser de place à la décision partagée, d'autres étaient plus attentistes. La question d'imposer un cadre aux patientes prêtait à débat. Dans une étude qualitative s'intéressant aux attentes des patientes, réalisée en 2017 à Tours par Blin A. (40), les avis divergeaient : certaines femmes appréciaient un suivi paternaliste alors que d'autres préféraient être actrices de leur suivi en participant aux décisions. L'ensemble des patientes s'accordaient en revanche sur l'importance de l'information et des explications relatives à leur prise en charge.

Toujours selon la WONCA, un des autres rôles du médecin généraliste est la promotion et l'éducation pour la santé. Il possède une responsabilité spécifique de santé publique et est donc un acteur primordial dans la prévention en général. Étant la plupart du temps le premier recours, il a une place de choix pour aborder ce sujet avec ses patientes, la prévention ayant une place importante en gynécologie.

Les médecins interrogés ne remettaient pas en question l'intérêt du frottis cervico-utérin qu'ils estimaient être un bon test de dépistage. Certains avaient pu remarquer une influence positive du dépistage organisé au niveau national avec une augmentation des demandes de la part des patientes pour leur frottis triennal à la suite de la réception du courrier de l'assurance maladie. Dans ce dernier, le médecin généraliste est d'ailleurs référencé comme l'un des professionnels aptes à réaliser cet examen, permettant d'en informer les patientes à grande échelle. La mise en place de ce dépistage a été évoquée à plusieurs reprises dans les différentes thèses traitant de ce sujet (25,38), il sera intéressant d'en évaluer l'efficacité dans quelques années.

En ce qui concerne le « dépistage » d'autres pathologies gynécologiques, les avis divergeaient. Le terme dépistage est volontairement mis entre guillemets car tout le monde ne s'accordait pas sur l'existence d'un dépistage pour certaines pathologies, notamment le cancer de l'ovaire. Cette controverse se retrouvait dans une autre étude (25), où l'examen clinique pouvait être motivé par une recherche de cancer gynécologique pour certains, ou centré sur une plainte pour d'autres. La revue *Exercer* a publié en 2016 un article se penchant sur le dépistage d'une façon générale (41) ; la balance bénéfique – risque du dépistage n'est pas toujours évidente. Elle fait « *osciller le médecin entre deux grands principes, parfois antagonistes : mieux vaut prévenir que guérir et primum non nocere* ». Quelques médecins ont d'ailleurs évoqué dans notre travail la prévention quaternaire, également abordée dans l'article, qui consiste à identifier les patients à risque de surmédicalisation et de les protéger d'interventions médicales invasives. Cependant, dans l'esprit de beaucoup de patients, ces démarches de dépistage ne peuvent qu'améliorer le pronostic des maladies concernées, sans avoir conscience des effets parfois néfastes de faux positifs ou négatifs. Il revient donc au médecin d'informer ses patients des bénéfices et des risques de tout

examen, et d'identifier parmi sa patientèle les sujets plus à risque des conséquences délétères du dépistage, « *les données de la science ne pouvant être séparées du contexte et des préférences du patient* ».

Pour terminer, un autre rôle du médecin généraliste cité par la WONCA (4) est la coordination des soins. Cependant, les gynécologues étant en libre accès par les patientes, les comptes-rendus de consultations ou d'examens complémentaires ne sont pas systématiquement adressés au médecin traitant. Le suivi gynécologique n'est donc pas toujours porté à la connaissance de ce dernier, et, même si certains médecins interrogent systématiquement leurs patientes sur ce suivi, d'autres attendent qu'elles abordent le sujet quand elles en ressentent le besoin. Il en résulte parfois une absence totale de suivi. Les médecins généralistes de patientes suivies par d'autres professionnels ne souhaitaient pas interférer dans leur prise en charge. Cet obstacle au suivi était également retrouvé dans d'autres travaux : la thèse de Lagneau A.(30) concernant des médecins généralistes du sud-est, et la revue de littérature de Guyomard H.(39).

Comme le soulignait un des praticiens interrogés, il serait judicieux que le médecin traitant fasse partie des destinataires de l'ensemble des comptes-rendus d'examens prescrits par les gynécologues et les sages-femmes, que ce soient les résultats de FCV comme d'analyses biologiques ou d'examens d'imagerie. Cela permettrait par exemple au médecin traitant de pouvoir réadresser au professionnel assurant le suivi les patientes perdues de vue dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, les patientes oubliant fréquemment la date de leur dernier frottis. Cela faciliterait également la suite de la prise en charge en cas de changement d'interlocuteur, les documents étant alors centralisés auprès du médecin traitant. Ce dernier étant un premier recours multidisciplinaire, il aura par ailleurs l'occasion de voir les patientes pour d'autres motifs, lui permettant d'évoquer le suivi gynécologique, ce qui n'est pas le cas des spécialistes intervenant uniquement lors de ce suivi. Enfin, certaines patientes ayant recours à leur médecin traitant pour des problèmes gynécologiques urgents, il est important que ce dernier dispose de l'ensemble des éléments du dossier médical.

B. Les gynécologues en premier ou second recours

Pour beaucoup de patientes, le gynécologue semblait rester l'intervenant principal dans le suivi gynécologique (36,37,42,43). De nombreux facteurs entraient en compte lorsqu'il s'agissait de faire leur choix. Le médecin généraliste se retrouvait parfois être un choix par défaut, surtout en zone rurale lorsque l'éloignement géographique rendait l'accès aux spécialistes plus difficile.

Néanmoins, comme résumé dans la revue de littérature de Guyomard H. (39), certaines patientes avaient l'impression que les spécialistes se désintéressaient des cas dit « standard » lorsqu'elles consultaient pour leur suivi habituel. La banalisation de gestes répétés pluri-quotidiennement par le gynécologue, à la différence du généraliste, pourrait être responsable de ce sentiment. Un réel désintérêt ne serait cependant pas à exclure puisque la formation des gynécologues paraît centrée sur la technique et la patientèle hospitalière semble différente de celle rencontrée en ville ; la prévalence des cas pathologiques semble moindre dans cette dernière.

Dans ce contexte, peut-être serait-il envisageable que le gynécologue soit, au même titre que les autres spécialistes, uniquement un second recours, ce qui leur permettrait de ne suivre que les cas plus complexes et de rester plus disponibles pour les médecins généralistes en cas de

difficultés. Ces derniers se sentiraient peut-être plus rassurés de se lancer en gynécologie malgré une formation initiale parfois insuffisante, en ayant plus facilement accès au spécialiste en cas de besoin. Cette difficulté d'accès avait d'ailleurs déjà été évoquée par des médecins généralistes interrogés dans l'étude de Lageyre K. (26).

Un dernier point évoqué par plusieurs médecins lors de mes entretiens était les différences de pratiques entre les généralistes et les gynécologues. Plusieurs avaient l'impression que certains spécialistes avaient tendance à réaliser plus de frottis que nécessaire ou à prescrire bien plus fréquemment des traitements hormonaux substitutifs lors de la ménopause. N'ayant pas retrouvé dans la littérature d'étude comparant les pratiques de ces différents praticiens, il pourrait être intéressant de les évaluer, notamment concernant le FCU, la contraception, et le THS.

C. Les sages-femmes trop peu sollicitées

Enfin, malgré une place très importante dans les suivis de grossesse, comme remarqué par de nombreux médecins interrogés, les sages-femmes semblaient très peu sollicitées par les patientes pour leur suivi gynécologique. Un constat également fait par Lageyre K. dans son étude qualitative (26). Cela pourrait cependant changer devant la diminution progressive du nombre de gynécologues et de médecins généralistes, surtout dans les zones les plus rurales où les sages-femmes s'implantent de plus en plus, comme le constataient certains des médecins exerçant dans ces zones interrogés dans le cadre de mon travail.

2. Le facteur temps omniprésent

L'exercice en médecine générale paraissait souvent régi par le temps. La pression ressentie n'était pas la même pour tous : certains, plus expérimentés, s'accommodaient du retard, d'autres se sentaient plus pressés avec des répercussions sur leurs consultations. De plus, il n'était pas rare que les patientes viennent en consultation avec plusieurs demandes, une consultation de quinze ou vingt minutes ne permettant pas de répondre à toutes leurs requêtes.

Pour beaucoup des médecins interrogés, la gynécologie touchant à la sphère intime nécessitait un temps de consultation adapté. L'examen pelvien était souvent considéré comme chronophage, surtout lorsqu'un frottis devait être réalisé, imposant une certaine organisation. Certains avaient mis en place des consultations dédiées, avec parfois un temps supplémentaire, et préféraient différer le rendez-vous lorsque les demandes étaient multiples. Cette organisation était également retrouvée dans un autre étude qualitative (25).

A l'inverse, d'autres s'adaptaient, quitte à prendre du retard. Une des raisons évoquées était la rémunération à l'acte en médecine générale qui pouvait freiner certains à consacrer plus de temps sur leur planning, comme évoqué dans plusieurs autres thèses (25,27–30). Une seconde raison était la crainte de perdre de vue certaines patientes en leur demandant de reprendre un rendez-vous dédié, le quotidien reprenant souvent le dessus, comme constaté dans l'étude de Terris C. (35).

Le temps accordé à la consultation a aussi son importance pour les patientes : dans plusieurs études s'intéressant à leur point de vue (38,40), certaines avaient un ressenti négatif de l'examen pelvien lorsque la consultation était rapide, la considérant comme bâclée.

Enfin, les médecins ont évoqué à plusieurs reprises dans mes entretiens les demandes de fin de consultation, concernant notamment la contraception. Ces demandes étaient parfois perçues par les médecins comme un évitement de l'examen. Cependant, une étude qualitative publiée dans la revue *Exercer* en 2018 (44), s'intéressant là encore au point de vue des patientes, mettait en évidence un manque d'anticipation de ces dernières favorisé par un accès rapide au médecin généraliste. La non-perception par les patientes de la contraception orale comme un traitement médical les encourage à ne pas considérer comme nécessaire la prise d'un rendez-vous dédié. De plus, l'absence d'examen pelvien systématique semblait banaliser le renouvellement de la contraception.

La mise en place de consultations dédiées permet d'éviter cette banalisation et de proposer un cadre propice pour aborder des sujets plus intimes. Elle demandera en contrepartie au praticien d'éduquer sa patientèle à cette organisation. Aménager un temps supplémentaire lorsqu'un examen est nécessaire éviterait au praticien de se sentir pressé par le temps et permettrait à la patiente de mieux vivre cet examen. Ces consultations dédiées, plus longues, pourraient bénéficier d'une revalorisation financière.

3. Une formation hétérogène

Nous avons pu constater lors des entretiens réalisés que la formation des participants était très hétérogène. Il y a évidemment une différence liée à l'âge : avant l'internat tel qu'il a été mis en place en 1982 (45), les futurs médecins généralistes n'avaient qu'une année de « faisant fonction d'interne » et passaient donc très rarement en gynécologie. Aujourd'hui, la majorité des internes doit faire un choix entre la gynécologie et la pédiatrie lors de leur cursus, et plusieurs médecins interrogés considéraient la pédiatrie « plus importante » dans l'exercice de la médecine générale, choisissant donc de mettre de côté la gynécologie durant ces trois années de formation.

Colchen M., dans une étude qualitative menée en 2016 (46), s'est intéressé aux médecins n'ayant pas réalisé de stage de gynécologie durant leur internat : il ressortait là aussi que la pédiatrie paraissait plus importante aux yeux des médecins qui se désolaient d'avoir à faire ce choix. Ils trouvaient également les stages réalisés en cabinet de médecine générale hétérogènes sur le plan gynécologique car dépendant du praticien, cette constatation étant également faite dans notre échantillon.

Cependant, une nouvelle maquette est en train d'être mise en place depuis la réforme d'avril 2017 (47), avec pour objectif l'obligation de réaliser un semestre dans chacune de ces deux disciplines grâce à l'allongement d'un an de l'internat. Ce changement ne pourra être que bénéfique sur la formation des futurs médecins généralistes. Néanmoins, plusieurs médecins de cette étude n'estimaient pas la formation hospitalière toujours adaptée à la médecine de ville du fait d'une différence de patientèle et d'une médicalisation plus importante. Dans l'étude de Colchen M. (46), les médecins soulignaient le fait que le milieu hospitalo-universitaire n'était pas toujours propice à

l'examen intime. De ce fait, il faudrait peut-être envisager de proposer des terrains de stage différents, plus proches de l'activité en médecine générale, comme par exemple auprès de gynécologues médicaux, de généralistes très orientés gynécologie, de centres d'orthogénie ou auprès de sages-femmes libérales. Cela permettrait en outre de créer plus de postes, permettant à tous les internes d'avoir accès à une formation en gynécologie sans surcharger les différents terrains de stage.

Après sa formation initiale, l'investissement personnel du médecin influence grandement sa pratique. De nombreuses façons de poursuivre sa formation ont été évoquées ; la plus fréquemment utilisée semblait être les formations médicales continues organisées en journées ou soirées thématiques. Cependant, un des médecins avait pu ressentir lors de certaines de ces formations l'existence d'une hiérarchie entre les deux spécialités : il avait l'impression d'une méconnaissance, de la part des gynécologues, des compétences et des acquis des médecins généralistes. Une meilleure conscience de ces acquis et une relation plus égalitaire permettraient d'améliorer la collaboration entre ces deux spécialités, favorisant l'adhésion d'un plus grand nombre de généralistes à ces formations. Un deuxième point négatif cité dans la revue de littérature de Guyomard H. (39) était le manque d'ateliers pratiques lors de ces sessions, difficiles à mettre en place.

Outre ces formations, l'accès via internet à la littérature médicale permet aux praticiens d'actualiser son savoir. Deux autres façons d'entretenir ses connaissances ont été évoquées lors de mes entretiens : l'accueil d'étudiants permettant, par les échanges, de se mettre à jour vis-à-vis des recommandations tout en remettant en question certaines pratiques routinières, en particulier pour les médecins exerçant seuls, et la participation à des groupes de pairs, où les échanges d'expériences et de recherches personnelles permettent de maintenir une formation continue. La mise en place, via les réseaux sociaux ou une application, de plateformes numériques permettant aux médecins de se rencontrer en fonction de leur lieu d'exercice, simplifierait la formation de nouveaux groupes de pairs ou simplement l'information des nouveaux médecins de ceux déjà existant.

Malgré ces formations, l'entretien des compétences nécessite une confrontation à la gynécologie et une pratique suffisamment régulière. Ce manque de pratique et de sollicitations était souvent responsable, selon les médecins interrogés, de difficultés dans l'exercice de cette discipline, avec une gêne et une pudeur importantes responsables d'un cercle vicieux. Un des problèmes évoqués était celui du statut de remplaçant. Nombreux sont ceux qui commencent leur exercice de médecin généraliste en effectuant des remplacements. La gynécologie, touchant à l'intimité des patientes, nécessite une certaine confiance ; les patientes peuvent donc être réticentes à consulter le remplaçant en dehors d'urgences. De ce fait, beaucoup de remplaçants pratiquent très peu la gynécologie avant de s'installer et ont donc la sensation d'avoir perdu leurs compétences dans ce domaine. Ce sentiment était surtout présent chez les médecins hommes de mon étude. Le compagnonnage intra-cabinet pourrait prouver tout son intérêt dans ces cas-là, tout en sachant qu'il est toujours possible de demander à accompagner un autre professionnel en cabinet ou dans les centres d'orthogénie pour se remettre à niveau.

Enfin, en évoquant le compagnonnage, un des constats fait au fil de mes entretiens était la « spécialisation » de certains confrères dans les cabinets de groupe, la gynécologie devenant souvent le domaine des médecins femmes dans les centres médicaux mixtes. Les avantages certains étaient le maintien du suivi des patientes dans l'enceinte même du cabinet et une meilleure accessibilité que les gynécologues. En effet, cela peut permettre au praticien ne se sentant pas à l'aise avec la gynécologie de déléguer à un confrère de proximité, mais n'inciterait cependant pas ces médecins à se former davantage. Cette organisation était retrouvée chez 44% des généralistes exerçants en cabinet de groupe parmi le panel de 437 médecins de l'observatoire de santé des Pays de la Loire en 2016 (48), les femmes ayant une propension plus élevée à réaliser les suivis gynécologiques. Ce constat était également fait dans d'autres régions d'après la revue de littérature Guyomard H. (39). D'une manière plus générale, l'investissement d'un champ de compétence par les médecins semblait dépendre du service à rendre pour les patients et donc des ressources à proximité.

4. L'examen pelvien comme « porte d'entrée »

Une des raisons revenant souvent de réaliser un examen pelvien de façon systématique était l'ouverture de la discussion sur différents sujets touchant à l'intimité.

Le premier sujet était la sexualité. Certains praticiens pensaient qu'il était plus facile à aborder durant l'examen, ce dernier permettant d'apprécier la trophicité ou d'éventuelles douleurs lors de la pose du spéculum, recherchant la présence de dyspareunies. On peut imaginer que cette soi-disant facilité était uniquement ressentie par le médecin et non par la patiente. A l'inverse, une partie des médecins interrogés préférait maintenir l'intimité physique de la patiente lors de la discussion afin de pouvoir orienter l'entretien selon ses réactions. Mais qu'en pensent les patientes ? Dans l'étude de Blin A.(40), la sexualité ne semblait pas être un sujet qu'elles souhaitaient voir aborder par le médecin en consultation.

La mise en place de consultations dédiées à la gynécologie peut en soi aider les patientes à en parler si elles le souhaitent, ou permettre au médecin d'ouvrir la discussion, de « tendre une perche », que la patiente saisira ou non.

Néanmoins, l'intérêt secondaire de l'examen pelvien systématique pourrait être la découverte d'antécédents de violences sexuelles, la difficulté éprouvée lors de cet examen malgré des conditions optimales pouvant interpeller le médecin et l'amener à aborder la question des violences, comme ce fut le cas pour un des participants de mon étude. Cette question pourrait aussi tout à fait être posée de façon systématique lors des consultations de suivi gynécologique.

L'autre raison de réaliser un examen gynécologique en systématique, abordée par seulement quelques praticiens, était l'information des patientes sur leur anatomie et la réassurance sur leur normalité. En effet, il paraissait important de rassurer les patientes sur leur anatomie par rapport aux nombreuses morphologies de petites lèvres existantes, cette partie du corps étant parfois source de complexes chez les jeunes femmes. Ensuite, il semblait également important de donner des repères aux patientes, lors de l'examen, sur la position de leurs ovaires et de leur utérus. Les représentations anatomiques visibles dans les manuels de biologie ou sur internet étant souvent

erronées, de nombreuses patientes imaginent leurs ovaires plus haut dans l'abdomen. Pouvoir se représenter son corps et son fonctionnement pourrait aider dans le traitement de troubles fonctionnels. Toujours dans le travail de A. Blin (40), les patientes pointaient du doigt leur mauvaise connaissance de leur anatomie et de sa physiologie, ainsi que le besoin ressenti de vérifier leur normalité. Il semblerait intéressant de prendre le temps à l'occasion du premier examen d'informer les patientes, si elles le souhaitent, sur leur anatomie et de leur permettre de poser les questions qu'elles pourraient avoir à ce sujet.

5. Un suivi centré frottis et contraception

Beaucoup de médecins semblaient assimiler le suivi gynécologique à la réalisation du frottis cervico-utérin, certains faisant même l'amalgame lorsque je posais la question de ce suivi.

Plusieurs questions se posent alors. Premièrement, le suivi des femmes après 65 ans. Quasiment tous les participants à l'étude ne réalisaient, dans cette population, un examen pelvien qu'en cas de symptômes. Il s'agissait globalement d'un suivi centré sur les demandes des patientes. Mais, comme le soulignait un des médecins, les femmes de cette génération peuvent avoir tendance à banaliser certains symptômes et à ne pas les signaler à leur praticien, ces patientes attendant peut-être d'être guidées par leur médecins concernant ce suivi. Cependant, cette génération semblait être plutôt suivie par des gynécologues et n'avait recours au médecin généraliste qu'en cas de problème urgent, comme l'a mis en évidence Chéron C. (49) dans une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes sur la pratique de l'examen gynécologique chez la femme de plus de 65 ans.

Ce qui ressortait également dans l'étude ci-dessus était le manque d'information des femmes sur le suivi gynécologique postménopause : beaucoup pensaient ne plus en avoir besoin en l'absence de symptômes, expliquant la diminution du taux de dépistage du cancer du col de l'utérus après 50 ans (50). Ce manque d'information et la méconnaissance de l'intérêt à poursuivre ce suivi étaient également retrouvés dans deux autres thèses, la première interrogeant des médecins généralistes (51), la seconde des patientes entre 50 et 65 ans (52). En parallèle de cela, certaines patientes âgées de plus de soixante ans pouvaient, d'après un des médecins interrogés dans mon étude, avoir l'impression d'un abandon par le corps médical dans ce domaine, sentiment dont une patiente m'avait également fait part en consultation. N'ayant pas trouvé de travaux s'intéressant au ressenti des femmes après 65 ans ni sur leurs attentes du suivi gynécologique, il pourrait être intéressant de les recueillir afin d'identifier d'éventuels leviers pour optimiser leur suivi.

Enfin, quelques difficultés ont été évoquées dans le suivi des patientes après la ménopause. La principale semblait être les sécheresses vulvovaginales rendant l'examen difficile, problème abordé par de nombreux praticiens et retrouvé dans différents travaux (49,51,52). Les médecins craignaient que l'examen soit douloureux pour les femmes, ces dernières semblant l'appréhender également. L'utilisation d'un traitement hormonal local préalable, peu utilisé en pratique courante car nécessitant l'anticipation de l'examen, permettrait de pallier ces difficultés et est envisageable en dehors de l'urgence. La seconde difficulté quelquefois évoquée était l'installation difficile des patientes sur la table d'examen en position gynécologique du fait de leur âge et d'éventuelles

pathologies associées. Ces freins sont également exprimés par les médecins dans les deux études citées précédemment (49,51). Il serait là aussi intéressant de recueillir le point de vue des patientes afin d'optimiser leur prise en charge.

Deuxièmement, le suivi gynécologique avant 25 ans. Les motifs de consultation à cet âge sont principalement la contraception et la présence de symptômes. Par rapport à la réalisation du frottis cervico-utérin, on constatait globalement un respect des recommandations, c'est-à-dire un dépistage commençant seulement à 25 ans, comme le recommande la Haute Autorité de Santé (53). Néanmoins, certains médecins adaptaient ce dépistage en fonction de l'activité sexuelle des patientes de moins de 25 ans, notamment en fonction de l'âge du premier rapport et de la multiplicité des partenaires. Malgré les recommandations de l'HAS, la question de la réalisation du frottis avant 25 ans avait été soulevée lors de journées de gynécologie en 2011. Un rapport du CNGOF répondait à cette question en rappelant que le cancer du col restait rare avant 25 ans, que les anomalies cytologiques, fréquemment rencontrées chez ces jeunes femmes, régressaient généralement en 2 ans et que leur surtraitement, dans cette population n'ayant encore pour beaucoup jamais procréé, pouvait engendrer des complications obstétricales non négligeables (54). S'il n'y avait donc pas de recommandation à la réalisation d'un frottis avant l'âge de 20 ans, un dépistage ciblé pouvait être proposé entre 20 et 24 ans en fonction de la précocité des rapports et du nombre de partenaires sexuels.

J'ai également pu remarquer que certains médecins de mon échantillon avaient un recours facile au frottis en cas de col suspect à l'examen, ne poursuivant pas les explorations en cas de normalité du frottis. Aucun n'a évoqué la recherche d'infection sexuellement transmissible et en particulier du Chlamydia, au risque de se rassurer faussement sur l'absence de ce type de pathologie.

Pour terminer, un des médecins avait parlé du remplacement du frottis triennal par un dépistage du papillomavirus (HPV) à haut risque pathogène via auto-prélèvement vaginal. En effet, une étude récente (55) a démontré que le dépistage de l'HPV par techniques d'auto-prélèvement (vaginal ou sur les premières urines du matin) était aussi sensible que les frottis conventionnels pour la détection de lésions précancéreuses de type CIN2 ou plus. La réalisation du frottis pourrait alors être ciblée en fonction de ces résultats. Une autre étude de 2014 (56), envisageait ces méthodes comme une alternative pour les femmes échappant au dépistage classique, ce qui est d'ailleurs également évoqué dans les dernières recommandations de l'HAS concernant les modalités de ce dépistage (53).

Si le dépistage venait à évoluer dans le sens d'un auto-prélèvement généralisé, on pourrait alors se poser la question de la réalisation de l'examen pelvien en systématique, la majorité des médecins le réalisant uniquement à l'occasion du frottis en l'absence de symptômes.

6. Un examen controversé en systématique

L'examen pelvien en systématique faisait l'objet de divergences parmi les médecins interrogés. Il n'apporterait pour certains qu'une faible contribution médicale dans le suivi des femmes, les découvertes de pathologies par ce biais étant rares. Les praticiens manquaient de preuves de son utilité, les recommandations à ce sujet ne leur semblant pas toujours claires. Cette impression d'inutilité de l'examen gynécologique en systématique pourrait provenir d'une faible prévalence en médecine de ville des pathologies dépistées par ce biais comparé à la fréquence de ces pathologies en médecine hospitalière où exercent les spécialistes à l'origine des recommandations sur la réalisation de l'examen pelvien en systématique. Une autre raison pourrait être le manque d'expérience des médecins généralistes à la réalisation du toucher pelvien, réduisant son bénéfice diagnostique. Je n'ai pas trouvé d'études évaluant cela. L'adaptation des recommandations actuelles à la prévalence moins élevée de certaines pathologies gynécologiques en médecine générale pourrait être intéressante.

Même s'il existe aujourd'hui peu d'études en France évaluant l'intérêt de cet examen en systématique, plusieurs études s'y sont intéressées aux Etats-Unis. Deux ont retenu mon attention : une revue de la littérature de grande envergure publiée par l'American College of Physicians (ACP) en 2014 (57) dont le but était d'évaluer les bénéfices et les risques de l'examen pelvien dit « de routine ». Les auteurs mettaient en évidence une valeur prédictive positive < 4% de l'examen pelvien dans le diagnostic du cancer de l'ovaire. Il n'y avait pas d'étude retrouvée portant sur les autres pathologies gynécologiques ni d'évaluation de la morbi-mortalité de ces pathologies. Concernant les effets négatifs de l'examen pelvien, 1/3 des patientes en moyenne rapportait des douleurs, de l'inconfort, de la peur ou de l'anxiété dus à l'examen en soi, pouvant mener ces femmes à ne pas reconsulter ultérieurement. Les auteurs concluaient donc à un manque de preuve de l'utilité de cet examen en l'absence de symptômes, tout en précisant que la littérature comptait trop peu d'études bien menées. Une seconde revue de la littérature publiée dans le « Journal of the American Medical Association » en 2017 (58), plus récente et de plus grande envergure, arrivait aux mêmes conclusions que l'ACP.

La qualité de ces études a mené certains pays, dont le Canada, à revoir leurs habitudes ; des recommandations contre l'examen pelvien systématique ont été adoptées par le GECSSP (59). En France, la revue Prescrire (60) s'est également positionnée sur un manque de preuve du bénéfice à réaliser cet examen en systématique, et sur ses effets indésirables non négligeables. Le Dr Liner, gynécologue à Challans, a également repris ces études américaines pour établir et diffuser un rapport sur l'intérêt de l'examen en systématique sur son site internet Formagyn (61).

Outre l'intérêt purement médical de l'examen physique, ce dernier peut également avoir un rôle relationnel et thérapeutique. Une étude qualitative, publiée dans *Exercer* en 2010 (62), avait recueilli les représentations qu'un échantillon de patients se faisait de l'examen clinique ; il était pour eux une « *étape primordiale de la consultation et un devoir professionnel du médecin* », même s'il pouvait exister une « *gêne voire érotisation de la nudité mais qui restait au second plan, le médecin étant un professionnel avant d'être un être sexué* ». La proximité physique leur était rassurante et aidait à construire une relation de confiance, cette réassurance constituant une

première réponse thérapeutique. Les auteurs concluaient néanmoins que « *si le professionnalisme du geste médical permet de ne pas franchir les limites acceptables du toucher, il est important de réfléchir à l'intention donnée à chacun de nos gestes* ».

En parallèle de ces controverses scientifiques, les représentations que se faisaient les médecins généralistes de cet examen avaient de l'importance dans leur décision de le réaliser dans un cadre asymptotique. En effet, nombreux présupposaient cet examen désagréable, ce qui entraînait une réflexion plus poussée sur son utilité que pour la prise de tension artérielle par exemple. Ce présupposé des médecins sur le caractère désagréable de l'examen n'avait pas été cité comme éventuel frein à le réaliser dans les autres travaux traitant de ce sujet.

Les réticences des patientes vis-à-vis de l'examen pelvien étaient très souvent le principal frein évoqué par les médecins de mon échantillon. On retrouvait également ce facteur dans les thèses de Lagneau A. (30), de Champeaux R. (43) ou encore de Fayolle E. (25) sur les obstacles à la pratique de la gynécologie en médecine générale. Dans des travaux s'intéressant aux patientes (35,40), l'appréhension des consultations gynécologiques et le côté désagréable de l'examen clinique étaient également évoqués. Les raisons de ces réticences sont inhérentes à chaque patiente. Néanmoins, quelques médecins de mon échantillon estimaient la position gynécologique vectrice d'une gêne supplémentaire et l'utilisation des étriers était, pour les patientes de l'étude de Gambiez-Joumard A. (38), un obstacle au suivi gynécologique.

Une alternative à la position gynécologique dite « classique » est la position en décubitus latéral, également appelée « à l'anglaise ». Deux des médecins interrogés s'y étaient intéressés pour remédier à la gêne induite par le décubitus dorsal. Plusieurs thèses ou mémoires en 2015 et 2016 se sont intéressés au ressenti des patientes vis-à-vis de cette position alternative qu'est le décubitus latéral. Cabane A. (63) avait recueilli les réponses de 114 patientes sur différents critères, 2 patientes sur 3 estimaient cette position moins douloureuse, 3 sur 4 l'estimaient moins anxiogène et la grande majorité la trouvait plus respectueuse de la pudeur des femmes. L'étude qualitative de Guillon A.(64) retrouvait les mêmes conclusions, ainsi qu'une moindre connotation sexuelle de cette position par rapport au décubitus dorsal. Celle de Botalla-Piretta A.S. (65), interrogeant 13 patientes sur ce sujet, mettait en évidence que la possibilité pour les patientes de choisir entre différentes positions leur permettait d'être actrices de leur suivi et pouvait favoriser une meilleure adhésion à celui-ci. Un constat également fait par Feauveau C. (66) dans son mémoire rédigé en 2016 où 75% des patientes interrogées étaient prêtes à mieux se faire suivre en cas d'adoption de cette position. La formation systématique des médecins généralistes aux différentes positions alternatives pourrait permettre aux femmes de choisir la position qui leur semble la plus confortable et peut-être favoriser une meilleure adhésion au suivi.

7. Une discipline genrée

Contrairement aux autres disciplines médicales, la gynécologie touche à la sphère intime des patientes et la majorité des médecins interrogés ressentait une influence du genre du praticien dans la pratique de cette spécialité, et cela de deux façons.

La première était intrinsèque au médecin lui-même, les hommes pouvaient ressentir plus de gêne, d'autant plus quand l'âge de la patiente se rapprochait du leur. Cet aspect de l'influence du genre du médecin, associé à une faible différence d'âge, n'était pas évoqué dans les autres travaux précédemment cités. L'idée s'en rapproche dans celui de Fayolle E. et Vallée J. (25) où les médecins masculins parlaient d'un « malaise » face à l'examen gynécologique. La gestion de cet inconfort n'est pas toujours facile, ce dernier régresse généralement avec l'expérience, encore faut-il régulièrement pratiquer la gynécologie. La mise en place de formations permettant d'apprendre à gérer ces sentiments pourrait être intéressante, tout comme l'instauration d'un suivi gynécologique régulier au cabinet de médecine générale de chaque nouvelle patiente pourrait limiter cette gêne.

La seconde était la présupposition que les femmes préfèrent être suivies par un médecin femme, une certitude qu'avait une grande partie des médecins, indépendamment de leur genre. On retrouvait cela dans plusieurs travaux réalisés dans différentes régions françaises sur la pratique des médecins, comme dans la thèse de Lageyre K.(26) dans le Lot et Garonne, de Dias S.(29) en Ile de France, ou encore de Lagneau A.(30) dans le sud-est. En revanche, dans le travail de Picaud C.(31) réalisé en 2013, en Loire Atlantique également, seulement 24,6% des médecins avaient cité le sexe masculin comme un frein à la pratique de la gynécologie.

Du côté des patientes, le genre du médecin paraissait moins important ; dans l'étude de Champeaux R.(43), seul 27,3% des femmes considéraient le genre masculin du médecin comme un frein. Dans celle de Saidani M.(42), 60,5% des patientes se disaient indifférentes au genre du praticien, avec néanmoins une préférence pour une femme médecin chez les moins de 25 ans (83%). Dans le travail qualitatif de Gambiez-Joumard A. et Vallée J.(38), le genre du médecin était considéré comme non réhibitoire ; à l'inverse, dans celui de Terris C.(35), le genre masculin était clairement évoqué comme un frein au suivi gynécologique par le médecin généraliste. L'avis des patientes semble finalement différent de celui des médecins, en sachant qu'il est difficile de généraliser cette préférence devant la singularité de chaque patiente.

Ces croyances peuvent avoir des conséquences dans l'activité des praticiens. En effet, certains semblaient mettre de la distance vis-à-vis de cet examen et anticipaient un hypothétique refus des patientes en leur proposant d'emblée une alternative. Cela pourrait expliquer la différence d'activité gynécologique entre les hommes et les femmes médecins, comme mis en évidence dans le travail de Loyer M.(28) dans la Manche où il existait une différence significative entre le genre du médecin et la pratique de la gynécologie. Ces résultats étaient également retrouvés dans les travaux de Picaud C.(31) en Loire Atlantique et de Dias S.(29) en Ile-de-France. Il serait important que les résultats des études menées auprès des patientes soient portés à la connaissance des médecins de sexe masculin afin qu'ils réalisent que leurs idées préconçues sur les préférences des femmes ne sont pas fondées.

Enfin, deux constats supplémentaires ont été fait au décours de ce travail en rapport avec le genre du médecin. Premièrement, le lieu de consultation des femmes pouvait avoir de l'importance pour les participants de mon étude. En effet le genre du médecin semblait moins déterminant lorsque la prise en charge était réalisée, par exemple, aux urgences gynécologiques ou au planning familial. Cela s'explique probablement par l'absence de choix des patientes dans ces contextes ou par l'assimilation à des spécialistes des praticiens exerçant dans ces structures. Deuxièmement, pour certaines patientes, pratiquantes d'une religion, la prise en charge par un médecin homme n'était pas permise. Ces deux facteurs n'étaient pas spécialement évoqués dans les travaux cités précédemment.

8. La place des médias

Une partie de mon travail s'intéressait aux éventuelles conséquences qu'avaient pu avoir la polémique médiatique de 2014 à propos des violences gynécologiques sur la pratique des médecins généralistes. Ils paraissent se sentir, dans l'ensemble, peu concernés par les reproches fait par les patientes dans les médias. Seul un des 16 médecins disait avoir remis en question sa pratique, mais après un phénomène médiatique de 2006 donc bien avant celui évoqué dans mon introduction. A l'inverse, quelques médecins femmes estimaient que cette polémique n'avait fait qu'appuyer leur pratique voire gagné en assurance. D'autres n'en avaient tout simplement pas entendu parler. Je n'ai pas retrouvé d'études s'intéressant à l'avis de gynécologues sur le sujet des violences gynécologiques, recherchant une éventuelle évolution dans leur pratique. Cependant, l'approche plutôt holistique du généraliste et peut-être un peu moins médicalisée pourrait expliquer ce constat chez les médecins interrogés. Un autre facteur est à prendre en compte : les médecins généralistes ont plus de retours sur leur pratique de la part de leurs patientes, ce dont bénéficient moins les spécialistes.

La sphère médiatique représente une riche source d'information, fiables comme erronées, pouvant engendrer une confusion chez les patientes. Certains outils destinés aux femmes ont été mis en place suite à la polémique sur les violences gynécologiques, notamment une carte interactive, accessible sur internet, recensant les gynécologues ou généralistes pratiquant la gynécologie de façon respectueuse (67).

Nous pourrions utiliser ces mêmes voies médiatiques, à savoir les réseaux sociaux, la presse féminine ou les journaux nationaux, pour informer un plus grand nombre de patientes sur le suivi gynécologique au sens large.

Pour terminer, il existe aujourd'hui la consultation de prescription d'une première contraception pour les jeunes femmes entre 15 et 18 ans, remboursée intégralement par la sécurité sociale. Il pourrait être intéressant de mettre en place une consultation systématique avec les adolescentes ou les très jeunes femmes permettant d'aborder le vaste sujet du suivi gynécologique. D'une durée supérieure à la consultation standard, cette consultation devrait bénéficier d'une tarification spécifique, ainsi que d'une prise en charge intégrale par la sécurité sociale. L'information délivrée pourrait porter sur le suivi gynécologique, en quoi il consiste exactement et quels professionnels sont aptes à le réaliser, ainsi qu'une familiarisation avec le matériel utilisé. Il semble important de mettre l'accent sur l'âge du premier frottis, son utilité, certaines femmes semblant encore ignorantes d'après l'étude de Gambiez A. et Vallée J. (38) ; à quelle fréquence le réaliser et jusqu'à quel âge. Il semblait y avoir une diminution du nombre de frottis réalisé après 50 ans d'après un article publié dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire (50), certaines femmes déclarant manquer d'informations sur l'intérêt de poursuivre les frottis après la ménopause dans le panel interrogé par Ferreira K. (52). Ce constat était également fait par les médecins de l'étude de Chéron C. (49) ou de Badet-Phan et al. (51). Cette consultation pourrait aussi être l'occasion, si les patientes le souhaitent, d'aborder la sexualité, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, la contraception et ses modalités d'accès, en rappelant notamment l'absence d'examen systématique lors de sa prescription pouvant parfois être un frein pour les adolescentes. Cet entretien dédié serait d'autant plus intéressant que le Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes avait pointé du doigt, dans son rapport de 2017 sur les violences gynécologiques, l'absence de recommandations sur la première consultation gynécologique et le suivi dit « de routine » (22).

Conclusion

La diminution du nombre de gynécologues médicaux nécessitera probablement que les médecins généralistes et les sages-femmes s'investissent davantage dans le suivi gynécologique des femmes dans les années à venir. La pratique de la gynécologie ne paraît pas homogène en médecine générale. L'identification des facteurs déterminant l'investissement des généralistes dans cette discipline et sa pratique pourrait permettre d'homogénéiser et d'élargir la pratique de la gynécologie en médecine générale.

Notre étude a permis de mettre en évidence un certain nombre de ces déterminants, objectifs comme subjectifs.

Les lacunes dans la formation du médecin généraliste à la gynécologie semblent importantes, et la démarche active dans cette formation a posteriori est indispensable pour acquérir ou entretenir ces compétences. La nouvelle maquette de l'internat rendant obligatoire le stage de six mois dans un service de gynécologie participera sûrement à cette amélioration, mais une formation plus proche de la médecine de ville serait un bon complément. L'optimisation des moyens de formation continue serait également un levier. Cependant, l'investissement paraît aussi dépendre du service à rendre et des spécialisations intra-cabinet qui semblent de plus en plus fréquentes.

L'information des patientes sur les compétences du médecin généraliste en gynécologie reste, à défaut de campagnes d'information plus larges, à la charge du médecin traitant. Ce dernier devrait s'intéresser systématiquement à l'existence d'un suivi gynécologique chez ses patientes et éventuellement les réorienter vers un confrère compétent s'il présente des difficultés à réaliser lui-même ce suivi. Le médecin traitant y a sa place s'il le souhaite, du fait de son rôle en prévention, avec une approche holistique bénéfique, prenant en compte la prévention quaternaire, et du fait de son rôle de coordinateur lui permettant de centraliser les informations médicales de ses patientes.

La place du gynécologue dans le parcours de soins nécessiterait peut-être une réévaluation ; devenir, au même titre que les autres spécialités, un second recours leur permettrait de se concentrer sur les suivis spécialisés et d'être plus disponibles pour les médecins généralistes en cas de difficultés.

Parmi les facteurs déterminants, la gestion du temps est non négligeable. L'organisation de consultations dédiées à la gynécologie permettrait d'éviter la banalisation des renouvellements de contraception. L'aménagement d'un temps supplémentaire semblait bénéfique et pourrait être encouragé par une revalorisation financière.

Le genre du médecin est également déterminant, surtout de son point de vue, les patientes paraissant y porter moins d'importance. Des réticences pourraient en revanche être liées à la

position gynécologique habituelle et être améliorées par l'apprentissage systématique des positions alternatives existantes.

Le suivi après 65 ans peut paraître flou pour les patientes comme pour les médecins et nécessiterait une optimisation.

Enfin, bien que les indications de l'examen pelvien en l'absence de symptômes soient sujettes à débat dans différents pays et que la place de cet examen peut être remise en question avec l'émergence de test HPV sur auto-prélèvements, l'examen physique est néanmoins, aux yeux des patientes, bien plus qu'un simple outil diagnostique, en termes de relationnel notamment.

Si la place de l'examen pelvien en soi reste à préciser, le maintien d'une consultation annuelle axée uniquement sur la gynécologie semble indispensable afin de permettre aux femmes de s'exprimer librement sur le sujet.

Références

1. République Française. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. 2004 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>
2. République Française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86 [Internet]. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_86
3. Conseil National de l'Ordre. Démographie médicale en France en 2018 [Internet]. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
4. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. [Internet]. 2002 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
5. Béguin F. #PayeTonUtérus, contre les gynécologues irrespectueux [Internet]. Le Monde. 2014 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2014/11/26/payetonuterus-contre-les-gynecologues-irrespectueux_4529587_3224.html
6. Journal officiel de la république française. DES Gynecologie Medicale [Internet]. 2017. Disponible sur : https://medecine.univ-lorraine.fr/sites/medecine.univ-lorraine.fr/files/users/gyneco_med.pdf
7. Journal officiel de la république française. DES Gynecologie Obstetrique [Internet]. 2017. Disponible sur : http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/medatice/tcem/gynecoobst/docs/20171211171803/MAQUETTE_DE_GYNECOLOGIE_OBSTETRIQUE.pdf
8. Journal officiel de la république française. DES de Médecine Générale [Internet]. 2017 [cité 10 juill 2020]. Disponible sur : <https://medecine.univ-lorraine.fr/sites/medecine.univ-lorraine.fr/files/users/mg.pdf>
9. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Compétences des sages-femmes [Internet]. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/>
10. République Française. Etudes et statistiques [Internet]. Data.DREES. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
11. Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale. La gynécologie médicale [Internet]. 2007 [cité 15 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.fncgm.com/qui-sommes-nous/la-gynecologie-medicale.html>

12. Conseil National de l'Ordre. Démographie médicale 2015 Pays de la Loire [Internet]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/g4b3jr/atlas_pays_de_la_loire_2015.pdf
13. Le nouveau visage de la relation patient – médecin [Internet]. Profil Médecin. 2017 [cité 16 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.profilmedecin.fr/contenu/nouveau-visage-de-relation-patient-medecin/>
14. Palazzolo J. L'évolution de la relation médecin malade. Cerveau Psycho. 2006;(18):70-5.
15. Fechner B. #PayeTonUtérus: quand les femmes se lâchent contre leur gynéco [Internet]. L'Express.fr. 2014 [cité 15 mars 2020]. Disponible sur : https://www.lexpress.fr/actualite/societe/payetonuterus-quand-les-femmes-se-lachent-contre-leur-gyneco_1623785.html
16. Frisullo E. Les étudiants en médecine pratiquent-ils des touchers vaginaux sur des patientes endormies ? [Internet]. 20minutes.fr. 2015 [cité 15 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.20minutes.fr/lyon/1532263-20150203-etudiants-medecine-pratiquent-touchers-vaginaux-patientes-endormies>
17. Je n'ai pas consenti [Internet]. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur : <https://jenaipasconsenti.tumblr.com/?og=1>
18. PAYE TON GYNECO [Internet]. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur : <https://payetongyneco.tumblr.com/?og=1>
19. Cestele M. Violences gynécologiques : nos lectrices témoignent (et c'est glaçant) [Internet]. Néon. 2018 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.neonmag.fr/violences-gynecologiques-nos-lectrices-temoignent-et-cest-glacant-509804.html>
20. Causette. Gynécos : Les tauliers sont-ils de vieux machos ? [Internet]. 2018 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.causette.fr/le-mag/lire-article/article-2206/gyna-cos-les-tauliers-sont-ils-de-vieux-machos.html>
21. Violences obstétricales : un débat entre « parole libérée » et « gynéco-bashing » [Internet]. Le Point. 2017 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur : https://www.lepoint.fr/sante/violences-obstetricales-un-debat-entre-parole-liberee-et-gyneco-bashing-14-10-2017-2164505_40.php
22. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées [Internet]. 2018 juin [cité 12 mars 2020]. Report No : 2018-06-26-SAN-034. Disponible sur : <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>
23. Arnaud-Lesot S, Hoerni B. Apprentissage de l'examen gynécologique de 1800 à nos jours. Rev Prat. 31 mai 2008;58(10):1154-7.

24. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Examen gynécologique [Internet]. 2010 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/3.html
25. E. Fayolle and J. Vallée. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. *Exercer*. 2013;24(107):114-20.
26. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale : étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne. [Internet] [Thèse d'exercice]. Bordeaux; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2014 [cité 18 déc 2018]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01089378/document>
27. Lauchet N. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute Vienne, obstacles et besoins de formation identifiés. [Thèse d'exercice]. Limoges; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2010.
28. Loyer M. Les freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche [Thèse d'exercice]. Caen; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2018.
29. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-De-France [Thèse d'exercice]. Paris; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2010.
30. Lagneau A. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence : analyse des pratiques [Internet] [Thèse d'exercice]. Nice; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01375462/document>
31. Picaud C. Pratique de la gynécologie par les médecins généralistes de Loire Atlantique [Thèse d'exercice]. Nantes; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2013.
32. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
33. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009;20(87):74-9.
34. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. *Exercer*. 2009;20(88):106-12.
35. Terris C. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? Etude qualitative auprès des patientes. [Thèse d'exercice]. Lyon; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2016.
36. Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leur prise en charge gynécologique de première intention. [Thèse d'exercice]. Paris; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2007.

37. Timsit C. Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique : étude chez 126 patientes. [Thèse d'exercice]. Montpellier; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2018.
38. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. *Exercer*. 2011;22(98):122-8.
39. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de littérature. [Internet] [Thèse d'exercice]. Angers; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2019 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127032/2018MCEM9882/fichier/9882F.pdf>
40. Blin A. Suivi gynécologique hors grossesse : contenu idéal des consultations selon les patientes. Etude qualitative. [Internet] [Thèse d'exercice]. Tours; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2017 [cité 19 mars 2020]. Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2017_Medecine_BlinAurelie.pdf
41. Huas C, Aubin-Auger I, Partouche H, Rat C, Boussageon R. Dépister ou ne pas dépister : comment s'y retrouver ? *Exercer*. 2016;27(127):216-25.
42. Saidani M. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins généralistes et des patientes. [Internet] [Thèse d'exercice]. Dijon; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2016. Disponible sur : <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/e2c543c9-004a-452e-816f-99216f4e928a>
43. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres [Thèse d'exercice]. Poitiers; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2013.
44. Bayen S, Zaoui J, Delgrange J, Messaadi N. Vous pouvez rajouter ma pilule, docteur ? *Exercer*. 2018;(144):249-54.
45. Hardy-Dubernet A-C, Arliaud M, Horellou-Lafarge C, Roy FL, Blanc M-A. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins : Recherche réalisée dans le cadre du programme INSERM/CNRS/MIRE 98 : Processus de décision et changements des systèmes de santé. 2001; Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00847791/document>
46. Colchen M. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du diplôme d'études spécialisées de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie [Internet] [Thèse d'exercice]. Amiens; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2016 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01346788/document>

47. Direction générale de l'offre de soins. La réforme du 3ème cycle des études de médecine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 8 avr 2020]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-reforme-du-3eme-cycle/r3c>
48. Observatoire Régional de la Santé des Pays de Loire. (O.R.S.P.L.). Nantes. FRA, Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. (U.R.M.L.). Saint Sébastien sur Loire. FRA. Suivi gynécologique : implications des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. Nantes: ORS Pays de la Loire; 2016 oct p. 8p.
49. Chéron C. Examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans en médecine générale pour le dépistage des cancers gynécologiques, freins et limites : étude qualitative auprès de 20 praticiens [Internet] [Thèse d'exercice]. Rouen; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2016 [cité 18 déc 2018]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01464598>
50. Hamers F, Jezewski-Serra D. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. Bull Epidémiologique Hebd. 2019;(22-23):417-23.
51. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz AM, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. Prat Organ Soins. 2012;43(4):261-8.
52. Ferreira KC. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi : enquête qualitative auprès de 43 patientes [Internet] [Thèse d'exercice]. Nice; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2013 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00932139/document>
53. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. 2019 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
54. Douvier S. Faut-il faire des frottis de dépistage du cancer du col utérin avant 25 ans ? Dijon: CNGOF; 2011 p. 645-59.
55. Leeman A, Pino M del, Molijn A, Rodriguez A, Torné A, Koning M de, et al. HPV testing in first-void urine provides sensitivity for CIN2+ detection comparable with a smear taken by a clinician or a brush-based self-sample : cross-sectional data from a triage population. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2017;124(9):1356-63.
56. Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJF, Verhoef VMJ, Suonio E, Dillner L, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. Lancet Oncol. 2014;15(2):172-83.
57. Bloomfield HE, Olson A, Greer N, Cantor A, MacDonald R, Rutks I, et al. Screening Pelvic Examinations in Asymptomatic, Average-Risk Adult Women: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2014;161(1):46-53.

58. Guirguis-Blake JM, Henderson JT, Perdue LA. Periodic Screening Pelvic Examination: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 7 mars 2017;317(9):954-66.
59. Tonelli M, Gorber SC, Moore A, Thombs BD. Recommandations sur l'examen pelvien de dépistage systématique. Can Fam Physician. 2016;62(3):e117-21.
60. Examen gynécologique pelvien. Pas de toucher vaginal systématique en l'absence de symptôme. Prescrire. 2017;37(405):528-9.
61. Liner T. TV dans le suivi gynécologique : vers un suivi gynécologique 3.0 [Internet]. Formagyn. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur : <https://formagyn.fr/gynecologie/la-consultation-en-gynecologie/place-du-tv/>
62. Gaschignard S, Le Goaziou M, Elchardus J. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen clinique. Exercer. 2010;21(90(suppl1)):38S-9S.
63. Cabane AG. Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes [Internet] [Thèse d'exercice]. Bordeaux; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2015 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01164656>
64. Guillon A. L'examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative. [Thèse d'exercice]. Lyon; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2015.
65. Botalla-Piretta A-S. Examen gynécologique en décubitus latéral : ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet] [Thèse d'exercice]. Rouen; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2015 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01227952/document>
66. Feauveau C. L'examen gynécologique en décubitus latéral : vécu des patientes [Mémoire de sage-femme]. Limoges; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2016.
67. Gyn and co [Internet]. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <https://gynandco.wordpress.com/>

Annexes

I. Annexe 1. Guide d'entretien initial

Présentation :

Bonjour, je suis médecin généraliste remplaçante, en année thèse, j'ai eu l'occasion au cours de mes stages et remplacements d'observer une hétérogénéité dans la pratique de l'examen pelvien en médecine générale. Je voulais donc interroger des médecins généralistes de profil différents sur leur pratique et les facteurs pouvant l'influencer dans une enquête qualitative. Le recueil de ces déterminants pourrait permettre une optimisation du suivi gynécologique en médecine générale. Les premières questions porteront sur vos caractéristiques propres, la seconde partie s'intéressera à votre activité gynécologique. L'entretien sera enregistré puis retranscrit par moi-même de façon à maintenir votre anonymat.

Caractéristiques du médecin :

Quel âge avez-vous ? (Noter également le sexe)

Dans quel milieu travaillez-vous ?

Dans quel cadre exercez-vous ?

Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Activité gynécologique :

En ce qui concerne la gynécologie, quelle a été votre formation ?

Avez-vous réalisé un DIU ? Participé à des FMC ? Réalisé des Stages ? Autres ?

A combien estimeriez-vous le nombre de consultation à visée gynécologique par semaine ?

Examen pelvien :

A propos de l'examen uniquement pelvien chez les patientes asymptomatiques, non enceintes, sans facteur de risque : dans quel contexte le réalisez-vous ?

Comment le gérez-vous ?

A quelle fréquence le proposez-vous ?

Le réalisez-vous chez certaines patientes en particulier ?

Quelles seraient les indications à le réaliser selon vous ?

Qu'allez-vous rechercher lors de cet examen ?

Qu'en pensez-vous ?

Que pensez-vous de son intérêt dans le dépistage du cancer de l'ovaire ?

A-t-il sa place dans la prescription de contraception ? Le renouvellement ?

Quel est selon vous l'intérêt et la place de l'inspection vulvaire ?

Avez-vous peur des implications légales si vous ne le réalisez pas régulièrement ?

Quels pourraient être vos éventuels freins à le réaliser ?

Est-ce que le temps de consultation peut influencer la décision ?

Avez-vous déjà eu quelques refus ? Si oui, pour quelles raisons ?

Conclusion :

Quelle serait selon vous la fréquence idéale en médecine générale ?

Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Merci de votre participation et du temps que vous m'avez accordé.

II. Annexe 2. Guide d'entretien final

Présentation :

Bonjour, je suis médecin généraliste remplaçante, en année thèse, j'ai eu l'occasion au cours de mes stages et remplacements d'observer une hétérogénéité dans la pratique de l'examen pelvien en médecine générale. Je voulais donc interroger des médecins généralistes de profil différents sur leur pratique et les facteurs pouvant l'influencer dans une enquête qualitative. Le recueil de ces déterminants pourrait permettre une optimisation du suivi gynécologique en médecine générale. Les premières questions porteront sur vos caractéristiques propres, la seconde partie s'intéressera à votre activité gynécologique. L'entretien sera enregistré puis retranscrit par moi-même de façon à maintenir votre anonymat.

Caractéristiques :

Quel âge avez-vous ?

(Noter également le sexe)

Dans quel milieu travaillez-vous ?

Dans quel cadre exercez-vous ?

Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale, remplacements compris ?

Formation en gynécologie :

En ce qui concerne la gynécologie, quelle a été votre formation ?

Questions de relance :

- ➔ Faire préciser externat / internat
- ➔ Avez-vous réalisé un DIU ? Participé à des FMC ?
- ➔ Autres moyens de formation ?

Estimeriez-vous que votre formation ait été suffisante ?

Recevez-vous des étudiants au cabinet ? (Statut de maître de stage universitaire)

Activité gynécologique :

A combien estimeriez-vous le nombre de consultations à visée gynécologique par semaine ?

Comment vous organisez-vous ?

Questions de relance :

- ➔ Prévoyez-vous des consultations dédiées à la gynécologie ?
- ➔ Aménagez-vous un temps supplémentaire ?

Assurez-vous le suivi gynécologique de vos patientes ?

Avez-vous des gynécologues ou sages-femmes à proximité ?

Quel intérêt portez-vous à la pratique de la gynécologie ?

Pratique de la gynécologie :

A propos de l'examen pelvien uniquement, chez les patientes en dehors de la grossesse : dans quel contexte le proposez-vous ou le réalisez-vous ?

Comment l'appréhendez-vous ?

A quelle fréquence le proposez-vous ?

Le réalisez-vous plus chez certaines patientes ?

Questions de relance :

- L'âge des patientes a-t-il de l'importance ? Quel suivi avant 25 ans ? Après 65 ans ?
- Influence des antécédents personnels gynécologiques ? Familiaux ?
- Influence de la vie sexuelle des patientes ?

Qu'est-ce qui va motiver sa réalisation ?

Que va vous apporter cet examen ? Qu'en pensez-vous ?

Questions de relance :

- Que pensez-vous de son intérêt dans le dépistage du cancer de l'ovaire ?
- A-t-il sa place lors de la prescription de contraception ? Lors de son renouvellement ?
- Y voyez-vous un moyen d'ouvrir la discussion, notamment sur la sexualité ?

A l'inverse, quel(s) pourrai(en)t être les facteurs limitant sa réalisation ?

Avez-vous des réticences ou appréhensions personnelles vis-à-vis de cet examen ? Avez-vous déjà eu des difficultés lors de cet examen ?

Questions de relance :

- Est-ce que le temps de consultation peut influencer la décision ?
- Vous sentez-vous limité techniquement ?
- Influence des médias ?
- Crainte d'éventuelles implications légales si l'examen n'est pas réalisé régulièrement ?

Avez-vous déjà eu quelques refus ? Si oui, savez-vous pour quelles raisons ?

Questions de relance :

- Influence du genre du médecin ?
- Influence culturelle ou religieuse ?

Conclusion :

Y a-t-il eu une évolution dans votre pratique vis-à-vis de l'examen pelvien ?

Quel est votre ressenti le concernant ?

Avez-vous d'autres choses à ajouter sur le sujet ?

Merci de votre participation et du temps que vous m'avez accordé.

« L'intégralité des entretiens peut être consultée sur demande à cette adresse :
melodi_del@hotmail.com »

III. Annexe 3. Tableau récapitulatif des caractéristiques des médecins

N°	Age (années)	Genre	Lieu exercice	Temps d'exercice	Cadre d'exercice	MSU
M1	62	M	Semi rural	35 ans	Cabinet groupe	Non
M2	32	F	Urbain	6 ans	Cabinet groupe	Non
M3	50	M	Semi rural	22 ans	Cabinet groupe	Oui
M4	42	F	Urbain	14 ans	Cabinet groupe	Non
M5	35	M	Urbain	7 ans ½	Cabinet groupe	Non
M6	36	F	Semi rural	8 ans	Cabinet groupe	Non
M7	35	M	Rural	8 ans	Cabinet groupe	Non
M8	37	F	Urbain	8 ans	Cabinet groupe	Oui
M9	61	F	Urbain	35 ans	Cabinet groupe	Anciennement
M10	56	F	Semi rural	29 ans	Cabinet seul	Non
M11	46	F	Semi rural	17 ans	MSPD multi sites	Oui
M12	42	F	Rural	14 ans	MSPD / seul médecin	Anciennement
M13	32	H	Rural	5 ans	MSPD multi sites	Oui
M14	33	H	Mixte	3 ans	Remplaçant	Non
M15	29	H	Rural	2 ans	Cabinet groupe / MSPD multi sites	Oui
M16	31	F	Mixte	3 ans	Remplaçant	Non

Légende : M = masculin / F= Féminin / MDPS = Maison de santé pluridisciplinaire / MSU = Maître de stage universitaire

Serment d'Hippocrate

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me 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 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.

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)



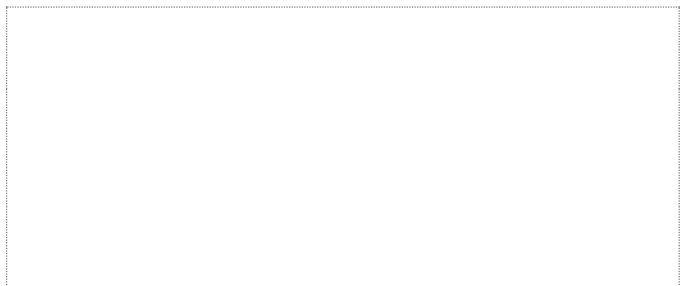
Titre Prénom NOM

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)



Titre Prénom NOM

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : RONDEL

PRENOM : Mélodie

Titre de Thèse :

Les déterminants de la réalisation de l'examen pelvien en médecine générale dans le suivi des femmes hors grossesse.

Une étude qualitative auprès de médecins généralistes de Loire Atlantique et Vendée.

RESUME

Introduction : L'implication des médecins généralistes en gynécologie et la pratique de l'examen pelvien en dehors de la grossesse semble variable. Le but de cette étude était d'explorer les déterminants de la pratique de cet examen en médecine générale.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de seize médecins généralistes entre décembre 2018 et décembre 2019. Les entretiens ont été retranscrits et analysés par thème.

Résultats : L'investissement en gynécologie était hétérogène. L'activité des médecins généralistes était variable en fonction de leur formation, de l'expérience acquise, de leurs convictions et représentations vis-à-vis de cet examen, du genre du médecin, des patientes et de l'entourage professionnel. Le genre masculin du médecin, les réticences des patientes, les âges extrêmes, la gestion du temps et l'existence d'un suivi gynécologique par un autre professionnel ont été perçus comme des freins. La formation des médecins généralistes en gynécologie pouvait sembler insuffisante et inadaptée à la médecine générale et leurs compétences insuffisamment reconnues.

Conclusion : Les médecins généralistes se sentent investis dans le suivi gynécologique, notamment préventif, et seraient favorables à une formation plus complète et adaptée. Une reconnaissance de leurs compétences dans ce domaine est plébiscitée.

MOTS-CLES

RECHERCHE QUALITATIVE - GYNECOLOGIE – MEDECINE GENERALE - EXAMEN PELVIEN –
PREVENTION - SUIVI GYNECOLOGIQUE