



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 14 Mars 2024 à Poitiers
par **Elise Gaschet**

Les déterminants influençant les femmes dans leur choix de praticien pour une consultation de gynécologie.
Etude qualitative.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Mohamed Jaber

Membres : Docteur Stéphanie Mignot

Docteur Gilles Raymond

Directeur de thèse : Docteur Marion Jonquet-Francaud

Co-directeur de thèse : Docteur Pascal Parthenay



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGGLEFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZO-FERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Mohamed JABER, je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ma thèse bien que le sujet ne soit pas votre spécialité. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Docteur Stéphanie MIGNOT, je suis honorée de soumettre mon travail à votre jugement, vous qui représentez la référente stage femme-enfant durant l'internat de médecine générale et désormais directrice du Département de Médecine Générale. Soyez assurée de ma profonde estime.

Docteur Gilles RAYMOND, merci de m'avoir accompagnée durant une partie de mon internat, j'ai énormément appris avoir toi notamment que ma pratique de la médecine générale est très proche de la tienne. Merci d'être pour nous, médecins généralistes de la Charente, un représentant syndical et de porter notre voix auprès des grandes instances.

Docteur Marion JONQUET FRANCHAUD, merci d'avoir accepté de diriger mon travail. Merci de m'avoir fait confiance pour ta première expérience de direction de thèse. Merci d'avoir été disponible et de m'avoir guidée tout au long de ce travail.

Docteur Pascal PARTHENAY, merci d'avoir accepté de co-diriger cette thèse et de nous avoir guidé dans les grandes étapes de ce travail.

Aux participants

Aux professionnels de santé ayant accepté de participer au recrutement :

Docteur Gilles RAYMOND, Docteur Virginie HAU LAFOURCADE, Docteur Émilie FOURNIER, Docteur Delphine AUPETIT, Docteur Virginie LAIDET, Docteur Gatien BLEUEZ, Docteur Anne MOREAU, Docteur Marion GACOUGNOLE, Madame Lydia BLET GUILLOTEAU, Madame Nathalie ROCHE, Madame Pascale BRUTUS BASSET, Docteur Didier COMTE, Madame Martine DELAVALLADE, Docteur Axelle PLESANT, Docteur Axelle BRENOT, Docteur Marie Lise SEREZ, Docteur Jean Rémy CUBAUD, Madame Anaïs RIO, Madame Ghislaine MAROUNE, Madame Pascale Penel.

Sans vous, ma thèse n'aurait pu avoir lieu, un immense merci d'avoir pris de votre temps pour distribuer ma lettre et expliquer le propos de ma thèse.

Aux patientes volontaires :

Merci à vous d'avoir pris de votre temps libre pour réaliser les entretiens, ce fût un plaisir de vous rencontrer. Sans vous, ma thèse n'aurait pas pu être réalisable.

Aux médecins qui m'ont accompagné durant mes stages d'internat

Mes maitres de stage femme-enfant en ambulatoire : Docteur Amandine MACOIN, Docteur Véronique LABARTHE BOURSON et Docteur Alice CHASSEUIL. Merci à vous pour votre encadrement et de m'avoir permis de réaliser un stage en ambulatoire en quasi-autonomie. Merci de m'avoir permis de faire plusieurs stages satellites, notamment chez les sage-femmes me permettant donc de valider mon DIU de gynécologie.

Un grand merci à Madame Lydia BLET GUILLOTEAU et Madame Ghislaine MAROUNE, sage-femmes libérales qui en plus de participer au recrutement de ma thèse, m'ont accueilli en stage de DIU. Merci de m'avoir transmis votre savoir et votre expérience.

Mes maitres de stage de SASPAS : Docteur Gilles RAYMOND, Docteur Marie Lise SEREZ, Docteur Didier COMTE. Merci de m'avoir fait confiance et laissée en autonomie auprès de vos patients. Merci de m'avoir apporté de votre expérience pour aborder de manière sereine la pratique de la médecine générale.

L'équipe médicale et paramédicale du service de gynécologie-obstétrique du CH de Saintes. Merci de m'avoir inspirée pour ce sujet de thèse. Merci aux personnes qui ont pris le temps de me transmettre leur savoir et de m'apprendre les gestes techniques de gynécologie.

L'équipe médicale et paramédicale du service de médecine interne du CH d'Angoulême. Ce fût un stage éprouvant et stressant certes, mais j'ai énormément appris et gagné en confiance. Merci de m'avoir également formé aux techniques de présentation orale qui me sont aujourd'hui bien utiles.

Mes maitres de stage ambulatoire de niveau 1 : Docteur Jérôme GIRAUD qui m'a montré ce que signifie être dévoué pour sa patientèle, merci de m'avoir accueilli en stage. Docteur

Camille CARIO, merci d'avoir été un modèle pour moi, j'ai compris comment je voulais pratiquer la médecine générale grâce à toi.

L'équipe médicale et paramédicale du service des urgences de Niort. Merci de m'avoir accompagnée dans mes premières prises en charge en tant qu'interne de manière progressive et sereine.

A ma famille

A mes parents, qui m'ont toujours soutenu et qui ont toujours cru en moi. Merci de m'avoir inculqué toutes ces valeurs qui font de moi qui je suis aujourd'hui. Je ne serai jamais arrivée jusque-là sans vous.

A Antoine, mon futur mari qui m'accompagne chaque jour et me supporte. Merci de m'apporter cette joie de vivre et cette légèreté au quotidien qui me sont aujourd'hui indispensables pour avancer.

A ma grand-mère, mémé, qui n'est plus là aujourd'hui. Je sais que tu aurais été fière de moi. Je te dédie ce travail.

A ma grande sœur Mathilde, tu as toujours été mon modèle, ma sœur mais aussi ma meilleure amie et bientôt ma voisine !

A ma petite sœur Axelle, je suis fière de la personne que tu es devenue. Tu peux toujours compter sur moi, y compris pour savoir si tu dois veiller toute la nuit sur ta coloc qui vient d'avoir une anesthésie !

A mon grand-père, mes tantes, mes oncles, mes cousin(e)s, vous êtes indispensables à notre équilibre familial, merci pour le bonheur apporté lors des réunions de famille.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accepté parmi vous, je ne pouvais pas rêver une meilleure belle-famille (même ma belle-mère !).

A mes ami(e)s

A Émeline et Camille, vous avec qui j'ai traversé 6 ans d'études de médecine à Poitiers. On a traversé ensemble cette période à la fois difficile et incroyable. Vous êtes des amies exceptionnelles, c'est sûrement pour ça que vous êtes aussi mes témoins de mariage !

A Laura, mon acolyte de l'internat. Quand je repense au chemin qu'on a parcouru ensemble ! On était tellement stressées et fatiguées de ce stage en médecine interne, ça nous a soudé pour la vie. Aujourd'hui tu vas être maman et je vais me marier, la vie nous sourit !

A Adrien, tout simplement merci d'être là pour nous avec Antoine. Tu es un ami en or !

A Amandine et Sandrine, merci pour tous ces moments partagés au cabinet ! C'est tellement important dans notre quotidien, les debriefs pour se décharger ! Je râle beaucoup mais bon .. je suis ravie de travailler avec vous.

LISTE DES ABREVIATIONS

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

ARS : Agences Régionales de Santé

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

PMA : Procréation Médicalement Assistée

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

HPV : PapillomaVirus Humain

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

HTA : HyperTension Artérielle

GEU : Grossesse Extra-Utérine

IMC : Indice de masse corporelle

TA : Tension artérielle

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

THS : Traitement Hormonal Substitutif de la ménopause

DES : Diplôme d'Études Supérieures

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ANSFL : Association Nationale des Sage-femmes Libérales

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

RDV : Rendez-vous

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	p.13
Importance du suivi gynécologique.....	p.13
Les compétences des praticiens.....	p.16
La démographie médicale.....	p.19
Problématique.....	p.22
Objectif de l'étude.....	p.23
MÉTHODE.....	p.24
Type d'étude.....	p.24
Population de l'étude.....	p.24
Recrutement.....	p.25
Recueil de données.....	p.26
Analyse de données.....	p.27
Sources de recherches et d'informations.....	p.27
Aspects éthiques et réglementaires.....	p.28
RÉSULTATS.....	p.29
Description de la population d'étude.....	p.29
Être acteur de sa santé.....	p.32
Le choix du spécialiste absolument.....	p.32
Les critères de choix de praticien.....	p.35
La relation avec le praticien.....	p.35
Le sexe du praticien.....	p.38
La proximité du praticien.....	p.39
Les délais de rendez-vous avec le praticien.....	p.39
Des recommandations.....	p.40
Un praticien uniquement dédié à la prise en charge gynécologique.....	p.40
Un praticien référent.....	p.41
Un praticien compétent.....	p.42
Ne plus avoir le choix.....	p.42
Les compétences des différents praticiens.....	p.44
Le niveau de compétences.....	p.44
Ignorance des compétences des praticiens de premier recours.....	p.49
Faire connaître les compétences des praticiens.....	p.51
Moyens de connaissances des praticiens de premier recours.....	p.52
Le rôle des praticiens.....	p.54
Prise en charge de la pathologie par le gynécologue.....	p.55

Le premier recours.....	p.56
La coordination des soins par le médecin traitant.....	p.58
La relation médecin/patiente, différente en fonction du praticien.....	p.60
Relation de confiance unique avec le médecin traitant.....	p.60
Le médecin traitant, à l'écoute des patientes.....	p.61
Le gynécologue, peu dans le relationnel.....	p.62
Dégradation de la relation médecin-patient.....	p.64
Avec la sage-femme, un temps de discussion.....	p.65
Les conséquences de la désertification médicale.....	p.67
Difficultés d'accès aux soins.....	p.67
Un manque de gynécologues.....	p.68
Augmentation de la distance médecin/patient.....	p.69
Diminution du temps de consultation.....	p.69
Se tourner vers d'autres praticiens que le gynécologue.....	p.70
Le suivi gynécologique par le médecin généraliste.....	p.70
Un rendez-vous dédié.....	p.70
Le médecin traitant, considéré comme un proche, un réel frein.....	p.71
Un côté pratique.....	p.72
Formation spécifique par le médecin généraliste.....	p.72
Les freins au suivi gynécologique.....	p.74
DISCUSSION.....	p.76
Résultats et comparaison aux données de la littérature.....	p.76
Résultats principaux.....	p.76
Résultats secondaires.....	p.80
Forces et limites.....	p.82
Perspectives.....	p.86
CONCLUSION.....	p.88
BIBLIOGRAPHIE.....	p.89
ANNEXES.....	p.92
1 : lettre ouverte explicative.....	p.92
2 : Formulaire de consentement.....	p.93
3 : Fiche identité patiente.....	p.94
4 : Guide d'entretien.....	p.96
5 : Analyse d'un entretien.....	p.98
SERMENT.....	p.113
RÉSUMÉ ET MOTS CLES.....	p.114

INDEX DES FIGURES

Tableau 1 : Évolution démographique des praticiens en gynécologie au cours du temps....	p.21
Tableau 2 : Caractéristiques de la population d'étude.....	p.30
Figure 1 : Les critères de choix de praticien.....	p.43
Figure 2 : Les compétences des différents praticiens.....	p.54
Figure 3 : Le rôle des praticiens.....	p.60
Figure 4 : La relation médecin/patiente, différente en fonction du praticien.....	p.66
Figure 5 : Les conséquences de la désertification médicale.....	p.70
Figure 6 : Le suivi gynécologique par le médecin généraliste.....	p.73
Figure 7 : Les freins au suivi gynécologique.....	p.75

INTRODUCTION

Le Référentiel métiers et compétences des médecins généralistes définit la médecine générale comme « une spécialité clinique caractérisée par son contexte de soins primaires et ses propres fondements scientifiques internationalement reconnus. Elle est habituellement le premier contact avec un médecin dans le système de soins, permettant une accessibilité complète 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 ». (1)

Le médecin généraliste constitue donc le premier contact avec le système de soins. Il a la responsabilité d'assurer des soins continus selon les besoins du patient. En gérant simultanément les pathologies aiguës, chroniques mais aussi les consultations de dépistage et de prévention, il assure une prise en charge globale du patient. (2)

Les compétences et connaissances du médecin généraliste sont larges, diverses, et variées. La gynécologie fait partie de ces spécialités auxquelles il est confronté.

La gynécologie est la science de la femme. Cette spécialité médico-chirurgicale est consacrée à l'appareil génital de la femme. Le gynécologue assure le diagnostic et la prise en charge des maladies de l'appareil génital de la femme et des seins. Le gynécologue-obstétricien est un chirurgien qui traite les maladies gynécologiques et mammaires notamment, les cancers, et prend en charge le suivi des grossesses à risque et des accouchements. (3)

Importance du suivi gynécologique

La consultation gynécologique est au centre de plusieurs enjeux de santé publique : le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus. Ces deux cancers sont la cible d'actions de prévention comme d'autres motifs de consultation gynécologique : la contraception et les infections sexuellement transmissibles (IST).

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent en France et représente la première cause de décès par cancer chez la femme. L'incidence du cancer du sein chez la femme a augmenté entre 1990 et 2023 (+0,9 % par an en moyenne, passant de 72,8 nouveaux cas de cancer du sein pour 100 000 femmes à 99,2).

En revanche, la mortalité a diminué (-1,3 % par an en moyenne, passant de 20,2 décès par cancer du sein pour 100 000 femmes en 1990 à 14,0 en 2018).

En 2023, on compte 61 214 nouveaux cas de cancers du sein. Il a été dénombré 12 146 décès par le cancer du sein en 2018. Le taux de survie à 5 ans est estimé à 88 %. (4)

A ce jour, le cancer du sein peut être découvert à un stade précoce grâce à un dépistage par mammographie. Un programme de dépistage organisé est proposé en France à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans. Celui-ci est proposé tous les 2 ans par la réalisation d'une mammographie. La HAS (Haute Autorité de Santé) rappelle également qu'un examen clinique mammaire annuel doit être réalisé par le médecin traitant ou le gynécologue chez toute femme, qu'elle soit à haut risque ou non, à partir de l'âge de 25 ans. (5) Pourtant, seulement 50,3% des femmes sont dépistées dans le cadre du programme de dépistage organisé en 2018.

Chaque année, près de 3000 femmes développent un cancer du col de l'utérus et 1000 femmes en meurent.

En 2023 on compte 3 159 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus. Il a été dénombré 1 117 décès par le cancer du col en 2018. Le taux de survie à 5 ans est estimé à 63 %. (6)

Le cancer du col de l'utérus est attribuable dans la grande majorité des cas à une infection persistante par un papillomavirus humain (HPV) à haut-risque, infection très fréquente, transmissible par contact sexuel.

Le cancer du col de l'utérus peut être évité grâce à deux interventions complémentaires : la vaccination contre le HPV (prévention primaire) et le dépistage qui permet de détecter des lésions précancéreuses et de les traiter avant qu'elles ne se transforment en cancer (prévention secondaire).

La vaccination est recommandée à partir de l'âge de 11 ans chez les garçons comme chez les filles. La protection contre HPV est de l'ordre de 100% lorsque la vaccination est effectuée avant le début de la vie sexuelle. (7)

Le dépistage par frottis est recommandé à partir de l'âge de 25 ans jusqu'à 65 ans. (8)

En 2020, on dénombre seulement 33% des jeunes filles de 16 ans vaccinées contre le papillomavirus. On compte 58, 8 % des femmes de 25 à 65 ans entre 2018 et 2020 ayant participé au dépistage par frottis.

En dehors des dépistages organisés pour la prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, il n'existe pas vraiment de consensus sur la fréquence du suivi gynécologique dans le cadre de la prévention.

La première consultation gynécologique dans la vie d'une femme est la plupart du temps dédiée à un besoin de moyen de contraception. (9) Un suivi sera nécessaire visant à évaluer l'adéquation de la méthode choisie, son observance, sa tolérance et la satisfaction de la femme.

Selon une étude par revue de la littérature en 2018, les femmes de plus de 15 ans seraient entre 80 et 91% à avoir un suivi gynécologique régulier. (10)

Selon un sondage IFOP pour le Conseil national de l'Ordre des sage-femmes réalisé en 2017 auprès d'un échantillon représentatif de la population française féminine âgée de 15 ans ou plus, il apparaît que 78% des femmes auraient un suivi gynécologique régulier. (11)

Le CNGOF (Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français) rappelle que la consultation en gynécologie ou en obstétrique n'est pas une consultation comme les autres puisqu'elle touche à l'intimité des patientes. (12)

Le praticien, médecin ou sage-femme, conduit la consultation avec bienveillance et respect, en gardant à l'esprit la particularité de cette consultation et les besoins d'écoute et de dialogue. La pudeur a une place fondamentale dans la relation médecin-patient lors d'un examen gynécologique. (13) Le professionnel se doit donc, pour favoriser une relation de confiance, mettre le dialogue, l'information et la prévention au centre de sa consultation.

Cette relation doit être fondée sur le respect mutuel des individus. Ce respect passe par l'attention portée à autrui grâce au regard bienveillant et non jugeant et aussi par la douceur dans la gestuelle.

Comme l'indique la charte de la consultation en gynécologie par le CNGOF, l'examen clinique n'est pas systématique. Par exemple, il n'est pas conseillé lors de la première consultation d'une jeune femme pour contraception, en l'absence de symptômes. L'examen clinique est précédé d'une explication sur ses objectifs et ses modalités.

En France, quatre professions médicales sont impliquées dans la prise en charge de la santé des femmes : les médecins généralistes et les sage-femmes, qui constituent des professionnels dits de « premier recours » dans le système de santé ; les gynécologues médicaux et les gynécologues-obstétriciens, professionnels qui forment la « seconde ligne de recours de soins ».

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, le médecin généraliste déclaré comme médecin « traitant » par l'assuré doit être son premier interlocuteur.

Les consultations de gynécologie et/ou d'obstétrique font cependant l'objet de dispositions particulières. Ces consultations ne sont pas soumises à l'adressage par le médecin traitant : un accès « direct spécifique » est possible.

Dans ces situations, les femmes peuvent s'adresser au gynécologue de leur choix tout en bénéficiant d'un remboursement optimal de leurs soins par leur caisse d'Assurance Maladie et leur complémentaire santé.

L'accès aux sage-femmes relève aussi d'une exception dans le cadre du parcours de soins coordonnés qu'elles aient ou non déclaré un médecin traitant. (14)

Les compétences des praticiens

La gynécologie médicale est une spécialité qui relève de la discipline dite «médicale». Elle prend en charge les différentes questions gynécologiques au cours des grandes étapes de la vie d'une femme (hors accouchement), des premières règles à la ménopause, dans une visée à la fois préventive et curative.

Les actes réalisés par les gynécologues médicaux concernent principalement la contraception, la ménopause et les traitements hormonaux, le dépistage et le traitement des pathologies et des cancers génitaux et mammaires, la prévention et le traitement des IST, la péri-conception, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), l'infertilité et l'aide à la conception (PMA) les douleurs pelviennes et les troubles de la sexualité. (15)

La gynécologie-obstétrique est, sur le plan légal, une spécialité relevant de la discipline dite chirurgicale. Cependant, cette spécialité comprend aussi la réalisation d'activités relevant du domaine de la gynécologie médicale.

La gynécologie-obstétrique constitue donc, sur le plan de la pratique, une discipline à la fois médicale et chirurgicale. Sur le versant médical, les actes réalisés concernent la gynécologie médicale (contraception, ménopause), le diagnostic (échographie, surveillance de grossesses), l'obstétrique (accouchements) et la PMA. Sur le versant chirurgical, les gynécologues-obstétriciens pratiquent des césariennes, des interventions sur des fibromes et des kystes, réalisent des hystérectomies et des mammectomies, etc.

Ainsi, le gynécologue-obstétricien est « à la fois médecin, chirurgien et accoucheur, ce qui lui permet d'assurer, outre ses compétences spécifiques, la prise en charge des femmes à chacune des étapes de leur vie ». (16)

Ces dernières années, la pratique des gynécologues-obstétriciens s'est recentrée sur la réalisation d'actes chirurgicaux spécialisés et/ou le traitement de cancers et de pathologies gynécologiques ciblées. Les gynécologues médicaux ont aussi opté pour une logique de spécialisation, souvent dans le domaine du traitement de l'infertilité, de la PMA ou encore de la cancérologie.

Les médecins généralistes sont des médecins de premier recours dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique. Ils assurent le suivi de la santé de la femme dans sa globalité aux différents âges de la vie, de la naissance à l'âge adulte.

Les missions des médecins généralistes sont définies dans le Code de la Santé Publique, et il est notamment mentionné que le médecin généraliste « contribue à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ». Il « oriente ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social » et « s'assure de la coordination des soins nécessaires à ses patients » et « de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ». Il « contribue aux actions de prévention et de dépistage ». (17)

Ils peuvent ainsi effectuer des suivis gynécologiques de routine, diagnostiquer et traiter des pathologies gynécologiques. Une revue de la littérature, croisant articles scientifiques et thèses sur le sujet, rapporte que 8 à 23 % des suivis gynécologiques des femmes sont assurés par des médecins généralistes. (10)

Les principaux motifs de consultations gynécologiques en médecine générale concernent par ordre d'importance :

- l'initiation/le renouvellement d'une contraception ;
- la prévention du cancer du col de l'utérus ;
- les infections génitales basses et symptomatologies pelviennes ;
- les pathologies mammaires ;
- la gestion d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) ;
- les troubles de la sexualité ;
- les troubles de la fertilité.

Depuis la réforme du 3e cycle de 2017, la maquette de l'internat de médecine générale prévoit une formation théorique et une formation pratique, l'une et l'autre obligatoires, en gynécologie-obstétrique. La maquette d'ensemble du 3e cycle conduisant au DES de médecine générale est organisée autour de 3 années de stage incluant un semestre de santé de la femme.

Les médecins généralistes en activité ont la possibilité de suivre des formations complémentaires diplômantes dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique : diplômes universitaires (DU) ou diplômes interuniversitaires (DIU).

La prise en charge des femmes (suivi gynécologique et obstétrical) est au carrefour des champs de compétences des sage-femmes et des médecins généralistes. On constate un partage de qualification grandissant avec l'évolution constante des compétences de la profession de sage-femmes. Il apparaît ainsi indispensable de définir les rôles de chacun.

Les sage-femmes ont un pouvoir de diagnostic et disposent d'un droit de prescription. Elles exercent une profession médicale à compétences définies. Ainsi, leur champ d'intervention est établi par le Code de la Santé Publique.

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. Les sage-femmes sont autorisées à concourir aux activités de PMA, dans des conditions fixées par décret. (18)

Depuis la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite HPST) de 2009, les sage-femmes se sont vues augmenter leur champ de compétences au-delà de la périnatalité, en accédant au suivi gynécologique de prévention en l'absence de pathologie.

Dans l'exercice de son activité professionnelle, la sage-femme, tient également un rôle élémentaire de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes, par exemple dans le repérage des situations de violences faites aux femmes. Enfin en 2016 la loi de Modernisation de la Santé fût promulguée, leur donnant accès à l'IVG médicamenteuse, dans un cadre bien défini. (19)

Les compétences de ces professionnels sont en partie différentes, et bien des formes de coopération sont possibles, mais il existe aussi des compétences communes qui, de fait, se superposent ; avec des patientes qui tantôt optent alors pour un suivi chez « leur gynécologue », chez « leur médecin traitant » ou chez « leur sage-femme ».

En effet, la situation démographique de chacune de ces professions, leur inégale répartition sur le territoire national ne sont pas pour rien dans les glissements de patientèle que l'on peut observer.

La démographie médicale

4 997 gynécologues-obstétriciens sont en activité en 2021, tous modes d'exercice confondus. Les effectifs ont augmenté entre 2013 et 2018 mais à ce jour stagnent puisqu'en 2013 on comptait 4 253 gynécologues-obstétriciens et 2018 on en comptait 5 030.

La profession s'est grandement féminisée, à l'instar de la majeure partie des professions médicales. Les femmes comptaient pour 43,8 % des effectifs en 2014 alors qu'elles comptaient pour 58,7 % des effectifs en 2021. La majeure partie des hommes exerçant est âgée de 60 à 64 ans alors que la majeure partie des femmes est âgée de 30 à 34 ans.

En 2021, les praticiens qui exercent exclusivement en libéral représentent 35 % de la profession et ceux qui sont salariés représentent 45 % de la profession. La pratique mixte rassemble 20 % des effectifs. De fait, la profession tend vers le salariat.

Par ailleurs, il en résulte des grands écarts inter-régions et, en leur sein, inter-départements. Par exemple, au sein de la région Nouvelle Aquitaine, on dénombre une densité de 4,3 gynécologues-obstétricaux pour 100 000 habitants en Charente contre une densité de 9,1 en Gironde, soit plus du double. (20)

Signalons enfin que ces difficultés d'accès se doublent de possibles obstacles financiers. En effet, 69 % des gynécologues-obstétriciens sont conventionnés en secteur 2, avec des honoraires libres. (21)

Les gynécologues médicaux sont en 2021 au nombre de 891, soit environ cinq fois moins que les gynécologues-obstétriciens. Ils étaient 3 600 en 2013, c'est dire l'importante décre de ces dernières années. 47 % d'entre eux exercent exclusivement en libéral, 33 % en salariat et 20 % en activité mixte. La profession est désormais affaire de femmes étant donné qu'elles représentent 95 % des gynécologues médicaux en 2021.

Du fait de l'interruption de la formation des gynécologues médicaux entre 1984 et 2003, il existe un écart assez considérable entre les professionnels. 50% d'entre eux ont plus de 60 ans et 25 % d'entre eux ont moins de 35 ans, il y a un creux manifeste chez ceux qui ont entre 45 et 60 ans qui ne représentent que 6 % de la profession.

Encore une fois, il existe de grandes disparités entre les départements, par exemple au sein de la Nouvelle Aquitaine : la Gironde comptait en 2021 une densité de 4,2 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants, alors que la Charente n'en comptait que 1,7. (22)

De fait, plus encore que pour les gynécologues-obstétriciens, les gynécologues médicaux sont implantés dans les grands centres urbains. Des écarts existent aussi selon leur mode de conventionnement. Quelque 41 % d'entre eux sont en secteur 2 et le taux moyen de leur dépassement est alors le plus fort de tous les médecins spécialistes. (21)

En 2021, en France, on dénombre 94 538 médecins généralistes. Depuis une quinzaine d'années, leurs effectifs ont eu tendance à diminuer : ils étaient 103 020 en 2005, et 98 052 en 2018. (23) Cet effectif devrait poursuivre cette tendance avec un effectif attendu en 2025 à 82 018 médecins généralistes. (24)

La profession se féminise à grands pas, sans exception quel que soit leur statut : 46,5 % des médecins généralistes sont des femmes. Le salariat remporte leurs suffrages. Hommes et femmes confondus, ils ne sont pas moins d'un tiers à avoir un statut exclusif de salarié (33,5 %). A priori cette tendance va aller en s'accroissant : davantage de salariat avec un rajeunissement des effectifs et une féminisation de la profession. (25)

L'inégale implantation des cabinets libéraux, met en évidence des territoires très prisés : façade atlantique, pourtour méditerranéen, Nord-Est de la France et à d'autres, fort peu courus : dans le centre de l'Hexagone notamment. Pour autant, la variabilité de l'accessibilité aux médecins généralistes est bien plus fonction des écarts entre le type de commune que de région, les pôles urbains étant bien mieux lotis que des communes isolées. (26)

Les cadres de travail évoluent aussi, notamment avec l'expansion des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Plus largement, l'exercice en cabinet de groupe est très prisé par les plus jeunes : deux tiers des moins de 40 ans exercent sous cette forme contre moins de la moitié de leurs confrères de 60 ans et plus. (27)

Les sage-femmes se révèlent intéressées par ce nouveau cadre de travail où elles vont alors côtoyer nécessairement des médecins généralistes.

En 2021, les sage-femmes, tous modes d'exercices confondus, sont au nombre de 23 397. Le métier est féminin à 97,3 %. L'âge moyen est de 41,3 ans (contre 49,3 ans pour les médecins). Ce qu'il convient de souligner d'emblée, c'est la forte augmentation globale des effectifs depuis le milieu des années 1980. À la relative stabilité de la natalité depuis 20 ans correspond en effet une augmentation assez impressionnante du nombre de sage-femmes.

Les gains des dernières années ont profité nettement au secteur libéral, qui en 2021 ne représente pas moins de 23,3 % de l'ensemble des sage-femmes, auquel il convient de rajouter les 10,5 % d'entre elles qui concilient statut salarié et travail en libéral. (23)

Les sage-femmes salariées des maternités ont vu dans le même temps leurs effectifs s'effriter, surtout entre 2014 (68,8 %) et 2021 (58,5 %).

Dans tous les cas, ce qu'il convient de souligner, c'est la poursuite prévisible d'un essor démographique sans équivalent dans les autres professions médicales. De 23 400 sage-femmes en 2021, on passerait à 26 200 en 2030.

Contrairement aux médecins, il existe un zonage géographique déterminé par les agences régionales de santé (ARS) et des limitations dans la possibilité d'installer son cabinet à tel ou tel endroit, en fonction de l'offre déjà existante. Si les ARS apportent une aide financière pour

le démarrage de l'activité en zones dites « sous-dotées », ces zones se révèlent souvent pauvres en services publics, en écoles et manquent d'opportunités d'emplois pour le conjoint. Nous retrouvons donc sensiblement les mêmes zones peu dotées en sage-femmes qu'en médecins généralistes et spécialistes.

Évolution démographique des praticiens en gynécologie au cours du temps

	Gynécologues obstétricaux	Gynécologues médicaux	Médecins généralistes	Sages femmes
Effectifs en 2021	4 997	891	94 538	23 397
Effectifs en 2018	5 030		98 052	
Effectifs en 2013	4 253	3 600		
Effectifs prévisionnels			82 018 en 2025	26 200 en 2030
Proportion de femmes	58,7 %	95 %	46,5 %	97,3 %
Proportion en libéral	35 %	47 %		23,3 %
Proportion en salarial	45 %	33 %	33,5 %	58,5 %
Proportion en activité mixte	20 %	20 %		10,5 %

Cet extrait d'article du "quotidien du médecin" illustre très bien le contexte actuel et les problématiques qui en découlent :

« À la suite d'une enquête publiée dans « le Monde » du 28 décembre 2018, qui pointait à la fois la pénurie de gynécologues médicaux et le poids des dépassements d'honoraires dans cette spécialité, médecins généralistes et sage-femmes ont mis en avant leur rôle central de premier recours dans la prise en charge de la santé des femmes. MG France précise que près de 90 % des médecins généralistes assurent tout ou partie du suivi gynécologique de leurs patientes et sont très attachés à ce volet de leur activité. Le syndicat ajoute que « 95 % des médecins généralistes exercent sans pratiquer de dépassements d'honoraires ».

Les sage-femmes libérales sont également montées au front pour défendre leur périmètre d'activité. « Combien de femmes savent que les sage-femmes sont des professionnelles de santé compétentes prenant en charge le suivi de grossesse, mais aussi le suivi gynécologique

et la contraception ? », se demande ainsi l'Association nationale des sage-femmes libérales (ANSFL). Cette approche interprofessionnelle fait écho à celle du Syndicat des internes en médecine générale (ISNAR-IMG) et de l'Association nationale des étudiants sage-femmes, qui appellent à une articulation de la prise en charge des femmes entre les professionnels de premier recours – sage-femmes et généralistes – et ceux de second recours, les gynécologues médicaux. « *Malgré une pluralité de professionnels compétents dans le suivi des femmes, trop peu d'entre elles bénéficient d'une prise en charge régulière et d'une information éclairée (...) au-delà des éternels clichés se rattachant à ces professions* », regrettent les deux structures. (28)

Problématique

Dans ce contexte d'inégalité d'accessibilité aux soins, de diminution d'effectifs de gynécologues médicaux et de médecins généralistes contre une augmentation des effectifs de sage femmes et ce contexte d'évolution des pratiques avec un élargissement des compétences des sages femmes, ont émergé plusieurs questionnements.

Où se situent les femmes dans tous ces bouleversements ? Ont-elles le choix du praticien pour une consultation de gynécologie ? Ont-elles même connaissance de la possibilité de consulter ces différents praticiens ? Ont-elles des préférences ? Quelles sont leurs représentations de ces différents praticiens ?

En effet, de nombreuses études se sont intéressées au point de vue des médecins généralistes en lien avec leur pratique de consultation gynécologique : l'état des lieux de leur pratique (10), (29), leur vécu (30), (31), leurs motivations (32) et les freins ressentis (33), (34), (35).

D'autres études se sont intéressées au point de vue des patientes de manière quantitative : leurs connaissances sur les compétences gynécologiques des médecins généralistes (36), la place qu'elles accordent au médecin généraliste concernant leur suivi gynécologique (37) (38), les facteurs déterminants leur choix entre médecin généraliste et gynécologue pour une consultation de gynécologie (39), les critères de choix du praticien pour un leur suivi gynécologique (40).

En revanche, seulement quelques études se sont penchées sur l'avis des femmes en les questionnant oralement afin de faire une analyse qualitative. Ces études se sont focalisées sur : les freins et facteurs facilitant la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste (41), (42), les facteurs influençant les femmes à consulter le médecin généraliste

pour une consultation de gynécologie (43), (44) la perception des patientes sur la pratique gynécologique dans le cadre de leur suivi par le médecin généraliste (45).

La consultation gynécologique peut être dans le cadre d'un suivi gynécologique mais aussi dans le cadre d'un motif de consultation aiguë. Or, dans les études citées, on s'intéresse uniquement à la consultation de suivi. De plus, plusieurs années se sont écoulées depuis les dernières études sur le sujet, le déficit en médecins a continué à se creuser, surtout dans un département comme la Charente, où les communes isolées sont nombreuses. Aucune étude sur le sujet n'avait précédemment été réalisée en Charente.

C'est pourquoi, nous avons décidé d'étudier la perception des patientes, plus précisément les déterminants influençant leur choix de praticien pour une consultation gynécologique (de suivi et d'aigu) qui peuvent être : médecins généralistes (traitant ou non), gynécologues (médicaux ou obstétriciens) mais aussi les sages femmes, dans le département de la Charente.

Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de déterminer les facteurs influençant les femmes dans leur choix de praticien pour une consultation de gynécologie.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient de déterminer l'influence de la désertification médicale dans leur choix de praticien et la place qu'elles accordent à leur médecin traitant dans leur prise en charge gynécologique.

METHODOLOGIE

Type d'étude

Pour étudier un phénomène comme les raisons du choix de praticien pour une consultation de gynécologie, le choix d'une méthode qualitative a émergé naturellement. La recherche qualitative issue des sciences humaines et sociales a pour objectif d'étudier les représentations et les comportements.

L'étude qualitative m'a permis d'aborder le sujet sans a priori, d'obtenir des réponses concrètes et donc de comprendre le phénomène étudié.

Je me suis inspirée de l'approche par théorisation ancrée qui se fonde sur l'analyse de phénomènes sociaux dans une population identifiée comme capable d'apporter une information pertinente à la question de recherche, autour d'un objet de recherche précis.

Population de l'étude

Le nombre de participantes ne pouvait être déterminé à l'avance.

Les critères d'inclusions étaient les suivants :

-Être une femme

-Avoir entre 18 et 75 ans

La limite des 18 ans a été retenue pour des raisons de législation. J'ai choisi de ne pas recruter les femmes au-delà de 75 ans étant donné que c'est la limite d'âge maximum recommandée pour le dépistage du cancer du sein.

Les caractéristiques de la population importaient peu initialement. L'échantillonnage s'est défini au fur et à mesure que s'est construite la théorie. Le besoin de nouvelles données pour la compléter entraînait le recrutement spécifique de participantes considérées comme susceptibles de fournir des données.

Les caractéristiques des patientes se révélant au fur et à mesure des entretiens afin de réaliser l'échantillonnage pertinent sont les suivantes :

- La représentation de tranches d'âges différentes chez les patientes ;
- La représentation des différents lieux de résidence des patientes : urbain, semi-rural, et rural ;
- La représentation de différents niveaux socio-culturels chez les patientes ;
- La fréquence du suivi gynécologique chez les patientes ;

- L'existence d'antécédents gynécologiques chez les patientes, la prise ou non de contraception ;
- La représentation des deux sexes chez les médecins généralistes des patientes ;
- La représentation de tranches d'âges différentes chez les médecins généralistes des patientes et le nombre d'années de suivi par celui-ci ;
- La représentation des différents types de praticiens, défini comme référent pour le suivi gynécologique.

La représentativité statistique de l'échantillon n'était pas recherchée.

Le nombre de patientes à interviewer n'était pas défini au préalable. Il fut atteint lorsque je suis arrivée à une saturation de données, c'est-à-dire, après un entretien sans nouveau phénomène rapporté.

Recrutement

Le recrutement s'est déroulé du 14/03/23 au 12/05/23 dans le département de la Charente, de manière multicentrique, c'est-à-dire dans plusieurs cabinets de médecine générale.

Le recrutement a été effectué dans des cabinets de médecins généralistes : à Châteauneuf, Rouillac, Mérignac, l'Isle d'Espagnac et Montbron. 12 médecins et 2 infirmières azalée ont distribué ma lettre explicative au sein de ses 4 premières maisons médicales. Pour le cabinet médical de Montbron, il a été décidé de procéder différemment, c'est la secrétaire médicale qui a distribué les lettres explicatives pour raison de surcharge de travail des médecins du cabinet.

Au total, environ 150 lettres ont été distribuées sur cette période.

J'ai pris la décision de rédiger une lettre de présentation aux participantes (*annexe 1*) afin de leur laisser le temps de la réflexion sur leur décision de participation et sur le sujet évoqué. Je suis restée très vague dans les explications. J'ai simplement évoqué le thème abordé et le déroulé de l'entretien afin de ne pas influencer leurs réponses et d'éviter qu'elles ne se renseignent sur la question et donc d'avoir des réponses toutes prêtes à la place de leur ressenti réel. Avec la lettre explicative se trouvait le formulaire de consentement écrit (*annexe 2*).

Elles étaient invitées à me contacter par mail ou à se manifester auprès de la secrétaire du cabinet. 9 patientes m'ont contactées par mail.

Elles étaient invitées à répondre à un questionnaire en ligne (*annexe 3*) afin de définir certaines caractéristiques qui pourraient influencer l'échantillonnage. 6 d'entre elles ont réellement été interviewées pour raison d'échantillonnage.

Certains médecins, infirmières et secrétaires ont pris le temps de noter les coordonnées des patientes qui semblaient intéressées, ce qui m'a permis de recruter davantage de patientes. Je les ai contactées par mail ou par téléphone afin de recueillir les caractéristiques définies précédemment. 3 patientes parmi celles qui avaient donné leur accord ont été sélectionnées.

Après 9 entretiens, il émanait que je n'avais pas recruté de patiente de moins de 25 ans. Il y a donc eu une deuxième session de recrutements auprès de deux sage femmes libérales, une à Saintes et une à Rouillac et auprès d'une médecin remplaçante de Montbron du 15/09/23 au 27/10/23.

Cela m'a donc permis de faire 1 entretien supplémentaire d'une patiente de 19 ans recrutée par la sage-femme de Rouillac et d'arriver à saturation des données.

J'ai réalisé un 11ème et dernier entretien auprès d'une patiente suivie en gynécologie par un autre médecin généraliste que son médecin traitant (la médecin remplaçante de Montbron), dernier profil qu'il me manquait. Cela a confirmé la saturation de données.

Recueil de données

J'ai décidé de réaliser des entretiens individuels au vu du sujet intime abordé afin de ne pas induire une omission de données en lien avec la pudeur à évoquer certaines situations.

J'ai rédigé un guide d'entretien (*annexe 4*) afin de m'apporter un support écrit, et ainsi pouvoir amorcer des questions de relance lorsque cela était nécessaire. Cela correspondait donc à des entretiens semi-dirigés que j'ai conduit moi-même.

Je me suis exercée à diriger cet entretien auprès de 3 personnes : ma sœur, ma belle-mère et une amie, ce qui m'a amenée à modifier celui-ci.

Durant les entretiens, nous avons abordé les sujets suivants:

- un témoignage d'une prise de rendez-vous pour une consultation de gynécologie, suivi du ressenti de la consultation ;
- le choix du praticien pour une consultation, et les déterminants de ce choix qu'il s'agisse d'une consultation pour le suivi gynécologique ou pour un motif aigu ;
- les connaissances des patientes sur les compétences des différents praticiens ;
- la place que les patientes attribuent à leur médecin traitant dans leur prise en charge gynécologique ;

- un témoignage d'une prise en charge gynécologique ressentie comme idéale.

Les entretiens se sont déroulés dans le cabinet médical où la patiente avait reçu la lettre explicative, au calme, dans un bureau médical.

Ils ont été enregistrés avec l'application dictaphone sur mon portable et sur mon ordinateur, anonymisés et retranscrits intégralement sur un logiciel de traitement de texte. Je laissais le dictaphone ouvert jusqu'à la fin de l'entrevue car l'entretien laissait bien souvent place à des questionnements et une discussion sur le sujet.

L'entrevue durait en moyenne 30 minutes, avec 20 minutes d'entretien suivi de 10 minutes de discussion.

Lors de chaque entretien, pour chaque réponse, j'essayais de laisser parler les patientes, sans les couper et en leur laissant tout le temps nécessaire de répondre. J'ai autant que possible utilisé des techniques de relances, d'écholalie, de reformulation et de clarification. J'ai essayé de maintenir une attitude de neutralité bienveillante afin de ne pas influencer leurs réponses.

Analyse des données

L'analyse des données a démarré par la retranscription des entretiens sur traitement de texte (verbatim).

A partir de ce verbatim, j'ai réalisé un étiquetage d'abord thématique puis expérientiel. De ces étiquettes se sont dégagées différentes propriétés que j'ai pu classer par la suite en catégories. J'ai réalisé cela sous forme de tableau (*annexe 5*).

Sources de recherches et d'informations

Dans le but de connaître les diverses publications déjà parues sur le sujet, j'ai utilisé différentes sources d'informations :

- Les bases de données bibliographiques comme SUDOC, DUMAS, CisMef et LiSSa ;
- Internet avec le moteur de recherche google pour accéder aux sites officiels : de la HAS, du CNGOF, du CNGE, de Santé Publique France, du CNOM, d'AMELI et de Légifrance ;
- Zotero : logiciel permettant de centraliser toutes les références bibliographiques.

Aspects éthiques et réglementaires

Chacune des participantes a donné son consentement éclairé pour participer à l'étude. Les patientes ont signé un consentement écrit pour l'autorisation à l'enregistrement de l'entretien (*annexe 2*).

Les entretiens ont été anonymisés. Lors de la retranscription à l'écrit en verbatim, tous les noms propres ont été supprimés.

RÉSULTATS

Description de la population d'étude

Au sein de la population de l'échantillon, différentes classes socio-professionnelles et niveaux d'études sont représentés : de sans profession à gérante de société et du CAP au master. Tous les statuts maritaux sont représentés. Différents milieux de vie sont représentés : du village avec moins de 2500 habitants à la grande ville avec plus de 25000 habitants.

L'âge moyen est de 43,5 ans, la patiente la plus jeune étant âgée de 19 ans et la plus âgée de 63 ans.

La fréquence des consultations gynécologiques est différente en fonction des patientes : de plus d'une fois par an à moins de tous les 5 ans. Chacune est marquée par un passé gynécologique avec des antécédents plus ou moins impactant dans leur quotidien : de la grossesse physiologique au cancer du sein. Certaines n'ont pas de moyens de contraception, d'autres ont fait le choix de la pilule, du stérilet ou bien de la ligature de trompes.

Différentes caractéristiques de leur médecin sont représentées : leur âge qui varie entre 30 ans et plus de 60 ans, leur sexe, le nombre d'années de suivi allant de moins de 5 ans jusqu'à 10 ans et la distance domicile-cabinet du médecin traitant allant de moins de 5 kilomètres jusqu'à 20 kilomètres.

Enfin, tous les praticiens ayant la possibilité de réaliser un suivi gynécologique sont représentés en tant que praticien référent : le gynécologue, la sage-femme, le médecin traitant et le médecin généraliste autre que le médecin traitant.

Caractéristiques de la population d'étude

Entretien	Age	Profession	Niveau d'études	Statut marital	Milieu de vie	Fréquence des consultations gynécologiques	Antécédents gynécologiques	Moyen de contraception	Age du médecin traitant	Sexe du médecin traitant	Ancienneté du suivi par le médecin traitant	Distance domicile-médecin traitant	Praticien référent
E1	55 ans	Invalidité	CAP	Divorcée	Petite ville entre 2500 et 25000 habitants	Entre 1 fois par an et tous les 2 ans	3 grossesses, 2 avortements, 3 ligatures de trompes, cancer du sein	Non	Entre 30 et 40 ans	femme	Moins de 5 ans	Entre 10 et 20 km	Un gynécologue
E2	45 ans	Professeur des écoles	Master (bac +5)	Pacsée	Petite ville entre 2500 et 25000 habitants	Entre 1 fois par an et tous les 2 ans	2 grossesses et un cancer du sein	Non	Entre 30 et 40 ans	femme	Moins de 5 ans	Moins de 5 km	Un gynécologue
E3	27 ans	Aide-soignante	Baccalauréat	Concubinage	Grande ville > 25000 habitants	Plus d'1 fois par an	2 fausses couches tardives et 2 fausses couches précoces	Pilule	Entre 30 et 40 ans	homme	Moins de 5 ans	Entre 5 et 10 km	Un gynécologue
E4	35 ans	Sans profession	Baccalauréat	Concubinage	Village < 2500 habitants	Entre tous les 2 ans et tous les 5 ans	2 grossesses, 1 fausse couche, 1 ivg.	Non	Plus de 60 ans	homme	Moins de 5 ans	Moins de 5 km	Autre (aucun actuellement)
E5	53 ans	Gérante de société	Master (bac +5)	Divorcée	Petite ville entre 2500 et 25000 habitants	Entre 1 fois par an et tous les 2 ans	2 grossesses	Autre (essure)	Entre 40 et 50 ans	femme	Moins de 5 ans	Moins de 5 km	Mon médecin traitant
E6	56 ans	Assistante administrative	BTS ou DUT (bac +2)	Divorcée	Petite ville entre 2500 et 25000 habitants	Entre 1 fois par an et tous les 2 ans	3 grossesses	Non	Entre 40 et 50 ans	femme	Entre 5 et 10 ans	Moins de 5 km	Un gynécologue

E7	42 ans	Secrétaire de mairie	BTS ou DUT (bac +2)	Mariée	Village < 2500 habitants	Entre 1 fois par an et tous les 2 ans	2 grossesses	Pilule	Plus de 60 ans	homme	Entre 5 et 10 ans	Moins de 5 km	Un gynécologue
E8	27 ans	Auxiliaire de puériculture	Baccalauréat	Pacsée	Village < 2500 habitants	Entre 1 fois par an et tous les 2 ans	1 grossesse	Stérilet	Entre 30 et 40 ans	homme	Moins de 5 ans	Entre 10 et 20 km	Une sage-femme
E9	63 ans	Retraitée	CAP	Mariée	Village < 2500 habitants	Moins de tous les 5 ans	3 grossesses par césarienne. ablation de plusieurs nodules et d'un fibrome.	Non	Entre 30 et 40 ans	homme	Moins de 5 ans	Moins de 5 km	Autre (aucun actuellement)
E10	19 ans	Apprentie en BTS gestion de la pme	Baccalauréat	Concubinage	Grande ville > 25000 habitants	Entre 1 fois par an et tous les 2 ans	Infections urinaires à répétition	Pilule	Entre 40 et 50 ans	femme	Entre 5 et 10 ans	Plus de 20 km	Une sage-femme
E11	57 ans	Secrétaire administrative	BTS ou DUT (bac +2)	Mariée	Village < 2500 habitants	Entre tous les 2 ans et tous les 5 ans	cystites, IVG	Non	Entre 30 et 40 ans	homme	Moins de 5 ans	Entre 5 et 10 km	Un autre médecin généraliste

Être acteur de sa santé

Les femmes sont soucieuses de leur état de santé et jugent important leur suivi gynécologique. Elles sont nombreuses à faire le choix de la prévention par un suivi gynécologique régulier : *“j’essaie de me faire suivre au moins tous les ans normalement et là ça faisait 2 ans. Minimum tous les 2 ans. C’est pas un besoin avec mon âge mais on va éviter d’avoir un problème pour y aller”* (E5), notamment avec les dépistages des cancers gynécologiques : *“je vais pas dire qu’il faut que ça soit obligatoire, mais y’a beaucoup de choses qu’on voit à la télé : le dépistage pour le cancer du sein, le frottis et comme on le voit plus souvent bah on y pense”* (E9).

Elles sont organisées dans la prise de rendez-vous : *“je prends mon rendez-vous par téléphone pour la mammographie et dans la foulée je prends le rendez-vous avec la gynécologue”* (E1) et sont nombreuses à trouver la prise de rendez-vous par internet notamment par Doctolib facilitante : *“Alors je suis passé par Doctolib comme ça je choisis la date que je veux, c’est plus simple je trouve que d’avoir une secrétaire. Moi je choisis mon créneau, c’est vrai que quand on travaille forcément, si la secrétaire nous propose un horaire pas possible, donc je trouve ça bien commode. (E7)”*

Elles sont actrices dans leur parcours de soins et souhaitent choisir leur praticien.

Le choix du spécialiste absolument

Certaines femmes font le choix de consulter un spécialiste. Mais est-ce vraiment un choix ? La plupart des femmes qui consultent un spécialiste, le font plutôt par automatisme ou par habitude : *“c’est un peu comme les lunettes, je vois ma gynéco tous les ans”* (E1) ;

“Moi j’ai tout le temps été voir un praticien, voilà un ophtalmo pour un problème des yeux, donc je ne me suis jamais posée la question. Pour moi un généraliste fait de la médecine générale et ne fait pas de consultation gynéco, c’est un gynéco qui doit le faire.” (E2).

Cet automatisme est bien souvent transmis par la mère de chacune d’entre elles. Leur mère représentant, en période d’adolescence, la première personne vers qui elles se tournent au début de la vie sexuelle ou bien en cas de problème gynécologique :

“J’ai toujours eu une gynéco ou un gynéco. C’est ma maman qui m’y a emmené une première fois, je devais avoir 16 ans car j’avais des douleurs au moment des règles.” (E2) ;

“bah parce que j’avais eu des rapports sexuels et qu’il fallait un suivi tous les ans, c’était la gynécologue de ma mère” (E10) ;

“Il faudrait faire tous les combien en fait ? Parce que ma mère elle m’envoyait tous les ans à l’époque.” (E4).

Il est vrai que ce sont surtout les patientes les plus âgées (plus de 45 ans) que j'ai interviewées qui ont cet automatisme de consulter un spécialiste. Elles en sont conscientes et expliquent que c'est une question de génération : *“ça dépend des générations, nous c'était vraiment hyper cloisonné. Il y avait le médecin généraliste : le médecin de famille et le gynécologue. C'était chacun son rayon quoi, à l'époque”* (E5).

Elles expliquent que le gynécologue est le médecin référent pour tout problème lié à la femme : *“si je sais que le problème c'est gynéco, je vais directement appeler un gynéco, je ne vais pas passer par mon généraliste”* (E4) ;

“c'est chacun sa partie” (E4) ;

“bah le gynécologue, il traite que les problèmes gynécologiques quoi !” (E11).

Pour elles, le gynécologue est également le référent dans le cadre de la prévention et du dépistage gynécologique : *“enfin quoique moi j'étais suivie par une gynéco mais je n'avais pas de souci”* (E11), mais également le référent en cas d'urgence gynécologique : *“je l'ai toujours fait, quand j'ai fait des cystites, quand j'avais des douleurs aux ovaires et qu'on m'a changé de pilule, c'était une gynéco”* (E2) ;

“par exemple pour un motif de saignements je vais directement appeler les urgences gynécologiques et c'est eux qui vont me conseiller” (E3).

Certaines considèrent même que ça serait une perte de temps de faire appel à leur médecin généraliste en cas d'urgence gynécologique : *“bah par exemple je vais directement aller voir une gynéco, je perdrais moins mon temps”* (E10) ;

“si c'est dans l'urgence et tout y'a pas de soucis, je le ferai parce que j'ai un bon rapport avec mon médecin traitant. Mais après je sais pas, c'est comme une perte de temps. Parce que je sais qu'il va me dire d'aller chez le gynéco de toute façon, donc autant que moi-même je prenne les devants” (E4).

Pour ces patientes, le gynécologue est également le praticien à consulter pour un suivi de grossesse : *“j'ai eu un premier gynécologue pour ma première grossesse sur l'hôpital et après il est parti en retraite et heureusement sur la clinique j'ai réussi à trouver quelqu'un qui m'a pris en charge pour ma seconde grossesse et sur le plan gynécologique aussi bien sûr.”* (E7).

Elles expliquent que le gynécologue est un médecin à qui l'on peut évoquer ses problèmes intimes, liés à la sexualité, chose qu'elles ne se sentent pas à l'aise de faire avec leur médecin traitant : *“Mais mon gynéco c'est particulier parce que bah on peut parler tout, des trucs intimes, c'est son métier, si je lui dis j'ai mal là, j'ai mal pendant mes rapports, ce genre de truc, je me vois pas déballer ça à mon médecin traitant”* (E4). Il leur paraît important de voir un spécialiste pour la gestion de problématiques du domaine de l'intime : *“mais je trouve que là c'est vraiment plus intime, et c'est vraiment plus bah comme ophtalmo, j'irai pas forcément*

voir mon médecin généraliste pour lui demander de regarder les yeux ou les oreilles. Et là ça semble plus important d'avoir quelqu'un qui est vraiment spécialisé" (E5).

Elles se sentent plus rassurées d'avoir pour leur suivi, un praticien référent qui est gynécologue : *"après moi j'ai un HPV donc je veux vraiment que ce soit un suivi avec elle (sa gynécologue), ça me rassure, c'est peut être idiot !"* (E6) ;

"ça me rassure quand même que ce soit elle qui me fasse le frottis qui me le commente après" (E6).

Ces patientes admettent que les longs délais de rendez-vous ne sont pas un frein à la consultation avec leur gynécologue : *"vu que c'est une fois par an, si on me dit : rendez-vous dans 3 mois, c'est pas grave, enfin tant qu'il n'y a pas urgence"* (E10). Certaines d'entre elles ont la chance d'avoir un gynécologue qui reçoit rapidement en cas d'urgence : *"par exemple moi je vais la voir 2 fois par an, quand tout va bien mais si y'a urgence entre-temps je vais la voir plus souvent"* (E3), mais d'autres n'ont pas cette chance ou du moins, ignorent si elles ont la possibilité de consulter leur gynécologue en urgence : *"donc je pense que les rendez-vous sont assez long. Il faudrait que j'essaie, après peut-être qu'en cas d'urgence, elle pourrait me recevoir rapidement"* (E6).

De même, la distance à parcourir pour consulter leur gynécologue ne semble pas un obstacle : *"c'est vrai qu'on est un petit peu loin de tout ici, c'est comme ça, on sait que les spécialistes sont dans les grandes villes !"* (E6).

Ces patientes qui préfèrent consulter leur gynécologue, par automatisme, quelques en soient les contraintes, n'auraient jamais pensé à solliciter leur médecin généraliste, ne serait-ce que pour un avis en cas d'urgence : *"je n'ai jamais pensé voir avec le médecin traitant, c'est un truc qui ne m'a jamais traversé l'esprit"* (E1) ;

"j'avais même pas l'idée d'appeler mon généraliste." (E2) ;

ou bien pour un suivi gynécologique classique : *"j'ai demandé au généraliste parce que entre guillemets j'avais plus le choix : "vers qui vous pouvez m'envoyer ?", quand elle m'a dit "je le fais aussi", mais sinon jamais j'aurais pas pensé bêtement qu'elle pouvait faire les deux quoi (médecine générale et suivi gynécologique), c'est peut être idiot mais je ne savais pas."* (E5).

D'autres patientes imaginent le fait de faire appel à leur médecin traitant en second choix en cas d'indisponibilité du gynécologue : *"oui si j'arrive pas à avoir ma gynéco. Ça serait quand même ma préférence, elle me connaît par rapport à mon problème."* (E6), ou bien en praticien référent pour le suivi classique : *"j'aurai pas de soucis, oui ce serait un suivi classique tous les 2-3 ans, je pense que je viendrais voir mon médecin traitant"* (E6) ;

“je l’ai en médecin traitant et depuis deux ans je l’ai en gynécologue parce que ma gynécologue a fermé” (E5).

ou alors, vraiment en dernier recours : *“après si je suis sûre du problème et que j’ai besoin d’un gynéco, je vais tout tenter pour essayer d’en voir un avant de venir le voir (le médecin traitant).” (E4) ;*

“de toute façon si je n’en trouve pas, je serai bien obligée de faire comme ça, car aujourd’hui c’est très très dur d’avoir un gynécologue et bah je passerai par mon médecin traitant et puis voilà” (E1).

Finalement, ces patientes ne préfèrent-elles pas consulter un spécialiste, tout simplement parce qu’elles ne connaissent pas les compétences des autres praticiens ? :

“je ne dis pas que mon médecin n’est pas compétent mais ça reste quand même une spécialité” (E6) ;

“mais je me dis que s’il y a des spécialistes donc pourquoi il y aurait des spécialistes si le médecin généraliste faisait tout ! ils ne peuvent pas tout connaître, c’est tellement vaste ! ” (E6);

“Oui c’est que j’aurais peur de lui parler de quelque chose et qu’il me regarde (l’air interrogateur)” (E8) ;

“bah c’est quand même une spécialité donc je pense que le médecin généraliste heu ... quoi je viens d’apprendre que mon médecin généraliste faisait aussi des suivis gynécologiques, ce que je ne savais pas. Donc effectivement peut-être heu ...” (E6).

Les critères de choix de praticiens

Nous avons vu précédemment que certaines femmes souhaitent absolument être suivies par un gynécologue. En revanche, d’autres femmes ont d’autres critères de choix que le seul fait que le praticien soit gynécologue.

- **La relation avec le praticien**

Ce qui paraît très important aux yeux des femmes, c’est la qualité de la relation avec le praticien. Elles expriment le fait qu’un temps suffisant dédié à la consultation est important pour elles afin d’avoir le temps d’un échange avec le praticien et pas seulement la réalisation de l’examen clinique et l’élaboration des ordonnances : *“là on peut parler, elle prend le temps, elle est à l’écoute. Elle prend le temps et j’avoue que je ne changerai pas de médecin !” (E1)* ;

“Il est important de libérer du temps. Autrefois, les médecins se déplaçaient à domicile, les médecins prenaient 20 minutes avec chaque patient, maintenant c’est 10 minutes. Et je trouve dommage d’abandonner l’aspect humain qui est tellement important quand on est face à un patient.” (E2) ;

“À l’aise oui, elle explique vraiment tout, elle prend le temps même s’il y a du retard ou quoi elle prend vraiment le temps avec ses patientes” (E8).

Il est nécessaire pour les patientes de se sentir à l’aise : *“ça se déroule toujours bien, parce que elle est douce, elle nous met à l’aise déjà” (E3) ;*

“il faut que je sois à l’aise quoi “ (E4).

Pour cela, une relation de communication de qualité est appréciable : *“elle discute bien, elle est ouverte, elle est douce, du coup moi je n’ai pas de problème là-dessus” (E3) ;*

“je la trouve très sympathique et j’aime beaucoup, elle explique bien. Elle est très abordable.” (E6) ;

“ça s’est bien, enfin voilà l’échange s’est très bien passé” (E11) ;

“moi le ressenti est bon, je sais que la prochaine fois je vais y retourner” (E10).

Elles considèrent important le rôle de délivrance d’informations par le praticien : *“elle m’a expliqué que le frottis avait changé, qu’on le faisait moins souvent et que plus de choses étaient dépistées dans le frottis. Que c’était plus poussé, elle m’a expliqué tout ça.” (E2) ;*

“Et puis donc le docteur a pris la suite et a été très présente pour moi, pour toutes les questions que j’avais où les cancéros n’ont pas forcément le temps d’y répondre parce qu’on ne les voit pas forcément tout le temps.” (E2) ;

“oh bah très bien, il n’y a pas eu grand-chose, j’ai appris que les frottis c’était que à partir de 25 ans” (E10).

Elles trouvent important le fait qu’on les informe des gestes pratiqués au moment de l’examen clinique : *“quand le Docteur me reçoit, elle m’explique, après je me déshabille, je me pèse, je m’installe et après elle explique en même temps de faire l’acte qu’elle fait, et ça c’est important je trouve car au moins on n’est pas pris au dépourvu” (E1) ;*

“c’est super important je trouve parce que c’est vrai qu’elle m’explique étape par étape” (E1);

“elle était très douce, très bien, elle m’expliquait bien tout ce qu’elle faisait” (E4).

De même que la recherche du consentement par le praticien au moment de l’examen leur paraît souhaitable : *“après le docteur à (ville) il est très sympathique et voilà toujours avec le*

consentement, à chaque fois il demande si on est d'accord, si je suis d'accord donc heu à chaque fois c'est détendu dans le sens où il me met facilement à l'aise.” (E7) ;

“Il est vraiment très très gentil, à chaque fois, il me demande s'il peut pratiquer, il me demande bien mon autorisation, c'est toujours clair quoi. Et puis il est très doux, très gentil et drôle (rires) donc ça détend !” (E7).

L'examen clinique doit être effectué avec douceur par le praticien : *“elle discute avec moi en même temps, elle n'est pas brusque dans ses gestes, elle accompagne vraiment tous ses gestes quoi” (E3) ;*

“elle est très douce, très à l'écoute” (E11) ;

“à l'écoute et surtout quelqu'un de doux” (E4).

Elles ont besoin d'un praticien qui est à leur écoute, bienveillant envers elles et empathique : *“heu bah basique, qu'on réponde à mes questions, quand je dis que j'ai mal ou quoi qu'ils le prennent en compte.” (E10) ;*

“j'ai été voir la sage-femme, elle m'a dit si ça se trouve c'est de l'endométriose, vu que les symptômes correspondent, voilà elle a mis des mots sur mes douleurs.” (E10) ;

“elle m'a expliqué, elle m'a dit je vais faire ça, je vais faire ça, donc vraiment rassurant. Et je l'ai trouvée vraiment différente, plus à l'écoute encore le fait que ça soit un rendez-vous gynécologique.” (E5).

Une relation de confiance unique se développe avec leur praticien en gynécologie, cela est primordial pour elles :

“bah c'est l'écoute, c'est qu'on ait confiance en lui quoi” (E11) ;

“si je pouvais gynécologue, mais ça ne serait pas du tout un problème avec le Dr. (médecin traitant) parce que j'ai une confiance, j'ai très confiance en elle” (E1).

La relation de confiance se développe souvent suite à une prise en charge qu'elles ont vécu comme bénéfique, où leur praticien a eu à leur sens, une bonne gestion de la situation : *“j'ai très confiance en elle, elle m'a beaucoup aidée” (E1) ;*

“Très bien, après je lui fais toute confiance, on se connaît suffisamment bien maintenant et puis elle m'a suivie pour mes 2 grossesses et mon cancer donc je lui fais toute confiance” (E2).

- **Le sexe du praticien**

Certaines patientes préfèrent consulter une femmes en tant que praticien car elles se sentent plus à l'aise : *“donc à choisir je préfère une femme”* (E4) ;

“moi je préférerais que ce soit une femme mais bon” (E9) ;

“Et puis des femmes médecins, on a de la chance il y en a de plus en plus” (E5) ;

“moi je préfère une femme, après voilà c'est pas forcément intelligent mais je me sens plus à l'aise.” (E5).

Certaines expriment le fait qu'elles n'étaient pas gênées d'être suivies par un homme lors de leurs grossesses mais que pour de la gynécologie, cela est différent, elles se sentent plus à l'aise avec une femme : *“quand j'étais enceinte, être suivie par un homme ça ne me dérangeait pas, et après ça me gêne, alors c'est complètement stupide, mais quand j'étais enceinte, il ne me suivait pas moi, il suivait mes enfants, donc ça faisait pas le même effet”* (E5).

Certaines ont la sensation de se sentir mieux comprise par une praticienne puisque concernée elle-même personnellement par la gynécologie-obstétrique : *“heu c'est plus facile pour moi d'aller voir une femme, je suis relativement pudique et je trouve que les femmes sont plus douces, on se comprend mieux (rires) !”* (E6).

Pour certaines, cela pourrait représenter un frein à la consultation de gynécologie si impossibilité de voir une femme : *“Mais pour moi c'est plus facile avec une femme, j'aurais du mal à aller voir un homme même si on me dit qu'il est très compétent !”* (E6) ;

Pour d'autres, c'est une simple préférence mais pas un frein : *“bah j'ai quand même une préférence pour une femme mais c'est pas quand même un frein quoi”* (E11).

Quelques patientes expriment la préférence de consulter un praticien de sexe masculin car ils seraient réputés pour être plus doux dans leurs gestes : *“pourtant en général c'est vrai que les femmes sont beaucoup moins douces que les hommes”* (E4) ;

“à la limite je préférerais aller voir un homme, parce que je pense qu'ils font plus doucement” (E10).

D'autres expriment le fait que le sexe du praticien leur est indifférent : *“j'ai toujours vu un homme en fait et depuis mes 14 ans, depuis que je suis malade, j'ai toujours vu beaucoup de médecins donc voilà”* (E7) ;

ce n'est pas leur premier critère de choix : *“ou alors un homme doux, mais pas une femme juste pour que ça soit une femme quoi”* (E4).

En revanche, le fait que le médecin traitant soit un homme pourrait représenter un frein à la consultation gynécologique par celui-ci :

“en fait déjà mon généraliste c’est un homme donc c’est compliqué, c’est un peu la gêne là-dessus, enfin je peux parler de tout avec lui mais là-dessus, c’est un peu délicat je trouve” (E1);

“comme j’ai un petit peu la gêne, on va juste parler de contraception, des trucs comme ça, mais le frottis je n’ose pas !” (E1) ;

“Moi quand j’étais plus jeune, il n’y avait que des hommes donc j’allais encore moins aller vers mon médecin généraliste” (E5).

- **La proximité du praticien**

Une partie des femmes interrogées considère que la distance domicile-praticien est un critère dans leur choix. Ces femmes préfèrent consulter un praticien de proximité : *“j’ai changé de sage-femme du coup vu que j’ai déménagé, avec le boulot j’ai quelques noms de sages femmes donc j’ai pris celle qui est à côté de chez moi.”* (E8) ;

“mais c’est vrai que (ville) c’est l’idéal dans le sens ou c’est à côté quoi” (E7) ;

“Déjà qu’aller chez le gynéco, on n’a pas forcément envie mais en plus se taper une heure de route aller-retour j’avoue que...” (E4) ;

ou du moins, elles envisagent de consulter un praticien plus proche de chez elles : *“d’accord ça veut dire que je peux me rendre aussi, je peux appeler une sage-femme, j’ai pas besoin d’aller à (ville). (...) Bah je vais peut-être faire ça alors, vu que je n’ai pas de problème particulier.”* (E4).

Cette praticité leur paraît importante, facilitant la consultation : *“c’est quand même pratique quand je rentre du travail, je m’arrête ici (cabinet médical du médecin généraliste), enfin c’est quand même pratique quoi”* (E11).

- **Les délais de rendez-vous avec le praticien**

Des patientes trouvent souhaitable que le délai de rendez-vous soit raisonnable, la définition de raisonnable étant différente pour chacune : *“quand j’appelle j’aimerais bien qu’on me dise, “Ok, à dans 2 semaines””* (E4) ;

“1 mois, 2 mois, au pire Janvier (3 mois)” (E9).

Elles ont conscience que le délai de rendez-vous est fonction du motif : *“En fait si je veux un rendez-vous, je vais l’avoir mais voilà comme je vous ai dit ça dépendra du motif pour l’attente en fait, mais en général je sais que je peux avoir un rendez-vous facilement”* (E3) ;

“après ils classent en fonction du problème” (E8) ;

C'est pourquoi elles espèrent être prises en charge rapidement en cas d'urgence. Les créneaux de rendez-vous réservés aux urgences leur paraissent primordiaux : *“les créneaux d'urgences me paraissent juste évidents, parce que quand on est une femme parfois il nous arrive des choses et on a besoin” (E2) ;*

“après en cas d'urgence, des douleurs, heu j'aimerais que ça soit très rapide” (E6).

Une femme a même exprimé le fait que c'était son premier critère de choix, étant donné qu'elle a tendance à négliger la prévention, le fait que le délai soit rapide l'empêche d'oublier ou de se désister : *“non pourvu que ça soit rapide, parce que moi comme beaucoup de gens, j'ai tendance à négliger, donc pour vu que ça soit rapide.” (E11).*

- **Des recommandations**

Nombreuses sont les patientes qui consultent un praticien sur les conseils de personnes proches en qui elles ont confiance : *“Oui on m'en avait déjà parlé au boulot, je savais qu'elle avait des bons retours, donc j'ai pris rendez-vous avec elle.” (E8) ;*

“j'ai une amie justement je lui ai dit que j'en cherchais (...) et elle m'a dit bah moi je suis suivie par cette sage-femme donc je me suis dit bah pourquoi pas hein” (E10).

Une patiente m'a avouée regarder les avis sur internet pour faire son choix de praticien : *“je regarde toujours les avis avant de prendre rendez-vous mais ici j'ai peur quoi, je n'ai pas encore pris rendez-vous” (E4) ;*

“bah j'ai vu des avis heu .. en fait moi je voulais trouver à (ville) mais il n'y en a pas, sur (ville) il y en a. Il y a un cabinet ou il sont 2 et il y en a une, ils parlent carrément de viol sur les avis des Pages Jaunes et tout.” (E4) ;

“ou Google mais il y a une dizaine de commentaires en fait sur le même médecin ...” (E4).

- **Un praticien uniquement dédié à la prise en charge gynécologique**

Plusieurs patientes évoquent le souhait d'avoir un praticien référent en gynécologie, uniquement dédié à cela pour différentes raisons.

Une patiente suivie par son médecin traitant sur le plan gynécologique qui est très satisfaite de son suivi, explique son angoisse de voir son médecin traitant partir car elle perdrait à la fois médecin généraliste et gynécologue : *“Et aujourd’hui je me dis que j’ai tous les œufs dans le même panier”* (E5) ;

Elle préférerait avoir un autre praticien uniquement dédié à son suivi gynécologique : *“on va dire que si aujourd’hui je reste comme ça, oui super si elle reste, tout va bien. Mais si elle s’en va, j’ai plus ni médecin traitant ni gynécologue. Si j’ai un autre gynécologue, ben je trouverai un autre cabinet de médecin traitant mais gynécologue, ça va être compliqué.”* (E5) ; *“ce serait plus entre guillemets pour assurer mon avenir c’est franchement pas contre elle”* (E5).

Des femmes expliquent qu’elles préfèrent voir un praticien ne pratiquant que de la gynécologie suite à une mauvaise expérience vécue avec un médecin : *“mais ça aussi c’est à cause d’une mauvaise expérience avec un endocrinologue, il avait été un peu loin dans ses pratiques je pense et sur le coup moi c’était la première fois que je rencontrais un médecin comme ça, je me suis dit bon bah c’est normal mais non je devais tout de suite me déshabiller, il a mis ses mains là où je pense qu’il aurait jamais dû. Je vais voir un gynéco et j’ai pas envie de parler de ça à d’autres médecins.”* (E4) ;

“après j’avais été voir mon médecin traitant de l’époque qui m’avait prescrit une pilule, et là ça m’a fait des trucs des boutons, de la pilosité (...) Je suis dégoûté et donc je refuse toute contraception. Plus jamais, ça m’a détruit quoi. (...) mais non non, plus jamais le médecin généraliste” (E4).

Comme vu précédemment, du fait que la consultation gynécologique relève de l’intime, certaines patientes préfèrent que le praticien référent ne les voit que dans ce cadre-là, gynécologue ou autre praticien, d’où le fait que cette patiente ne souhaite pas consulter un praticien qu’elle connaît sur le plan personnel : *“Et du coup après je suis allée travailler à la clinique et je me suis dis “olala j’ai pas envie de prendre un gynécologue qui est sur mon lieu de travail””* (E8).

- **Un praticien référent**

D’autres patientes qui ne sont pas fixées sur le fait d’avoir un praticien uniquement dédié à cela, expriment tout de même le fait qu’elles préfèrent avoir toujours affaire à la même personne : *“j’avais rendez-vous une semaine avant, pour un bilan de santé donc j’ai pris rendez-vous pour le côté médical, enfin pour ça et après le rendez - vous gynéco. J’ai eu sa remplaçante, ça ne m’a pas dérangée que ce soit elle ou quelqu’un d’autre. Le rendez-vous*

gynéco j'étais contente que ce soit elle qui me prenne vraiment, pas changer toutes les cinq minutes non plus.” (E5).

- **Un praticien compétent**

Certaines patientes expliquent qu'elles ne s'intéressent pas au statut du praticien, gynécologue ou non. Ce qu'elles souhaitent, c'est un praticien formé à la gynécologie : *”quelqu'un qui soit spécialisé pour un suivi” (E5) ;*

”mais après si j'ai quelqu'un de confiance, qui connaît, qui a appris à faire ça, qui est doux, y'a pas de souci” (E9) ;

”Elle m'a dit j'ai fait une spécialisation et je peux le faire. Ça m'a rassuré aussi.” (E5).

- **Ne plus avoir le choix**

Mais les femmes ont-elles encore le choix ? Il ressort de ces entretiens que certaines patientes n'ont pas vraiment le loisir de choisir leur praticien en gynécologie. La désertification médicale et le manque de gynécologue en sont les causes principales : *”ben j'ai demandé au généraliste parce que entre guillemets j'avais plus le choix en lui demandant vers qui vous pouvez m'envoyer” (E5) ;*

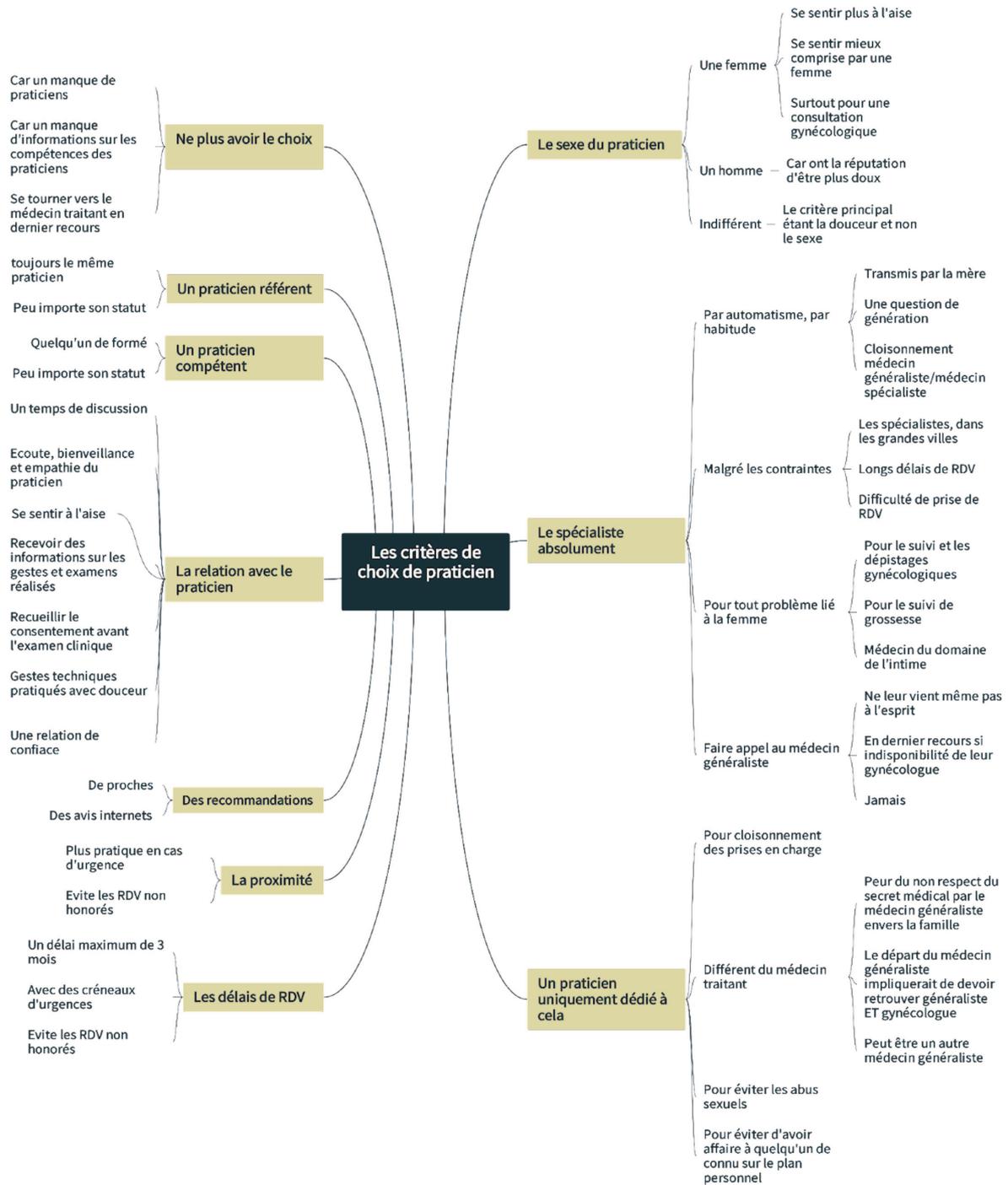
”donc si je n'ai pas d'autre choix, ce sera bien évidemment mon médecin” (E1) ;

”Quand j'ai appris à droite à gauche que des amies y allaient (chez la sage-femme) parce qu'il n'y avait plus de gynéco et qu'elles n'avaient pas le choix.” (E2) ;

”et même ton médecin traitant il peut faire des frottis et ton suivi gynécologique” “et ben écoute - je lui ai dit - tu me l'apprends”, vous voyez c'est ma fille de 31 ans, la petite dernière qui m'apprend des choses, j'ai dit “bah écoute de toute façon si je n'en trouve pas je serai bien obligée de faire comme ça” (E1).

Certaines femmes se tournent donc vers d'autres praticiens que le gynécologue mais ont-elles vraiment connaissance des compétences gynécologiques de la sage-femme et du médecin généraliste ?

Figure 1 : Les critères de choix de praticien



Les compétences des différents praticiens

- **Le niveau de compétences**

Le gynécologue

Le gynécologue étant spécialiste, est représenté comme un technicien, pratiquant des gestes gynécologiques techniques : *“dans les examens par exemple, tout examen plus profond, par exemple une hystérosonographie, lui le généraliste je ne sais pas si il pourra savoir exactement ce qu’il faut faire”* (E3) ;

“alors que le gynéco voilà il est là pour l’acte” (E7) ;

“les gynécologues je trouve qu’ils sont beaucoup plus dans la technique” (E8).

Le gynécologue est décrit comme plus précis et donnant des explications plus poussées : *“mais c’est vrai que quand on va voir un spécialiste comme le gynéco, c’est son métier, il est vraiment plus précis sur certaines choses, pour m’expliquer aussi certaines fois”* (E7).

Le gynécologue ne fait que de la gynécologie, à la différence du généraliste qui doit avoir une vision d’ensemble de tous les organes et toutes les maladies : *“bah le gynécologue, il traite que les problèmes gynécologiques quoi !”* (E11) ;

“J’aurais tendance à dire qu’un gynécologue a des qualifications propres à la gynécologie” (E1);

Ils n’ont donc pas les mêmes compétences en matière de gynécologie. Pour une partie des femmes, le gynécologue est tout simplement plus compétent puisqu’il est spécialiste : *“voilà c’est ce que je disais, un spécialiste est forcément plus compétent dans sa discipline, un généraliste fait de la médecine générale donc est moins compétent dans cette discipline”* (E2).

Le spécialiste a des connaissances plus approfondies que le médecin généraliste : *“bah c’est comme tout métier quoi quand on est spécialisé, on connaît vraiment tous les tenants et aboutissants, toutes les petites choses qui pourraient passer à la trappe avec un médecin généraliste quoi ?”* (E7) ;

“bah la gynécologie c’est une spécialisation quand même si je suppose que généraliste a, j’allais dire des notions, heureusement” (E1).

Le gynécologue est compétent à la fois pour le suivi gynécologique classique mais est aussi compétent pour les pathologies gynécologiques à la différence du médecin généraliste : *“le gynéco c’est plus heu ... enfin il fait du suivi aussi normal avec un versant pathologie en plus quoi” (E8).* Il est chirurgien mais également obstétricien : *“lui le gynécologue on va dire que c’est sa branche. Il connaît tout en gynécologie, il est généralement obstétricien, il opère, les accouchements, les césariennes, là c’est quand même un chirurgien en gynécologie. Donc là c’est vraiment un spécialiste en gynécologie” (E9).*

Le médecin généraliste

Comme cité précédemment, le médecin généraliste a une vision globale de toutes les pathologies d’organes, il a des compétences élémentaires dans tous les domaines. Il a des connaissances générales mais moins approfondies que chacun des spécialistes : *“encore je me dis aujourd’hui vu ce qu’on voit, y’en a qui accouchent chez elles et je suis sûre que les médecins traitants sont aptes, je pense qu’ils ont quand même quelques petites notions, je pense que quand on fait ce métier-là, on est obligé de passer par des modules de chirurgies et d’autres compétences quoi” (E1);*

“bah c’est pas les mêmes compétences, un généraliste il faut qu’il, il a tout un champ à ... donc forcément ça ne peut pas être aussi poussé en gynécologie que quelqu’un qui a que cette spécialité-là” (E11) ;

“ils ne peuvent pas tout connaître, c’est tellement vaste ! ” (E6).

La plupart des patientes pensent que seulement certains médecins généralistes sont aptes à faire de la gynécologie : *“Après je ne sais pas si j’ai justement pas entendu parlé que certains étaient aptes à faire des frottis ou des choses comme ça” (E8),* et qu’il faut une formation spécifique pour faire de la gynécologie en médecine générale : *“elle m’a dit qu’elle a fait une formation spécialisée” (E5) ;*

“bah médecin généraliste je ne pense pas qu’ils font tous ? je pense qu’il faut faire une formation ?” (E9).

Elles sont nombreuses à se tourner vers le médecin généraliste pour une prescription de pilule, souvent en première contraception et pour le renouvellement de celle-ci : *“Alors pour moi le médecin généraliste c’est surtout autour de la pilule, première contraception” (E8).*

Certaines pensent que le médecin généraliste est capable de faire un frottis dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus : *“heu bah je pense que oui car en général la plupart des médecins le font”* (E3) ;

“oui bah lui il peut faire le frottis aussi déjà d'une, après prescription de pilule, après je sais pas dans l'approfondissement jusqu'à où il peut aller.” (E3) ;

“oui le frottis sûrement, peut être aussi palpation des seins, mais principalement le frottis, comme il en manquait beaucoup, elle a dû faire ça pour aider les femmes, pour dépister les femmes” (E9). Mais certaines sont hésitantes dans leur discours, voire certaines ne se prononcent pas et expriment le fait qu'elles ne connaissent pas les aptitudes du médecin généraliste en gynécologie.

Dans tous les cas, la plupart pensent pouvoir s'adresser à leur médecin généraliste en cas de problème gynécologique bénin comme une infection génitale basse ou une infection urinaire :

“des problèmes d'irritations par exemple, des petites choses un peu comme ça” (E6) ;

“bah par exemple tout ce qui est infection urinaire, heu... la pilule” (E10).

Étant donné la limite des compétences du médecin généraliste, en cas de problème plus complexe, elles préfèrent consulter un gynécologue : *“parce que à ma connaissance je n'ai pas de problème particulier, dans ma famille je n'ai pas de problème particulier, donc heu peut être qu'un examen entre guillemets plus simple (par le MG) heu voilà ! (...) mais peut être que si j'avais des problèmes plus graves, je réfléchirais à consulter un gynécologue ”* (E11).

Certaines femmes n'ont pas confiance en leur médecin généraliste suite à une mauvaise expérience donc jugent les médecins généralistes comme incompetents en matière de gynécologie. Elle préfèrent donc se tourner vers d'autres praticiens : *“bah du coup pour moi elle n'est pas compétente, elle ne répond pas à mes besoins”* (E10) ;

“ça fait au moins plus de 6 ans que je prends la pilule, c'est vrai que mes copines elles m'ont dit “ah je prends la pilule il faut faire une prise de sang”, “ah bon il faut faire une prise de sang ? je ne suis pas au courant” voilà l'exemple, j'avais pas fait de prise de sang, donc là j'en ai fait une et elle était pas bonne, j'ai dû changer de pilule.” (E10) ;

“voilà donc maintenant du coup même pour la pilule j'irai directement voir une sage-femme ou un gynécologue” (E10) ;

“après j'avais été voir mon médecin traitant de l'époque qui m'avait prescrit une pilule, et là ça m'a fait des trucs des boutons de la pilosité (...) Je suis dégoûté et donc je refuse toute contraception. Plus jamais, ça m'a détruit quoi. (...) mais non non, plus jamais le médecin généraliste” (E4).

D'autres femmes pensent tout simplement que le généraliste n'est pas compétent en gynécologie. Son rôle est seulement de soigner les maux de la vie courante : *"mon généraliste je vais le voir pour des angines ou des gripes, pour de la dépression, des trucs comme ça, pour mes enfants"* (E4) ;

"il est plus là pour les maladies de la vie courante" (E2).

Elles ne font donc pas appel à leur généraliste en cas de problème ou pour leur suivi gynécologique : *"c'est pas lui que je vais aller voir s'il faut faire un diagnostic"* (E4) ;

"Donc je mettrais premier lieu le gynécologue car c'est son métier et qu'il est fixé que sur ça, second point la sage-femme et en dernier recours le médecin traitant" (E1).

A l'inverse, d'autres femmes ayant eu affaire à un médecin généraliste pour leur suivi gynécologique, en sont très satisfaites et ont jugé le médecin compétent :

"je ne l'ai pas trouvée hésitante, je l'ai trouvée sûre dans ses gestes et ses propositions." (E5);

"Je n'ai pas trouvé de différence avec les gynécologues que j'avais avant justement. Si je n'avais pas su qu'elle était généraliste, ça ne m'aurait pas choqué." (E5) ;

"ça s'est bien passé, enfin voilà l'échange s'est très bien passé, j'aurais aucun souci de ce côté-là à retourner la voir" (E11).

La sage-femme

Concernant les sage-femmes, leurs compétences sont souvent réduites à un rôle d'accompagnement à la grossesse et à la maternité : *"les sage-femmes pour moi c'est vraiment tout ce qui est lié à la grossesse. Tout ce qui est maternité"* (E5) ;

"la sage-femme, voilà je l'ai vu en suivi de grossesse mais c'était plus coté maternité" (E3);

"bah sage-femme heu, oh je sais pas, je pense qu'elle est plus compétente dans tout ce qui est la grossesse, la sage-femme c'est à l'hôpital à la base" (E10).

"les sage femmes c'est quand on va accoucher donc dans ma tête c'est resté cloisonné" (E5)

;

"Alors la sage-femme c'est plus encore du social, enfin moi quand j'ai eu affaire aux sage femmes, c'est un peu comme des infirmières quoi, elle venait à la maison après ma grossesse" (E4).

Certaines femmes connaissent leur rôle de suivi de grossesse : *"j'ai été suivie par des sage femmes pour mes grossesses ce qui me paraissait logique puisque grossesse"* (E2).

Plusieurs femmes ont remarqué leur rôle crucial au moment de l'accouchement : *"une sage-femme encore .. entre les 2, car elles aident à l'accouchement, et des fois elles en font même toute seule et l'obstétricien arrive quand c'est fini"* (E1) ;

“bah j’en ai eu besoin pour mes accouchements juste au moment de mes grossesses. Avant mes grossesses et après ça a toujours été le gynécologue. Aussi pour les cours de prépa à l’accouchement et l’accouchement, car on ne voit pas le gynéco !” (E7).

Les femmes étant suivies par un gynécologue n’ont souvent pas connaissance des compétences gynécologiques des sage femmes : *“pour moi les sage femmes elles sont là que pour les femmes avec leur bébé, pour moi elles ne sont pas là pour faire des frottis, je me trompe peut être” (E9) .*

La compétence de suivi gynécologique par les sage-femmes est perçue comme récente par les patientes : *“Sage-femme c’est très récent, autrefois on ne nous orientait pas du tout vers des sage femmes pour des consultations gynécos” (E2).*

Leurs compétences se sont élargies avec le temps : *“à la clinique au début c’était juste un truc de consultations où c’est une sage-femme qui ne voyait que les dossiers des grossesses mais maintenant elles ont un DU gynéco et vraiment elles font tout : une petite jeune de 15 ans qui veut un stérilet, un implant ou quoi, hop elle fait la consultation, ou même un suivi” (E8) ;*
“le suivi peut être aussi par une sage-femme en fait, même elles, elles sont contentes de ne pas avoir que des grossesses aussi car c’est encore plus varié quoi” (E8).

Les patientes ayant connaissance de ces compétences expliquent que la sage-femme est une technicienne capable par exemple de poser des stérilets, poser des implants, faire des frottis : *“après la sage-femme, elles font tous les actes de gynécologie” (E8) ;*
“enfin les frottis, tous les examens classiques quoi” (E11).

La sage-femme est apte à réaliser un suivi gynécologique classique, à condition qu’il n’y ait pas de pathologie : *“sage-femme c’est plus dans l’accompagnement, un suivi on va dire classique” (E3) ;*

“mes collègues sages femmes m’ont dit “mais du coup si t’as pas de souci pourquoi tu ne prends pas une sage-femme libérale ?”” (E8);

“mais qui n’ont pas de traitements ou de choses compliquées quoi, pas de pathologie” (E4) ;
“si j’ai un problème gynéco je pense que la sage-femme elle est apte à s’occuper de moi, j’imagine, c’est pas un médecin mais ...” (E4).

Certaines patientes situent les compétences gynécologiques de la sage-femme au même niveau que le médecin généraliste, d’autres les pensent davantage expertes du fait d’un diplôme supplémentaire, un DU de gynécologie : *“Alors pour moi le médecin généraliste c’est surtout autour de la pilule, première contraception. Après les sage-femmes, elles font tous les actes de gynécologie, car elles ont un DU de gynéco” (E8).*

En cas de pathologie, la sage-femme, comme le médecin généraliste, adressera la patiente à un gynécologue : *“t’façon elle m’a dit, “s’il y a quoi que ce soit, une complication, je vous oriente vers un gynéco””* (E8).

Du fait de l’évolution de leurs compétences, certaines patientes sont méfiantes et n’ont pas confiance en leur niveau de compétences gynécologiques : *“Quand j’ai appris à droite à gauche que des amies y allaient parce que il n’y avait plus de gynéco et qu’elles n’avaient pas le choix. Ça m’a mis un peu la puce à l’oreille, parce que étaient-elles formées pour ça en fait ? C’était ma question. Étaient-elles formées pour tout ce qui concerne la gynéco. L’obstétrique oui on le sait mais la gynéco heu voilà”* (E2).

Elles sont parfois jugées moins compétentes que les gynécologues, elles ne seraient pas toujours aptes à certains actes techniques de gynécologie, seraient moins rigoureuses dans leur suivi et en terme de connaissances, ne seraient pas toujours à jour des dernières recommandations : *“Depuis on m’a dit qu’elles se formaient de plus en plus, qu’elles avaient des formations un peu plus poussées mais que néanmoins c’était pas la même chose qu’une gynéco”* (E2) ;

“Moi ce qu’il en ressort des femmes autour de moi, c’est que c’est pas la même chose que les gynécos qu’elles avaient avant. C’est moins poussé, les consultations sont moins poussées” (E2) ;

“alors elles peuvent faire des frottis mais pas toujours, elles ne sont pas toujours calées, pas toujours au courant de ce qui se fait de comment on le fait. Pas de palpation mammaire par exemple” (E2).

Certaines patientes pensent même qu’elles n’ont pas le droit de prescription : *“je sais pas, je ne pense même pas qu’elle puisse prescrire”* (E3).

Cela illustre bien l’inégalité des connaissances des femmes sur les compétences des différents praticiens. Elles sont souvent influencées par des expériences vécues personnellement ou par des proches mais ne sont bien souvent pas réellement renseignées.

- **Ignorance des compétences des praticiens de premier recours**

Des médecins généralistes

Beaucoup de femmes ignorent les compétences gynécologiques de leur médecin traitant : *“ah je ne sais pas du tout”* (E4) ;

“là non je ne sais pas” (E9) ;

“et généraliste je ne sais pas” (E10) ;

“non je sais pas, parce qu’on ne connaît pas vraiment les compétences du généraliste en gynécologie en fait” (E8).

D’autres pensent qu’elles peuvent consulter leur médecin généraliste pour un problème gynécologique mais se demandent si le médecin traitant sera apte à les aider : *“après je ne sais pas si c’est sa partie” (E4) ;*

“je ne suis même pas sûre qu’il puisse me dire ce que j’ai” (E4) ;

“je ne sais pas dans l’approfondissement jusqu’où il peut aller” (E3) ;

“là, à part pour moi juste prescrire la pilule, je ne sais pas” (E8).

Il y a parfois tellement d’autres sujets à aborder avec le médecin traitant, que le sujet de la prévention en gynécologie passe au second plan et donc n’est pas évoqué : *“non plus, bah y’a quoi, y’a peut-être 1 an que je le vois, avec tous les machins qu’il a dû faire sur moi. Il ne m’en a pas parlé spécialement, on a plus parlé d’autres choses.” (E9).*

Le médecin traitant n’aborde pas forcément le sujet, mais les patientes ne leur ont pas non plus posé de questions à ce sujet : *“Bah non aucune du coup, je n’ai jamais demandé, de tout temps je n’ai jamais demandé à mon médecin traitant” (E1) ;*

“heu je ne lui ai jamais demandé son CV ! (rires)” (E7),

notamment les femmes qui n’ont pas besoin des compétences gynécologiques de leur médecin traitant puisqu’elles sont prises en charge par un gynécologue : *“non bah non ! pas plus que ça, c’est vrai que j’ai un accès facile au gynéco” (E7).*

Certaines n’ont jamais entendu parler d’un possible suivi par un médecin généraliste : *“Après je ne sais pas s’il y a beaucoup de patientes qui iraient voir leur médecin traitant pour de la gyneco. J’en n’entends pas beaucoup parler.” (E8).*

Des patientes, ont eu vent de quelques rumeurs mais ne sont pas sûres de leurs véracités : *“Après je sais pas si j’ai justement pas entendu parlé que certains (MG) étaient aptes à faire des frottis ou des choses comme ça mais je ne sais pas. Mais mon médecin je ne sais pas.” (E8).*

D’autres se demandent à quel moment le médecin généraliste est limité dans ses connaissances et dans ses compétences techniques ? Est-il capable de faire un examen gynécologique ? *“après je sais pas s’il peut ausculter, je ne crois pas” (E9),*

“heu ausculter et encore ... si en vrai regarder vite fait” (E10). Est-il capable de faire du suivi de grossesse ? : *“après dans le suivi d’une grossesse je ne pense pas que ce soit le cas heu ...” (E6).*

Des sages femmes

Comme vu précédemment, de nombreuses femmes relient la sage-femme à la grossesse et la maternité sans se douter de leurs compétences gynécologiques. Effectivement, elles n'ont reçu aucune information à ce propos : *“alors je sais pas du tout après, c'est pas un médecin donc encore une fois chacun sa partie mais je ne sais pas, est-ce qu'elles sont habilitées à faire des frottis, des examens, ça j'en sais rien du tout”* (E4);

“non non avant de travailler à la clinique je ne savais pas du tout qu'il était possible de se faire suivre par une sage-femme” (E8) ;

“je ne sais pas, je trouve qu'on ne nous en dit pas assez” (E3) ;

“je pense qu'on est mal informées par rapport à ça parce que en tout cas moi je n'ai pas eu trop d'infos de ce côté-là et c'est vrai qu'on m'a vite aiguillée vers un gynéco et pas vers une sage-femme” (E7).

De même qu'avec les généralistes, quand leurs compétences gynécologiques sont connues, bien souvent, c'est la limite de celles-ci qui posent question : *“heu .. la sage-femme je pense qu'elle peut être aussi compétente, après je ne sais pas si elles font des suivis dans ce cas particulier comme le mien”* (E6) ;

“je ne sais pas, je sais que la sage-femme fait moins mais qu'est-ce qu'elle ne fait pas, ça je ne sais pas” (E10).

• **Faire connaître les compétences des praticiens de premier recours**

Les patientes aimeraient que leur médecin traitant les informe des compétences des médecins généralistes et des sage-femmes : *“je pense qu'il y a peut-être un problème de communication ou tout du moins, expliquer aux femmes qu'il y a peut-être cette possibilité autre avant d'en arriver justement à lui (le gynécologue). Mais c'est vrai que moi mon médecin ne m'a pas du tout dirigée vers une sage-femme donc heu bah quand on ne sait pas on écoute et on fait.”* (E7);

“donc c'est dommage qu'on ne soit pas plus dirigées vers ces personnes-là (sage-femmes), entre autres pour les jeunes femmes. Moi c'est vrai que j'ai pas du tout entendu parlé des sages femmes au départ donc je suis directement allée vers le gynéco, c'est vrai que s'il y avait un peu plus de communication, d'informations et que les médecins puissent nous diriger avant d'aller voir le gynéco, ça peut être des fois moins agressif pour des jeunes filles.” (E7).

Le médecin traitant a un rôle d'adressage et devrait, si possible, proposer différents praticiens : *“il m'a dit que je pouvais aller voir une sage-femme ou m'orienter vers sa collègue (médecin généraliste)”* (E11).

Les femmes discutent entre elles et s'échangent des informations dont leur ressenti sur leur prise en charge gynécologique : *“et je vois autour de moi mes copines, ma petite sœur tout ça, bah du coup j'ai conseillé tout le monde d'aller voir une sage-femme quoi plutôt que gynécologue”* (E8).

Ces femmes prises en charge par des sages femmes et satisfaites de leur suivi, aimeraient des moyens efficaces afin de faire connaître les compétences gynécologiques des sages femmes au plus grand nombre : *“mais je ne sais pas ce qu'on peut faire pour qu'il y ait plus de suivis sages femmes, parce que je trouve que c'est dommage”* (E8) ;

“franchement c'est des perles, donc je n'aurais jamais de difficulté à aller voir une sage-femme” (E4) ;

“non mais c'est vrai ! à la télévision, en disant que le suivi peut être aussi par une sage-femme en fait” (E8).

- **Moyens de connaissances des compétences des praticiens de premier recours**

Du médecin généraliste

Fort heureusement, certaines femmes sont informées des compétences gynécologiques de leur médecin traitant : *“Oui moi c'est l'inverse, je vois assez souvent mon médecin, donc je sais à peu près ce qu'il fait”* (E3).

La plupart ont été informées des compétences de leur médecin traitant par celui-ci directement, en consultation : *“je pense que c'était au début, quand je me suis déclarée avec lui, on en a parlé. Oui il m'avait informée de ce que je pouvais voir avec lui, les vaccinations tout ça. Il m'avait fait un petit topo global.”* (E3) ;

“Et là je suis tombée sur une autre médecin femme qui était médecin généraliste mais faisait aussi, enfin qui a du faire des études pour faire les frottis etc, donc elle, elle m'a dit je peux vous faire un frottis.” (E9) ;

Certains médecins traitants, peu à l'aise avec la gynécologie, informent des compétences des généralistes en gynécologie et orientent vers d'autres médecins du cabinet auquel ils appartiennent : *“bah il m'a demandé mon dernier frottis, j'ai dit bah que voilà, ça remontait à quelques temps et il m'a dit “bah ce serait bien d'en faire un”, et puis il m'a dit “bah moi je peux vous conseiller ma collègue, je peux le faire aussi” mais visiblement il préférait que ...”* (E11).

D'autres femmes ont été informées de manière indirecte, sur Doctolib en prenant un rendez-vous classique avec leur médecin généraliste : *“ah je viens d'apprendre, j'ai vu en prenant rendez-vous sur Doctolib qu'il y avait des créneaux de médecine générale mais aussi suivi gynécologique, j'ai dit “ah tiens !””* (E6).

Et enfin, certaines ont été informées par des connaissances : *“c'est en discutant avec mes collègues aussi”* (E11).

De la sage-femme

Pour les femmes informées des compétences gynécologiques des sage-femme, cela est une connaissance récente : *“alors à cette époque-là non, j'avais 15-16 ans donc je ne savais pas vraiment. Là ça fait 1 ans et demi, 2 ans que je sais que les sage-femmes font ça mais c'est vrai qu'avant je ne savais pas”* (E10) ;

“alors sage-femme à l'époque, maintenant je le sais qu'elles peuvent faire mais à l'époque je ne le savais pas” (E11).

Elles sont souvent informées par le bouche à oreille, par des proches, des amies ou des collègues : *“j'ai une amie justement, je lui ai dit que j'en cherchais une parce que je voulais pas y retourner voir la gynécologue et elle m'a dit “bah moi je suis suivie par cette sage-femme” donc je me suis dit bah pourquoi pas hein”* (E10) ;

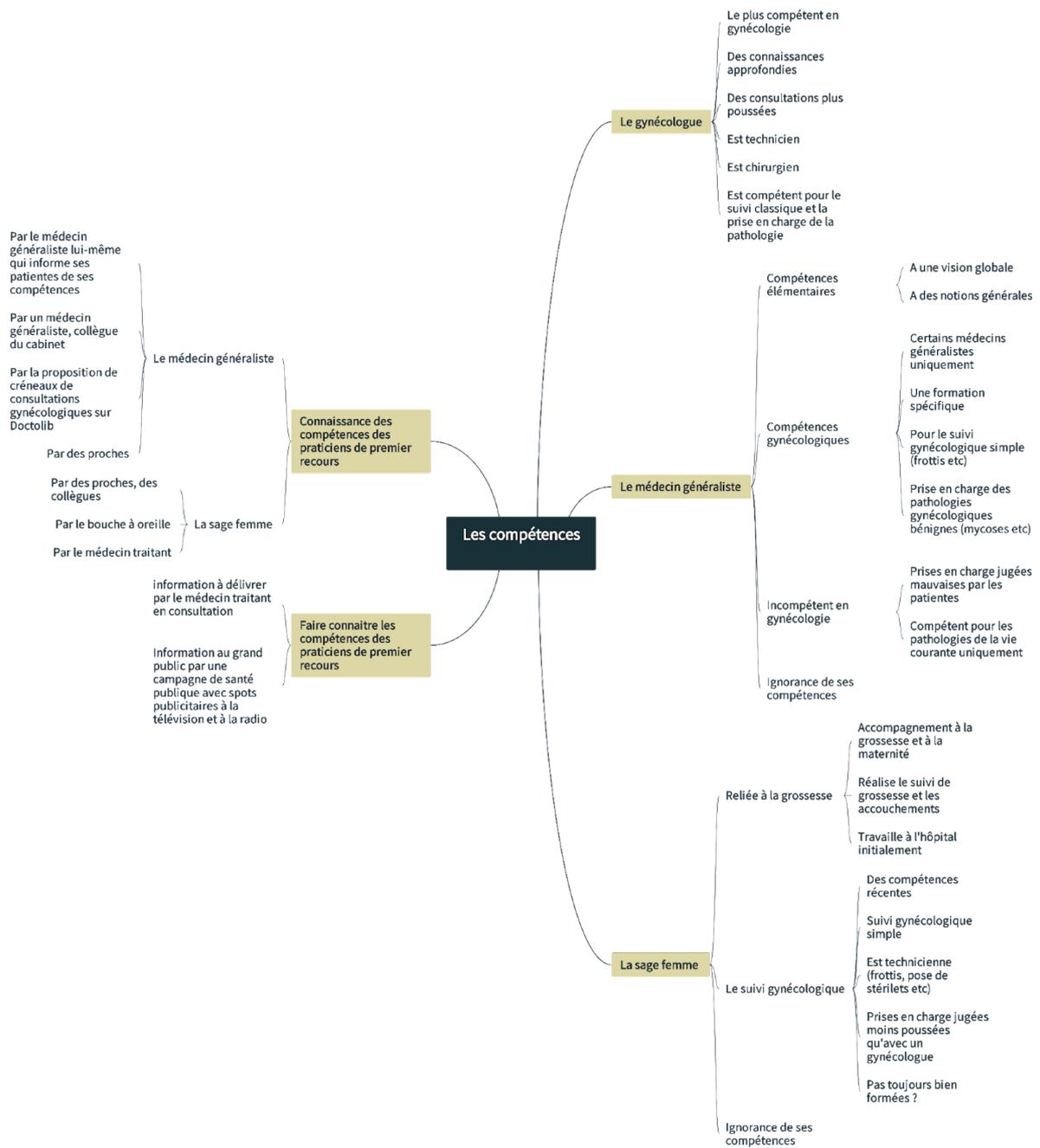
“mes collègues sages femmes m'ont dit “mais du coup si t'as pas de souci pourquoi tu ne prends pas une sage-femme libérale ?”” (E8) ;

“depuis 2 ou 3 ans quand même, car mes collègues m'avaient dit “mais va voir une sage-femme”” (E11) ;

“quand j'en ai parlé à ma fille, à ma petite dernière, quand je lui ai dit que ma gynécologue partait à la retraite, elle m'a dit “maman mais tu sais il y a même des sages femmes qui le font, elle font les frottis, les soins gynécologiques et tout”, je lui ai dit “ah bon ?” “et même ton médecin traitant il peut faire des frottis et ton suivi gynécologique” “et ben écoute, je lui ai dit, tu me l'apprends”” (E1).

Elles sont parfois informées par leur médecin généraliste : *“voilà parce que oui justement il me disait, je venais juste d'arriver dans la région donc pour trouver un gynéco ça va être difficile et puis là il m'a dit que je pouvais aller voir une sage-femme ou m'orienter vers sa collègue”* (E11).

Figure 2 : Les compétences des différents praticiens



Le rôle des praticiens

Bien que les praticiens aient des compétences communes, par exemple le suivi gynécologique classique, ils conservent tout de même chacun leurs propres domaines de compétences. Leurs rôles sont donc différents dans le parcours de soins gynécologiques.

- **Prise en charge de la pathologie par le gynécologue**

Seul le gynécologue est apte à prendre en charge les pathologies gynécologiques. C'est pourquoi, certaines patientes sont suivies par un gynécologue et ne se sont jamais posées la question d'être suivies par un autre praticien étant donné que les autres ne sont pas compétents à ce propos.

Les patientes m'ont raconté leur prise en charge spécialisée, par exemple la prise en charge d'un cancer du sein : *“j'ai eu une opération, une ablation totale du sein parce que j'avais 3 nodules à 3 endroits différents. Et après l'opération j'ai commencé la chimio parce que j'avais 2 ganglions atteints parmi les sentinelles. Du coup j'ai été réopérée avant la chimio. Après j'ai eu 15 jours de repos puis j'ai commencé la chimio pendant 3 mois puis la radiothérapie.”* (E2); ou la prise en charge d'une béance cervicale suite à une fausse couche tardive : *“Le Dr. (gynécologue) m'a orientée vers le professeur Pr. (gynécologue) à Bordeaux, donc si j'ai le projet de me relancer (grossesse), après 3 mois je serai amenée à faire un cerclage par le professeur”* (E3).

Le gynécologue est amené à leur donner des informations spécifiques sur leur pathologie, par exemple suite à un curetage : *“voilà, elle m'a fait un dessin de l'utérus, m'a expliqué ce que j'avais, comment ils ont nettoyé heu voilà”* (E1) ;

ou dans le cadre d'un papillomavirus : *“Là elle m'a expliqué que le HPV que j'avais n'était pas forcément très virulent. Elle m'a parlé de P2 je crois, cette année c'est un nouveau, elle n'avait pas utilisé ce terme la dernière fois. J'ai dit “c'est quoi P2 ?” elle m'a dit, “il est classé dans les catégories pas très très méchants””* (E6).

Il a également un rôle d'annonce de pathologie, parfois de mauvaise nouvelle pour la patiente comme dans le cadre d'un cancer par exemple : *“j'ai eu mon rendez-vous avec le Dr. (gynécologue), c'est là qu'elle m'a appris que c'était un cancer, c'était minimum, même pas une pièce de 2 euros mais de type 3 agressif donc c'est pour ça que j'ai eu 4 chimios adjuvantes et 30 rayons”* (E1).

Certaines patientes ont besoin d'un suivi rapproché par le spécialiste dans le cadre d'une pathologie gynécologique, par exemple la surveillance d'un HPV : *“en fait c'est tous les ans parce que j'ai un HPV qui n'est pas méchant mais elle préfère que temps que le frottis revient positif, elle préfère surveiller tous les ans”* (E6),

ou la surveillance suite à un cancer du sein : *“je vois ma gynéco une fois par an qui m’a fait un frottis cette fois, avec qui j’ai discuté de mes antécédents et de l’évolution suite à mon cancer du sein. On a fait un point ensemble, elle a vérifié ma cicatrice, elle m’a palpé l’autre sein et elle m’a dit voilà on se revoit l’année prochaine”* (E2),

ou bien une surveillance gynécologique rapprochée en lien avec une pathologie non gynécologique et usage de traitements majorant le risque de néoplasie gynécologique : *“non non c’est une maladie auto-immune, donc je suis sous immunosuppresseurs donc je suis suivie sur le plan gynéco au minimum 1 fois par an pour vérifier qu’il n’y ait pas de développement cancéreux. J’ai aussi des mammographies, donc j’ai droit au check up à chaque fois”* (E7) ;

“à chaque fois il me fait une échographie pour vérifier qu’il n’y ait pas de développement de tissu cancéreux dans l’utérus, les ovaires aussi. Donc c’est surtout pour vérifier ça, j’ai le droit à un frottis aussi à chaque fois.” (E7).

- **Le premier recours**

La sage-femme

Les patientes qui ont fait le choix d’être suivies par une sage-femme ont constaté un délai de rendez-vous assez rapide, donc une facilité d’accès à leur praticien référent : *“J’ai dû prendre rendez-vous le 10 août pour un rendez-vous le 23 août”* (E10).

Elles expliquent que peu importe le motif de rendez-vous : suivi ou urgence, elles se tourneraient vers leur sage-femme : *“j’irai voir la sage-femme”* (E10) ;

“c’est ça, je l’appelle directement” (E10).

En cas de demande de rendez-vous urgente, elles sont prises en charge très rapidement car la sage-femme a des créneaux de consultation dédiés aux urgences : *“maintenant avec la sage-femme si j’appelle pour ça, je sais que je suis prioritaire”* (E8).

Enfin, si la sage-femme n’est pas en mesure de les aider car cela dépasse ses compétences, elle adressera au gynécologue, elle a un rôle d’orientation : *“non j’irai voir ma sage-femme puis après c’est elle qui oriente, t’façon elle m’a dit s’il y a quoi que ce soit, une complication, je vous oriente vers un gynéco”* (E8).

Le médecin traitant

Au moindre problème aigu, que le motif soit gynécologique ou non, certaines patientes consultent leur médecin généraliste car c’est pour elles le médecin de premier recours : *“bah*

enfin je .. encore une fois comme je le disais tout à l'heure, si j'avais un problème bah je me retournerais en premier vers lui quoi (médecin traitant)".

D'autres patientes le consulteraient en cas de problème gynécologique aigu, du fait qu'elles pensent ne pas pouvoir consulter leur gynécologue : *"il est vrai que si j'avais un souci d'ici l'année prochaine, je viendrai voir mon médecin, donc je pense que, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, je pense que les rendez-vous sont assez long (avec le gynéco)".*

Même si elles ne le consultent pas, elles pensent au moins prendre l'avis de leur médecin traitant afin de les conseiller sur la conduite à tenir, par exemple par téléphone ou par mail : *"déjà je vais lui demander conseil, je vais l'appeler ou lui envoyer un mail pour lui demander ce qu'il en pense, car on communique par mail avec le Dr. (médecin traitant)" (E7) ;*

"bah en premier lieu j'appellerai d'abord le Dr. (médecin traitant) et en fonction de ce qu'elle me dirait ..." (E1) ;

"donc déjà demander son avis avant de filer aux urgences." (E5).

Elles expliquent qu'en revanche, en cas d'urgence grave comme une hémorragie génitale, elles se rendraient directement aux urgences gynécologiques : *"alors je vais aux urgences ! si c'est vraiment hémorragie voilà je resterai pas comme ça quoi."* (E9) ;

"bah plutôt mon médecin traitant dans un premier temps, parce que aller aux urgences, je sais pas ... ou alors il faudrait vraiment que ça soit des saignements ..." (E11).

Certaines patientes consultent leur médecin traitant en urgence à condition qu'il s'agisse d'un problème gynécologique bénin : *"quand j'étais suivie par un gynéco pour le coup j'allais voir mon médecin traitant pour une mycose ou quoi car c'est beaucoup plus accessible, niveau prise de rendez-vous"* (E8) ;

"après quand il y a besoin je demande aussi à mon médecin généraliste si c'est bénin, là par exemple on vient de me découvrir du diabète donc j'ai eu un problème de mycose donc Dr. m'a donné un traitement" (E7).

Au contraire, une patiente, elle, a fait appel à son médecin traitant pour un problème gynécologique grave, c'est à dire, à la suspicion d'un cancer du sein : *"oui d'ailleurs je sais pas pourquoi, c'était instinctif, je me suis dirigée vers mon médecin traitant quand j'ai senti la grosseur .. j'ai appelé le Dr. et je ne sais pas pourquoi heu parce que au fond de soi en tant que femme on n'est pas bête on sait ce que sait quand on trouve une grosseur qui bouge pas*

en plus qui est figée ...” (E1), peut-être tout simplement car cette patiente exprime avoir une grande confiance en son médecin traitant.

En revanche, elles s'accordent sur un point, c'est que leur médecin traitant est souvent disponible en cas d'urgence, en tout cas plus disponible que leur gynécologue : *“parce que le gynéco, c'est beaucoup moins accessible, enfin moi je vois, fallait que je prenne mon rendez-vous 6 mois avant, alors c'est vrai que pour le coup quand j'étais suivie par un gynéco, j'allais voir mon médecin traitant pour une mycose ou quoi” (E8) ;*

“quand j'y vais j'ai pas toujours le Dr. (médecin traitant) mais j'ai quelqu'un du cabinet donc on sait qu'on peut être pris en charge” (E5) ;

“je pense qu'ils prennent assez vite, j'en n'ai pas besoin mais j'entends bien quand j'y vais bah y a des gens qui passent ou qui viennent pour une urgence et on les prend quoi.” (E5) ;

“bah j'appelle déjà au cabinet parce qu'ici en général ils prennent assez rapidement quand il y a des trucs urgents, le lendemain en général j'étais là.” (E9) ;

“bien sûr que j'irai le voir, en plus si j'ai un problème, je sais qu'il me prend dans la journée sans problème et ça reste un médecin hein” (E4).

Sa proximité facilite grandement son recours en cas d'urgence : *“effectivement je viendrais voir mon médecin, on a quand même ce qu'il faut sur place” (E5) ;*

“je commencerais aujourd'hui par appeler le médecin, enfin le Dr. parce qu'elle est à côté” (E5).

- **Coordination des soins par le médecin traitant**

Le médecin traitant centralise les résultats des différents examens complémentaires et comptes-rendus de spécialistes et a un rôle de veille : *“bah je lui en parlerais une fois le problème résolu pour qu'il le note dans le dossier” (E8) ;*

“Après si un jour y'a un gynéco qui va me diagnostiquer quelque chose, je vais l'en informer, si il y a un besoin d'un suivi” (E4) ;

“après s'il y avait un souci au niveau du frottis ou quoi que ce soit, comme il les reçoit, je pense qu'il m'appellerait, je demande toujours à ce qu'il ait une copie” (E7).

Le médecin traitant s'assure que ses patientes aient un suivi gynécologique et si ce n'est pas le cas, il les oriente vers un praticien compétent : *“non il m'a demandé si j'étais suivie et voilà” (E8);*

“bah il m’a demandé mon dernier frottis, j’ai dit que voilà, ça remontait à quelques temps et il m’a dit “bah ce serait bien d’en faire un”, et puis il m’a dit “bah moi je peux vous conseiller ma collègue” (E11).

Le médecin traitant a un rôle d’orientation de ses patientes envers un praticien qualifié : *“en lui demandant vers qui vous pouvez m’envoyer” (E5) ;*

“c’est vrai que moi mon médecin ne m’a pas du tout dirigée vers une sage-femme” (E7) ;

“s’il y avait quoi que ce soit, j’ai toujours le médecin généraliste qui pourra faire le relais parce qu’elle le fait aussi” (E5) ;

“s’il y a besoin, il me connaît donc si vraiment il y avait une urgence il sait vers qui me diriger” (E7).

Parfois, il est amené à prendre lui-même les rendez-vous pour faciliter et inciter les patientes à consulter : *“c’est lui qui a pris rendez-vous” (E11).*

Il juge du degré d’urgence de la situation et grâce à ses contacts, peut obtenir des rendez-vous en urgence s’il le juge nécessaire : *“je lui envoie un petit mail et il juge, si c’est une urgence ou il me dit, “tu viens me voir” ou il me dirige directement vers le gynéco.” (E7) ;*

“devant moi, il a appelé direct la mammographie, il m’a pris tous mes rendez-vous dans l’après-midi” (E1) ;

“après si on va voir son généraliste et qu’il y a un problème, là il vous trouve une place hein (chez le gynécologue)” (E11) ;

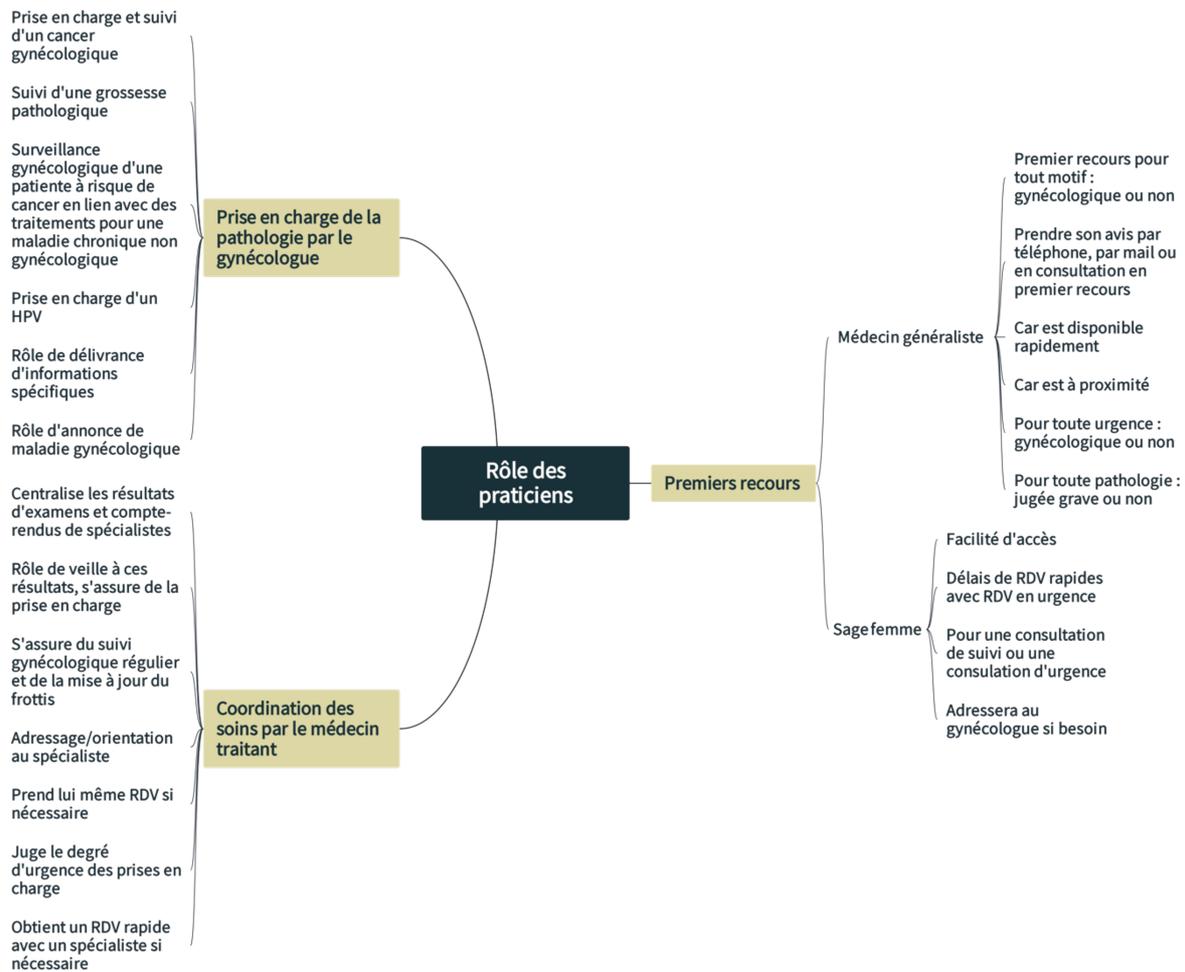
“si vraiment y’a des grosses douleurs tout ça, qu’il faut pas traîner, bon lui il va faire le nécessaire” (E9) ;

“après le médecin généraliste, lui il peut aiguiller par rapport à ce qu’on dit la douleur, ce qu’on a,(...), après il va envoyer peut être plus urgemment” (E9).

Le médecin traitant a un rôle central et primordial pour ses patientes : *“par contre dans l’autre sens si elle, elle arrête, je suis foutue. On se rend compte que ça se resserre, on ne se posait pas la question avant, aujourd’hui on est en train de tout remettre sur les médecins généralistes, tant mieux, elle est plus jeune que moi en plus ça m’arrange mais elle peut vouloir partir il peut arriver plein de choses et du coup ben j’ai plus rien.” (E5)*

Du fait de son rôle de prise en charge globale des patientes, une relation de confiance unique se développe avec celles-ci.

Figure 3 : Le rôle des praticiens



La relation médecin/patiente, différente en fonction du praticien

- **Relation de confiance unique avec le médecin traitant**

Certaines patientes se rejoignent sur un fait : leur relation est unique avec leur médecin traitant. Elles ont une grande confiance en lui : *“parce que j’ai une confiance, j’ai très confiance en elle, elle m’a beaucoup aidée”* (E1) ;

“parce que en plus, lui, j’ai confiance hein” (E4) ;

“bah non si c’est dans l’urgence et tout y’a pas de soucis je le ferai parce que j’ai un bon rapport avec mon médecin traitant” (E4).

Cette relation est très importante à leurs yeux : *“Il faut avoir confiance en son médecin traitant (...) c’est comme quelqu’un de la famille”* (E9).

Il a un rôle majeur de conseil auprès d'elles : *"il est de bon conseils aussi donc s'il y a besoin, il me connaît"* (E7).

Elles lui demandent son avis sur la conduite à tenir : *"C'était important pour moi d'avoir son avis, en tant que médecin sur mon suivi"* (E2) ;

"donc déjà demander son avis avant de filer aux urgences" (E5),

son avis sur des prises en charges spécialisées : *"C'est elle que je suis allée voir en lui disant voilà ce qu'il se passe, voilà quel suivi on me propose, différents chirurgiens, qu'est-ce que vous en pensez ?"* (E2)

Cette relation de confiance peut être facilitante pour certaines patientes, à consulter leur médecin traitant pour un motif gynécologique : *"et puis voilà notre médecin traitant on le connaît, on lui fait confiance, c'est peut-être plus simple parfois la relation"* (E6) ;

"autant ça me rassure que ce soit elle car elle me connaît" (E5) ;

"elle m'a dit qu'elle a fait une formation spécialisée mais je lui ai pas demandé laquelle, j'ai pas demandé combien de temps, je lui ai fait confiance" (E5) ;

De fait, le départ de leur médecin traitant, essentiel à leurs yeux, est parfois vécu comme un abandon : *"j'ai eu un médecin qui est parti dans une autre région donc qui m'a laissée choir, parce que lui, il connaissait toutes mes maladies tout ça quoi !"* (E9).

- **Le médecin traitant, à l'écoute des patientes**

Elles se sentent accompagnées et écoutées par leur médecin traitant : *"le Dr. est très très très à l'écoute, je peux me confier heu... même de mes petits problèmes personnels, c'est énorme ! J'ai arrêté les psychologues car ils ne m'apportaient rien du tout."* (E1) ;

"que là on peut parler, elle prend le temps, elle est à l'écoute" (E1) ;

"Et puis donc le Dr. a pris la suite et a été très présente pour moi pour toutes les questions que j'avais où les cancéros n'ont pas forcément le temps d'y répondre parce qu'on ne les voit pas forcément tout le temps" (E2) ;

"Pour après avoir bossé dans la lutte contre le cancer avec d'autres patientes, c'est ce qui ressort de beaucoup de patientes. Et on a une oreille plus attentive et des conseils plus appropriés chez les généralistes : les effets secondaires, l'aspect psychologique, les inquiétudes qu'on a par rapport à la maladie et à ce qu'elle entraîne" (E2).

Il est important de pointer le fait que les deux patientes ayant fait remarquer ce rôle d'oreille attentive du médecin généraliste, ont toutes deux été suivies par de nombreux spécialistes pour un cancer du sein.

- **Le gynécologue, peu dans le relationnel**

Certaines femmes ont un sentiment de déshumanisation lors de la consultation avec le gynécologue, elles ont la sensation que le spécialiste prend en charge la maladie, sans se soucier du contexte psycho-social : *“Et je trouve que la prise en charge des cancers, c’est un peu dur ce que je vais dire mais je ne suis pas la seule à le penser. Je trouve que les cancéros sont moins humains que les généralistes. Je trouve qu’ils ont tendance à prendre en charge la maladie, le cancer, mais très peu les effets secondaires et l’impact que ça a sur les gens.”* (E2)

Elles jugent le temps de consultation trop court avec le gynécologue, sans place pour la discussion et l'éducation thérapeutique : *“là c’est vrai qu’on est à la chaîne entre guillemets”* (E7) ;

“Heu après c’est vrai que c’est rapide quoi, on n’a pas trop le temps des fois de poser des questions donc heureusement je les écris à l’avance” (E7) ;

“c’est vrai que le quart d’heure, il fait l’examen, les ordonnances et on n’en parle plus, c’est parti quoi. Donc c’est vrai que j’ai intérêt à préparer mes questions avant sinon je repars et j’ai oublié quoi, c’est vrai que c’est un peu speed” (E7) ;

“je me suis engagée dans la ligue donc je fais des ateliers d’auto palpation parce qu’elles ne savent pas s’auto palper les seins parce qu’on ne nous l’apprend pas. Autrefois les gynécos le pratiquaient et beaucoup moins maintenant” (E2).

Les gynécologues sont parfois jugés peu empathiques, voire même avec une attitude de jugement et irrespectueuse envers les patientes : *“Les gynécologues, je trouve qu’ils sont beaucoup plus dans la technique et moins dans le relationnel”* (E8) ;

“car vous savez quand on vous reçoit, qu’on ne vous dit même pas bonjour et qu’on vous ne prescrit même pas la prochaine mammographie et que on vous dit “circulez y’a rien à voir” en guise d’au revoir, bah ça coupe l’envie d’y retourner ...” (E1).

Certaines patientes ont même vécu l'expérience d'un examen gynécologique brusque : *“dans le jugement, très sec, enfin pas du tout délicate dans les gestes gynécologiques et même dans l’accueil parfois”* (E4) ;

“j’avais une gynécologue avec qui ça ne passait pas du tout, en fait elle était brutale dans ses gestes, elle était froide, même quand on parlait avec elle y avait rien” (E10).

Lorsque le suivi est effectué par un gynécologue, c’est lui qui décide de la fréquence des rendez-vous. Elle n’ont pas le choix : *“après je sais que la fréquence des frottis normalement, c’est tous les 2 ou 3 ans je crois. Là je sais que c’est tous les ans, là je ne choisis pas, c’est comme ça, après si elle me dit on revient à la normale, ça sera dans 2 - 3 ans, ça me paraît long, après si c’est elle qui me le dit bon ...” (E6) ;*

“on m’avait dit tous les 6 mois la consultation gynécologique, ensuite on est passé à 1 an et quand le Dr. (gynécologue) avait vu que le lymphœdème prenait de l’ampleur il avait repassé à 6 mois et maintenant c’est tous les ans” (E1) ;

“on a fait un point ensemble, elle a vérifié ma cicatrice, elle m’a palpé l’autre sein et elle m’a dit voilà on se revoit l’année prochaine” (E2) ;

“je suis suivie sur le plan gynéco au minimum 1 fois par an pour vérifier qu’il n’y ait pas de développement cancéreux” (E7).

Elles pointent le fait qu’elles ne sont pas décisionnaires dans la fréquence des rendez-vous et aimeraient parfois avoir le choix : *“si ça pouvait être plus éloigné mais bon voilà c’est comme ça !” (E7).*

Certaines patientes expriment avoir subi des prises en charge spécialisées sans avoir eu le choix et en ont subi des conséquences : *“mais pourquoi vous faites des chimios si tout est bon?” (...)* Déjà j’étais contre cette chimio et il me dit *“écoutez je vais être honnête, on traite 65 % de cas par chimio alors qu’elles n’en ont pas besoin mais comme on ne sait pas, bah on traite”, “j’ai dit oui, en fait vous guérissez d’un côté pour tout bousiller de l’autre”, moi mes chimios m’ont bousillé, il y a des conséquences extrêmes alors que si ça se trouve j’avais peut-être même pas besoin de chimio” (E1) ;*

“Alors j’ai essayé de la prendre pendant 3 mois, j’ai eu la malchance d’avoir les effets indésirables les plus rares de l’hormonothérapie, nombreux, à savoir des migraines du matin au soir, un gros effet dépressif alors que moi j’étais loin de l’être, avoir envies suicidaires ++, des gros maux de ventre, barbouillée constamment, donc j’ai arrêté, repris, arrêté, repris comme ils le conseillent” (E2).

Une patiente pointe le fait que cette relation paternaliste avec le gynécologue est surtout le fait du passé. Il y aurait une tendance au changement dans l’attitude du spécialiste et dans la relation spécialiste/patiente. Les patientes sont désormais actrices de leur état de santé : *“enfin dans les années antérieures, je trouvais que les spécialistes n’était pas très abordables, pour*

eux c'était logique mais si on n'osait pas poser les questions bah on ne savait pas trop ce qu'il en était" (E6) ;

"comme je disais les spécialistes à l'époque c'était quand même un peu, bah c'était des spécialistes quoi ils se prenaient un peu, comment dire ... du haut de toutes leurs études, sans expliquer, mais on est aussi en droit de savoir quoi" (E6) ;

"mais il y a une grande tendance au changement" (E6).

- **Dégradation de la relation médecin-patient**

Une patiente que j'ai interviewé a le sentiment que les médecins généralistes ne sont plus à l'écoute des patientes : *"mais c'est surtout qu'en fait elle ne répond pas à mes questions et tout ce qu'elle me dit je le savais déjà, enfin si c'est pour aller voir un médecin pour qu'elle me dise, « prends un doliprane », je peux le faire toute seule" (E10).*

Elle a le sentiment que les médecins, de manière générale, ne sont plus investis dans la relation de communication : *"ah mais oui et puis un peu tous les médecins, enfin c'est plus ce que c'était quoi" (E10) ;*

"ah ouais maintenant je cherche plus, parce que même quand on se sent pas bien et tout, les médecins maintenant ..." (E10).

Cette patiente ne s'est pas sentie épaulée par son médecin généraliste lors de prises en charge gynécologiques, en conséquence, elle a le sentiment qu'elle n'est pas compétente dans ce domaine : *"à part pour mes douleurs de règles, à chaque fois elle change la pilule mais c'est tout ! Du coup c'est pas terrible non plus" (E10) ;*

"l'année dernière j'ai eu une infection urinaire pendant 3 mois, impossible de la détecter, je sais pas quel genre d'analyse elle me faisait faire mais voilà ! en tout cas pendant 3 mois c'était usant et voilà bah du coup bah pareil j'ai dû me débrouiller toute seule hein !" (E10).

De plus, elle a le sentiment qu'elle n'est pas disponible pour elle au moment où elle a besoin : *"non puis même quand j'ai eu besoin elle n'était pas là donc j'ai vu quelqu'un d'autre" (E10).*

De fait, aucune relation de confiance ne s'est développée entre la patiente et son médecin traitant : *"bah du coup pour moi elle n'est pas compétente, elle ne répond pas à mes besoins" (E10).*

- **Avec la sage-femme, un temps de discussion**

Les patientes qui ont consulté une sage-femme pour un motif gynécologique ont constaté qu'elles prenaient le temps en consultation : *“à l’aise oui, elle explique vraiment tout, elle prend le temps , même s’il y a du retard ou quoi elle prend vraiment le temps avec ses patientes”* (E8).

Une consultation gynécologique avec une sage-femme serait plus adaptée pour une adolescente qu’avec le gynécologue : *“moi je suis maman de deux petites filles, une qui va avoir 12 ans, bon il va falloir qu’on y passe un jour, et c’est vrai que je me dis, est ce qu’une sage-femme serait peut-être plus “douce” ? enfin je sais pas, prendrait plus le temps en tout cas ...”* (E7) ;

“Moi c’est vrai que j’ai pas du tout entendu parlé des sages femmes au départ (...), ça peut être des fois moins agressif pour des jeunes filles.” (E7).

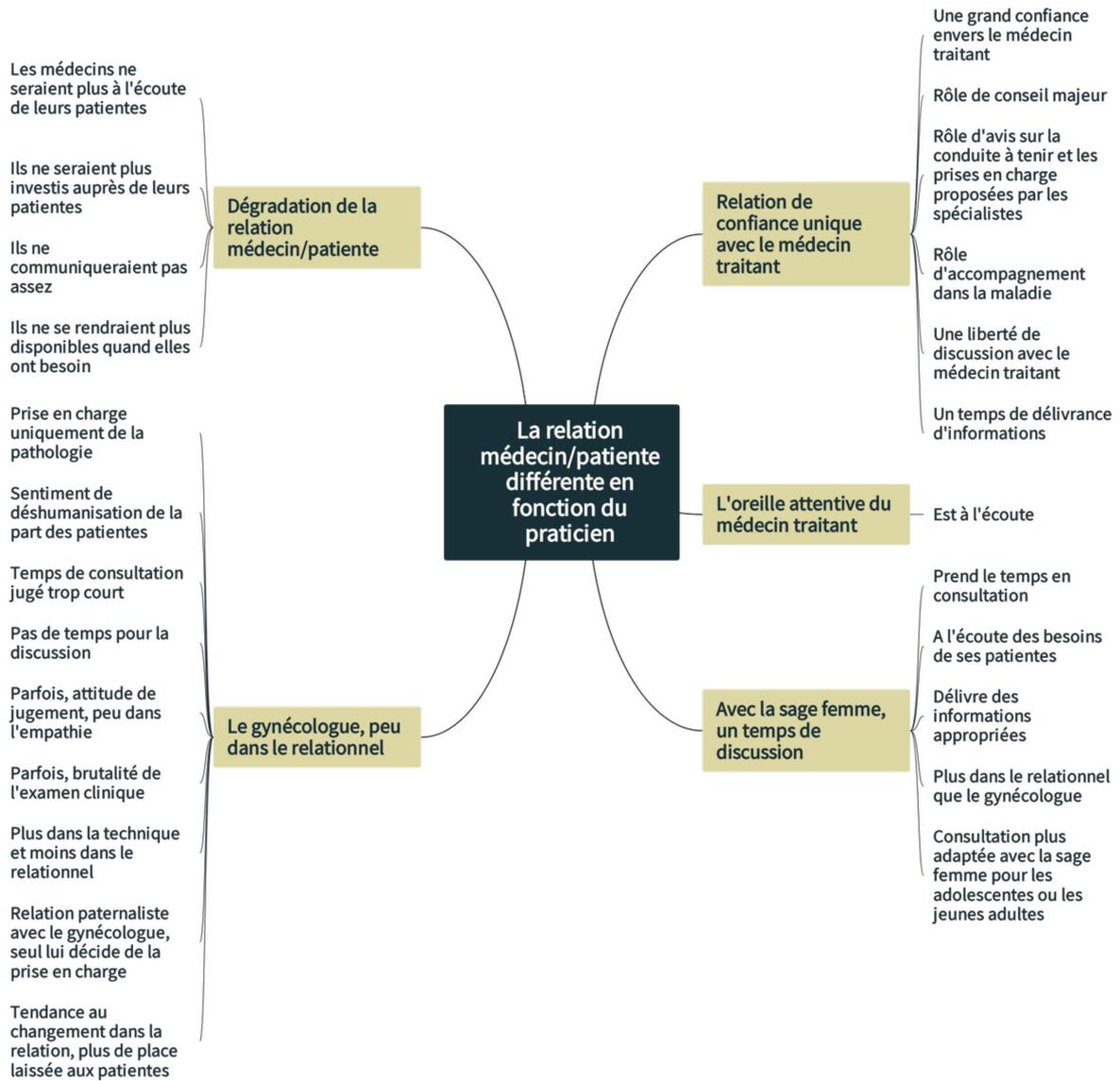
Elles seraient plus dans le relationnel que le gynécologue : *“la sage-femme est plus dans le relationnel”* (E8) ;

“mais c’est vrai que moi en tant que maman et même pour elle, c’est pas évident d’en parler à sa maman ou à son père d’ailleurs aussi, alors que des fois en parler avec une sage-femme .. alors que le gynéco voilà il est là pour l’acte” (E7) ;

“Le ressenti est bon, je sais que la prochaine fois je vais y retourner” (E10).

Elles seraient plus à l’écoute des besoins de ses patientes : *“j’ai été voir la sage-femme, elle m’a dit si ça se trouve c’est de l’endométriose, vu que les symptômes correspondent, voilà elle a mis des mots sur mes douleurs”* (E10).

Figure 4 : La relation médecin/patiente, différente en fonction du praticien



Les conséquences de la désertification médicale

La désertification médicale a un impact majeur sur le choix du praticien par les patientes.

- **Difficultés d'accès aux soins**

Tout d'abord, plusieurs patientes qui ont été amenées à déménager plusieurs fois dans leur vie, ont remarqué une disparité importante de l'offre de soins : *"J'ai déménagé y'a deux ans. J'habitais en Île-de-France dans le 95, donc là je n'avais pas difficultés à trouver"* (E4).

Toutes ont eu des difficultés à trouver un praticien à leur arrivée en Charente : *"Je sais que sur Angoulême c'est compliqué d'en trouver. Toulouse c'est pas le cas mais Angoulême pour trouver un gynéco, il faut se lever tôt !"* (E3).

Il paraît à ce jour quasiment impossible de consulter un gynécologue si la personne n'est pas inscrite dans la patientèle du médecin : *"j'ai cherché et j'ai trouvé personne, il n'y en a pas, personne n'a voulu me prendre"* (E5) ;

"bah soit ils prennent pas pour l'instant, il faudra rappeler, voilà" (E9) ;

"ah bah quand on n'est pas suivie c'est une horreur ! Par un gynéco, c'est une horreur d'avoir un rendez-vous !" (E8).

Même pour les patientes ayant un gynécologue référent, certaines rencontrent des difficultés pour le consulter. La prise de rendez-vous paraît compliquée : *"alors moi je préfère appeler directement le cabinet parce que sur Doctolib ce n'est pas accessible. C'est assez compliqué d'avoir rendez-vous avec ma gynécologue donc je passe directement par la secrétaire, ou je me rends sur place carrément."* (E3) ;

"Et ça peut être long, surtout que je crois qu'on ne peut l'appeler que le matin donc il faut tomber sur le bon créneau sinon on n'a plus qu'à rappeler le lendemain." (E7).

Les délais de rendez-vous sont longs et il faut se rendre disponible une bonne partie de la journée pour aller voir son gynécologue référent : *"les gynécologues ils ont toujours plein de retard, des rendez-vous à perpète, enfin voilà quoi."* (E8).

Néanmoins, certaines patientes ont un passe-droit pour accéder au gynécologue. Par exemple, les patientes avec un antécédent gynécologique : *"je précise que c'est pour un contrôle suite à un cancer du sein et tout de suite on me donne mon rendez-vous, je n'ai pas tant d'attente"* (E1) ;

"pour quelles raisons ce choix heu bah parce que j'ai eu une IVG chirurgicale, c'est elle qui m'a suivie après" (E11) ;

ou les patientes suivies pour une pathologie non gynécologique mais nécessitant un suivi gynécologique régulier : *“ j’ai une maladie donc du coup c’est vrai qu’ils sont assez réactifs”* (E7),

même en cas d’urgence : *“ça peut être dans la semaine s’il y a une urgence, alors après, moi c’est vrai que c’est un peu un cas particulier”* (E7).

Pour les femmes sans antécédent, l’un des moyens d’accéder à un gynécologue est de passer par les urgences gynécologiques : *“A chaque fois on m’a répondu, si c’est une urgence, venez à l’hôpital, on n’aura pas le choix. Super ! donc je me suis dit je vais pas y aller tous les 2-3 ans en disant y’a une urgence, c’est quand même pas logique.”* (E5).

L’autre moyen d’y accéder est d’être adressée au gynécologue par son médecin traitant : *“j’ai consulté mon docteur traitant, elle n’était pas là, c’était un p’tit remplaçant donc dans la foulée, devant moi, il a appelé direct la mammographie, il m’a pris tous mes rendez-vous dans l’après-midi, j’ai eu tous mes rendez-vous dans l’après-midi.”* (E1). Mais comme l’illustre bien cette citation, le médecin traitant adresse au gynécologue en général lorsqu’il suspecte une pathologie donc cela n’est pas le cas pour un simple suivi.

En revanche, des femmes sans antécédent mais qui semblent prioritaires sont les femmes enceintes : *“donc j’y vais, j’attends 2 heures, il y a que des femmes enceintes et je ne passe pas, il est 20 heures, je m’en vais. Il y avait tellement de monde, donc la priorité a fait que.”* (E11).

Il semble plus simple d’avoir un rendez-vous avec une sage-femme qu’avec un gynécologue : *“Une sage-femme, c’est beaucoup plus accessible. Pour avoir un rendez-vous, tout ça quoi.”* (E8).

Mais il paraît parfois tout autant difficile de joindre la secrétaire pour la prise de rendez-vous : *“c’est embêtant parce que la secrétaire a des permanences précises donc c’est pas tous les jours qu’elle répond au téléphone, elle répond que 3 jours par semaine ou des matinées ou des après-midis, enfin je sais plus.”* (E8).

Le délai de rendez-vous semble moins long qu’avec le gynécologue : *“je crois qu’il y avait 1 mois, 3 semaines-1 mois de délai”* (E8).

- **Un manque de gynécologues**

Effectivement, le manque de gynécologues se fait ressentir dans le département de la Charente : *“je sais qu’il y en a aussi sur (ville) mais apparemment ils sont archi blindés aussi”* (E7). Il y a eu de nombreux départs à la retraite qui n’ont pas été compensés par l’installation des quelques nouveaux gynécologues : *“alors au tout début je me suis fait suivre par une*

gynécologue en ville, très ancienne qui s'est mise à la retraite du jour au lendemain sans prévenir bien sûr" (E5) ;

"après bah il a pris sa retraite puis après y'avait plus, plus assez de gynécologues" (E9).

- **Augmentation de la distance médecin/patient**

De ce fait, les patientes sont obligées d'aller de plus en plus loin pour consulter un gynécologue, notamment pour la population rurale, il devient indispensable d'aller dans des grandes villes pour consulter un spécialiste : *"Quand les femmes me disent qu'elles vont consulter à Bordeaux ou à Paris parce que c'est pratique en TGV et qu'on habite à Angoulême heu ... dans quel monde va t'on quoi ?"* (E2) ;

"J'ai 15 minutes pour aller à (ville), c'est pour ça que je vous dis que j'espère qu'il y aura quelqu'un derrière qui prendra sa suite, parce qu'après si je dois monter sur Saintes ou Bordeaux ..." (E7).

Il en découle une augmentation de la distance patient-médecin qui représente donc un obstacle à la possibilité de consulter ce médecin référent en cas d'urgence.

- **Diminution du temps de consultation**

Les gynécologues qui essaient de pallier à la diminution de leurs effectifs se voient donc augmenter leur patientèle, il en découle donc un temps de consultation réduit avec chaque patiente et donc une déshumanisation de la prise en charge : *"après c'est vrai que c'est rapide quoi, on n'a pas trop le temps des fois de poser des questions (...) Donc c'est vrai que le quart d'heure, il fait l'examen, les ordonnances et on n'en parle plus, c'est parti quoi. Donc c'est vrai que j'ai intérêt à préparer mes questions avant car sinon je repars et j'ai oublié, c'est vrai que c'est un peu speed."* (E7) ;

"Après je trouve que la médecine se déshumanise en France parce qu'il y a moins de médecins et parce qu'il y a plus de patients et on accorde moins de temps aux patients. Autrefois les médecins se déplaçaient à domicile, les médecins prenaient 20 minutes avec chaque patient, maintenant c'est 10 minutes. Et je trouve dommage d'abandonner l'aspect humain qui est tellement important quand on est face à un patient. Et chez un gynéco d'autant plus." (E2).

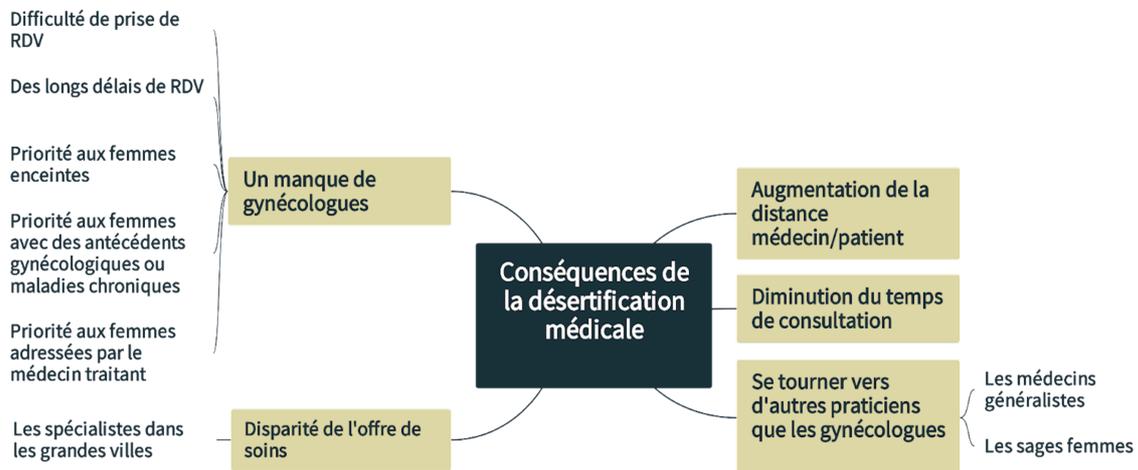
- **Se tourner vers d'autres praticiens que le gynécologue**

Forcément, les patientes se tournent, par choix ou non, vers d'autres praticiens : *“oui et puis comme tout le monde a plus ou moins des problèmes pour trouver un gynécologue donc il faut bien trouver d'autres alternatives”* (E11) ;

“maintenant on nous oriente vers des sage-femme car on manque de gynécos” (E2).

Certaines d'entre elles sont donc désormais suivies par un médecin généraliste.

Figure 5 : Les conséquences de la diversification médicale



Le suivi gynécologique par le médecin généraliste

- **Un rendez-vous dédié**

Comme expliqué précédemment, le médecin généraliste est compétent pour réaliser le suivi gynécologique simple de ses patientes. Il dédie souvent un rendez-vous spécifique pour le suivi gynécologique : *“je l'ai en médecin traitant et depuis deux ans je l'ai en gynécologue”* (E5) ;

“Et pourtant le fait de faire deux rendez-vous différents, ça ne me fait pas la même chose non plus” (E5).

Bien souvent, c'est le médecin traitant qui propose aux patientes de faire leur suivi gynécologique en expliquant ses compétences : *“je lui dis : “je ne trouve pas de gynéco” et elle me dit : “je le fais aussi”, “bon bah on va faire comme ça, si vous voulez bien me prendre en gynécologie” et ça s'est fait comme ça.”* E5,

ou qui oriente ses patientes à un collègue du cabinet ayant une appétence pour la gynécologie : *“je venais juste d'arriver dans la région donc pour trouver un gynéco ça va être difficile et puis là il m'a dit que je pouvais aller voir une sage-femme ou m'orienter vers sa collègue, moi j'ai dit : “bah au contraire, ça me va tout à fait”* (E11).

Ce rendez-vous est perçu comme un moment privilégié avec son médecin traitant, un moment intime où l'écoute et l'empathie sont très importants pour les patientes : *“Et je l'ai trouvée vraiment différente, plus à l'écoute encore le fait que ça soit un rendez-vous gynécologique”* (E5) ;

“j'ai trouvé qu'elle se mettait plus à ma portée, même pour elle, j'ai eu la sensation que c'était un examen différent. Ca m'a encouragé.” (E5).

Le fait que le suivi soit fait par le médecin traitant peut être rassurant pour certaines patientes étant donné qu'il connaît tous leurs problèmes de santé : *“ça me rassure que ce soit elle car elle me connaît”* (E5) ;

“Donc c'est la deuxième fois, elle a déjà mon dossier donc ça va plus vite” (E5).

La relation de confiance développée avec le médecin traitant peut également faciliter la prise en charge gynécologique : *“alors c'était pas un choix mais quand elle m'a dit : “je le fais”, ça m'a rassurée, elle m'a pas dit : “bah y a mon collègue du bureau d'à côté qui le fait”, j'aurais eu mais ça m'aurait moins rassuré.”* (E5).

- **Le médecin traitant, considéré comme un proche, un réel frein**

Le médecin traitant suit parfois ses patientes depuis leur enfance, prend en charge toute la famille dont les enfants des patientes, il est donc pour elles considéré comme un proche, elles ne s'imaginent pas leur confier cette partie intime de leur vie car le connaissent “trop bien”, surtout quand il s'agit d'un homme : *“Le médecin de famille à l'époque, il avait un certain âge. Je ne me serais pas vu heu .. il me l'aurait proposé, j'aurais dit “je crois pas non !” et pourtant les gynécologues à l'époque c'était que des hommes mais vraiment c'était chacun son rayon quoi.”* (E5).

Cette patiente explique que le médecin traitant étant le médecin de famille, suit toute la famille et donc elle ne s'imaginerait pas lui confier des choses intimes par peur qu'elles soient répétées même si elle a connaissance du secret médical : *“puis c'était le médecin de famille. Donc ça c'est pas le genre de choses, enfin même si on dit qu'il y a un secret quand on est suivi toute la famille, tout le monde est suivi en même temps, on a toujours des nouvelles de l'un de l'autre.”* (E5) ;

“mais je trouve que c'est un endroit tellement intime donc j'ai vraiment pas envie qu'on en parle. Donc là avec le médecin ça devient vraiment plus un échange. Donc le médecin de famille c'est un peu différent.” (E5).

- **Un côté pratique**

L'accès au médecin traitant paraît plus simple que l'accès au spécialiste avec des délais de rendez-vous beaucoup plus rapides : *“puis normalement on arrive à avoir plus facilement un rendez-vous avec son généraliste qu'avec un gynéco quoi”* (E11) ;

“correct par rapport à un rendez-vous médical classique, autre, général on va dire, c'est plus raisonnable. J'ai dû avoir 15 jours.” (E5) ;

“dans les 15 jours, non ça a été rapide, bah oui du coup moi ça m'arrangeait bien comme ça au moins” (E11),

avec une facilité de prise de rendez-vous : *“je suis passée par Doctolib”* (E5);

“on en avait parlé ensemble, après j'ai appelé la secrétaire, c'est dans son cabinet hein ! comme ça bah du coup c'est vrai que c'est moins compliqué” (E9) ;

“c'est lui (le médecin traitant) qui a pris le rendez-vous” (E11),

avec une proximité entre le domicile de la patiente et le cabinet de son médecin traitant : *“là je suis à 9 km, enfin je travaille sur (ville) mais c'est quand même pratique quand je rentre, je m'arrête ici, enfin c'est quand même pratique quoi”* (E11).

- **Formation spécifique du médecin généraliste**

Les patientes expliquent être rassurées par le fait que le médecin généraliste effectuant leur suivi gynécologique s'est en quelque sorte, spécialisé en gynécologie : *“Et là c'est mon généraliste mais parce qu'elle m'a dit : “j'ai fait une formation spécialisée”, c'est elle qui me l'a dit. Elle m'a dit : “j'ai fait une spécialisation et je peux le faire”* (E5) ;

“parce qu'elle m'aurait dit : “vous savez dans notre formation de généraliste on est formé”, ça ne m'aurait pas fait le même effet. Vous voyez c'est le fait de se dire qu'elle a fait une petite spécificité, elle est allée plus loin par rapport aux femmes, voilà elle en sait un petit peu plus

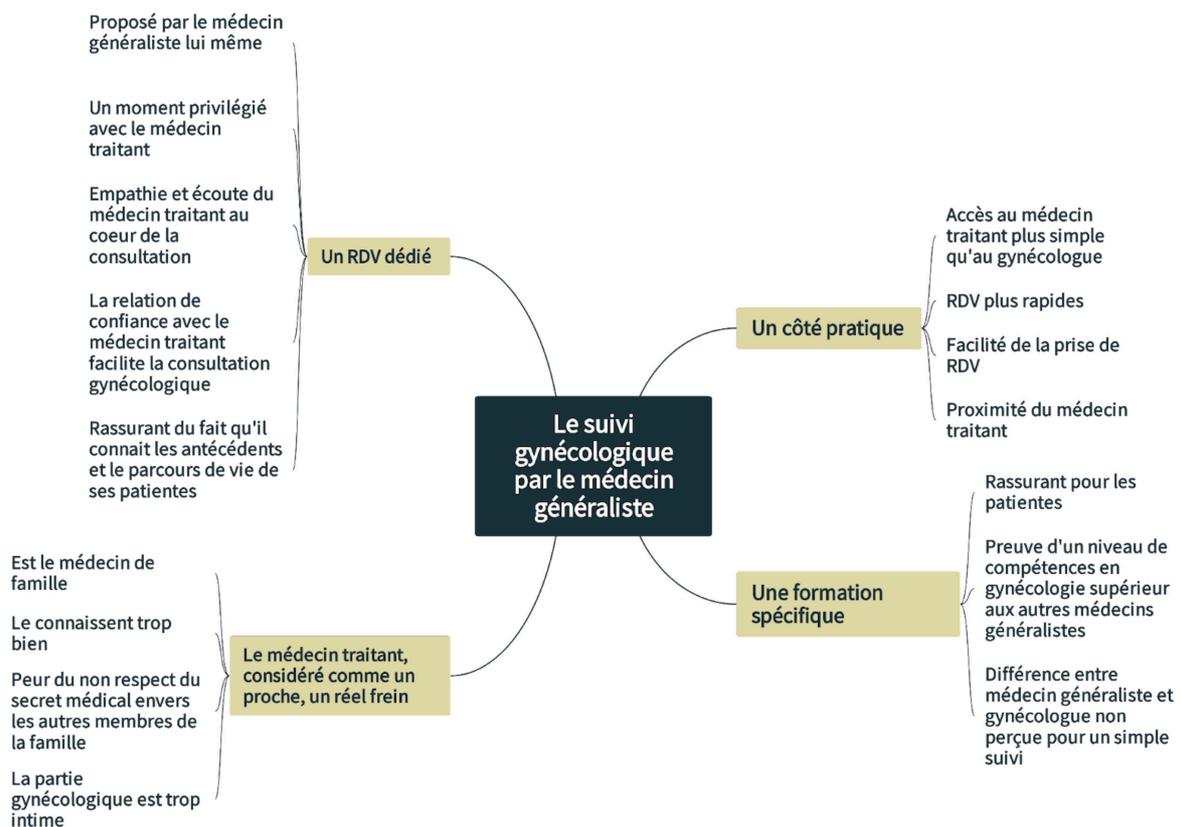
que son collègue d'à côté. Parce que chez nous on a besoin de diplômes, on a besoin de reconnaissance, il faut que ça soit écrit." (E5) ;

"Et là je suis tombée sur une autre médecin femme qui était médecin généraliste mais faisait aussi, enfin qui a du faire des études pour faire les frottis" (E9).

Une patiente exprime le fait qu'elle n'a pas perçu de différence entre un rendez-vous avec un spécialiste et un médecin généraliste pour son suivi gynécologique : "J'ai pas trouvé de différence avec les gynécologues que j'avais avant justement. Si je n'avais pas su qu'elle était généraliste, ça ne m'aurait pas choqué." (E5).

Si certaines femmes font le choix de se tourner vers d'autres praticiens pour continuer d'avoir un suivi gynécologique régulier, d'autres n'ont tout simplement plus de suivi.

Figure 6 : Le suivi gynécologique par le médecin généraliste



Les freins au suivi gynécologique

Plusieurs femmes interrogées sont d'accord sur un fait : la consultation gynécologique n'est jamais un moment agréable : *“bah c'est pas le moment le plus agréable on va dire (rires)”* (E7);

“j'y vais pas spécialement avec plaisir” (E7) ;

“Déjà qu'aller chez le gynéco, on n'a pas forcément envie” (E4).

C'est un moment particulier, où le praticien accède à l'intimité des femmes : *“c'est pas évident pour les femmes, vous savez, on arrive on baisse notre culotte, on s'est jamais vu notre vie, c'est quand même particulier”* (E4).

Certaines évoquent même une appréhension : *“j'appréhendais un peu, pourtant j'ai eu 3 enfants hein par césarienne d'ailleurs, on est habituée à aller chez le gynécologue mais bon c'est pas pareil, et puis après bah y' longtemps qu'on y a pas été on va dire”* (E9).

Une patiente explique avoir abandonné son suivi gynécologique suite au COVID : *“ça doit faire 6 ans un truc comme ça, parce que moi après je suis arrivée ici ça doit faire 3 ans puis après il y a eu les années COVID en 2020”* (E9) ;

“là c'est vrai que c'est compliqué avec ce COVID” (E9).

Elle explique sa difficulté à trouver un gynécologue à son arrivée en Charente : *“bah pour prendre des rendez-vous, bah non à partir du moment où on me proposait dans un an, un an et demi alors j'ai dit non non et puis voilà je suis restée en plan !”* (E9).

Elle pensait également ne pas avoir accès au dépistage du cancer du sein en raison du manque de spécialistes : *“et là je me dis c'est octobre rose, est ce que j'appelle ? est ce qu'on va me dire, bah non c'est pas possible ?”* (E9)

La problématique des départs à la retraite des gynécologues est également évoquée dans le fait de ne pas avoir trouvé de gynécologue pour réaliser leur suivi gynécologique : *“bah je vous dis ça remonte à 10 ans, elle est partie en retraite et après je n'ai pas ...”* (E11);

“après bah il a pris sa retraite et puis après y'avait plus, plus assez de gynécologues” (E9).

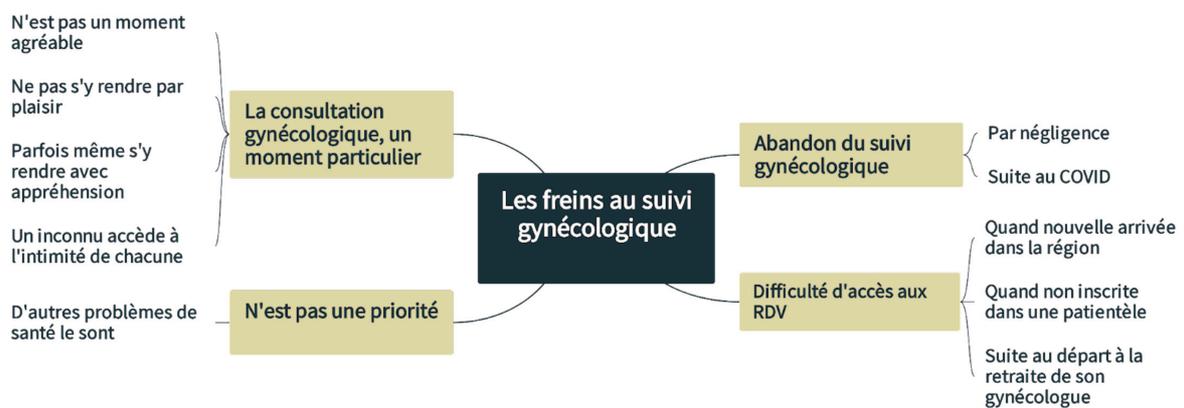
Elles parlent de négligence, étant donné qu'elles ne font pas les dépistages du cancer du sein, ne nécessitant pas un gynécologue : *“je n'étais pas suivie par négligence de ma part”* (E11) ; *“mais là je suis bien à 4 ans sans avoir fait ! (la mammographie de dépistage)”* (E9).

Le suivi gynécologique peut parfois ne pas être une priorité en lien avec des problèmes de santé plus impactant et nécessitant des prises en charge, reléguant la prévention au second plan : *“j'ai d'autres maladies : la fibromyalgie, l'arthrose etc.”* (E9).

De fait, la prévention en gynécologie n'a pas pu être abordée avec le médecin traitant : *“non plus bah y'a quoi, y' peut être 1 an que je le vois, avec tous les machins qu'il a dû faire sur moi”* (E9) ;

“il m'en a pas parlé spécialement, on a plus parlé d'autre chose, des problèmes de colon, machin ...” (E9).

Figure 7 : Les freins au suivi gynécologique



DISCUSSION

Résultats et comparaison aux données de la littérature

C'était un choix discuter les résultats et de les comparer aux données de la littérature dans le même paragraphe. Les études ayant retrouvé les mêmes résultats que ceux de notre étude sont annotées en bibliographie.

- **Résultat principal**

Une partie des femmes souhaite consulter un gynécologue absolument alors qu'une autre partie a d'autres critères de choix, notamment la relation développée avec le praticien. A ce jour où la démographie médicale ne cesse de diminuer, certaines patientes n'ont plus le choix de praticien, voire n'ont plus la possibilité de suivi gynécologique régulier. Ces patientes n'ont bien souvent pas conscience des compétences des praticiens de premier recours : les médecins généralistes et les sage-femmes.

Une première partie des femmes préfère consulter un gynécologue, peu importe le motif de consultation et peu importe les contraintes qu'il peut y avoir à consulter un spécialiste, comme la difficulté d'accessibilité avec de longs délais de rendez-vous, des difficultés à prendre les rendez-vous ou la distance à parcourir.

Pour elles, il est le médecin référent pour tout problème lié à la femme, comme retrouvé dans les résultats de la thèse du Dr HUET, qui porte sur les perceptions des femmes sur le suivi gynécologique réalisé par le médecin généraliste (45). C'est un automatisme, une habitude de consulter un gynécologue pour tout motif gynécologique, résultat également retrouvé dans les thèses des Dr TERRIS (43) et Dr COUPRIE (44), qui ont étudié les déterminants et les freins à la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale.

Elles sont plus rassurées de consulter un spécialiste car elles le pensent plus compétent. De fait, une majeure partie de ces femmes n'a pas connaissance des compétences gynécologiques des médecins généralistes et des sage-femmes. Comme l'indiquent les résultats de la revue de la littérature portant sur l'état des lieux du suivi gynécologique en médecine générale du Dr GUYOMARD en 2018 : entre 11 et 66 % des femmes ne savent pas si les généralistes réalisent des consultations de gynécologie (10).

Une deuxième partie des femmes ont d'autres critères de choix que le seul fait que le praticien doit être un gynécologue. Elles jugent très important la relation de confiance qu'elles

développent avec le praticien. Elles souhaitent consulter un praticien avec qui elles se sentent à l'aise, qui est à leur écoute, qui prend le temps, qui donne des informations sur les gestes et examens réalisés. Elles souhaitent qu'il demande leur consentement avant tout examen, qu'il effectue les gestes techniques avec douceur. Ce grand critère de qualité de la relation avec le praticien est retrouvé dans d'autres thèses : (44), (45) dont celle du Dr LOISEAU (42) qui a étudié les facteurs facilitant la réalisation du suivi gynécologique en médecine générale.

Certaines femmes ont une préférence de sexe de praticien, d'autres non. Certaines souhaitent que le praticien ait des délais de rendez-vous corrects, d'autres non. Certaines souhaitent que le praticien soit à proximité de leur domicile, d'autres en sont indifférentes. Une partie d'entre elles choisit sur recommandations de proches, d'amies ou de collègues qui leur conseillent un praticien. Cette notion de réputation de praticien est retrouvée dans les autres thèses présentées (42), (43), (44).

Certaines trouvent souhaitable le fait d'avoir un praticien référent uniquement dédié à leur suivi gynécologique, qu'il soit toujours le même à chaque consultation étant donné que cela touche à leur intimité.

D'autres évoquent le souhait d'avoir un praticien compétent, formé à la gynécologie, peu importe son statut de médecin généraliste, de spécialiste ou de sage-femme.

Le spécialiste est pour elles, le plus compétent des praticiens en gynécologie, il a des connaissances plus approfondies, les consultations seraient plus poussées (43), (45). Il est avant tout un technicien, un chirurgien.

Le médecin généraliste a une vision globale, il a des notions, des compétences élémentaires en gynécologie, concept qui ressort également dans la thèse du Dr COUPRIE, il est polyvalent (44). Certains sont formés à la gynécologie par une formation spécifique et sont donc aptes à réaliser des frottis. Certaines femmes le pensent incompetent suite à de mauvaises expériences. Pour elles, il est là simplement pour prendre en charge les pathologies de la vie courante, grande idée également retrouvée dans la thèse du Dr HUET (45). D'autres ignorent complètement les compétences gynécologiques de leur médecin traitant et plus largement des médecins généralistes.

Plusieurs femmes ont évoqué la notion de différence de génération. Effectivement cette notion a été retrouvée dans la thèse quantitative du Dr PLANTEVIN qui trouve une différence statistique entre l'âge et les connaissances des patientes, plus les patientes sont jeunes et plus elles ont de connaissances sur les compétences des médecins généralistes. Plus elles

sont âgées et moins elles vont consulter leur médecin généraliste pour un motif gynécologique (36).

Les sages femmes sont toujours reliées à la grossesse, elles accompagnent à la maternité. Elles réalisent des suivis de grossesse et des accouchements. Elles travaillent à l'hôpital initialement. Leurs compétences gynécologiques sont souvent méconnues. Elles sont jugées récentes. Elles sont techniciennes puisque capables de faire des frottis, de poser des stérilets etc. Mais certaines patientes les jugent pas toujours bien formées, les consultations seraient moins poussées qu'avec un gynécologue. Une seule étude datant de moins de 10 ans évoque les connaissances des femmes sur les compétences des sage-femmes, c'est la thèse quantitative du Dr PLANTEVIN qui a créé un score de connaissances. Le score concernant les sage-femmes était de 5,3/16 compétences, beaucoup moins élevé que celui concernant les médecins généralistes ou les gynécologues. Une seule patiente, sur les 156 interrogées, a attribué plus de 12 compétences aux sage-femmes (36).

Certes, les compétences de médecins généralistes sont souvent méconnues des patientes, mais notre étude a confirmé que c'est également le cas pour les sage-femmes.

Les femmes qui ont connaissance des compétences des praticiens de premier recours ont souvent été informées soit par leur médecin généraliste, soit par des proches, par le bouche à oreille (44), (45). La thèse quantitative du Dr VERGNOL réalisée en 2021 dans le Puy de Dôme indique que plus de 80% des patientes suivies par leur médecin généraliste ont été informées de cette possibilité par le médecin lui-même (38). Elles se demandent comment on pourrait informer davantage de femmes, une patiente imagine une campagne de santé publique avec des spots publicitaires à la télévision et à la radio.

Les patientes ont bien conscience que les rôles du gynécologue, du médecin généraliste et de la sage sont différents et se complètent.

Le gynécologue est le seul à prendre en charge les pathologies gynécologiques bien qu'il réalise également des suivis gynécologiques classiques.

Le rôle de premier recours est accordé aux médecins généralistes qui ont des créneaux de consultations d'urgences. Ils sont donc facilement accessibles en cas d'urgence en plus d'être proches en distance (42), (45). Il en est de même pour les sage-femmes, elles sont davantage accessibles que les gynécologues. Les patientes s'adressent à elles en premier recours à partir du moment où la pathologie gynécologique leur semble bénigne. Ce rôle de premier recours gynécologique par les sage-femmes n'avait jamais été évoqué dans les précédentes thèses qualitatives sur le sujet. On peut expliquer cela probablement par le fait que le nombre

de sage-femmes libérales réalisant du suivi gynécologiques a considérablement augmenté ses dernières années.

Les patientes soulignent le rôle de coordination des soins par le médecin traitant qui centralise tous les résultats d'examens et comptes-rendus de spécialistes. Il a un rôle de veille sur ces résultats et s'assure que les prises en charge sont effectuées. Il juge le degré d'urgence des prises en charge et obtient des rendez-vous rapides si besoin. Il a un rôle d'adressage, d'orientation de ses patientes envers les spécialistes et notamment le gynécologue quand il le juge nécessaire. Toutes les thèses qualitatives retrouvées à ce sujet datant de moins de 10 ans ont mis en lumière ce rôle fondamental du médecin traitant (42), (43), (44), (45) y compris la thèse du Dr FERREIRA (41) qui a mis en évidence les freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes entre 50 et 65 ans.

De ce fait, la relation avec chaque praticien est différente. Des patientes expliquent avoir une grande confiance en leur médecin traitant. Il a pour elles, un rôle fondamental de conseil et d'avis. Il est là pour les informer, pour les écouter. Elles se sentent à l'aise de discuter avec lui et d'évoquer tous leurs problèmes quels qu'ils soient (44).

Les sages femmes ont pour réputation de prendre le temps en consultation, d'être à l'écoute des besoins de leurs patientes. Elles auraient une approche douce, adaptée à une patientèle d'adolescentes et de jeunes femmes.

Le gynécologue serait focalisé sur la prise en charge de la maladie. Il est jugé trop dans la technique et non dans le relationnel. Il n'y a pas de temps de discussion, parfois même pas de temps pour les patientes de poser leurs questions. Certaines ont eu un sentiment de déshumanisation avec une attitude de jugement de la part du gynécologue. La relation avec celui-ci paraît plutôt paternaliste, c'est uniquement lui qui déciderait des prises en charge. Cette relation aurait tendance à se modifier et à s'améliorer avec le temps, les jeunes gynécologues ayant la réputation d'être un peu plus à l'écoute que leurs prédécesseurs.

Ce phénomène n'avait jamais été évoqué dans les précédentes thèses qualitatives sur le sujet. Peut-être que les femmes se sont rendues compte que la consultation gynécologique peut être un moment d'échange et d'écoute en changeant de praticien, c'est-à-dire en passant du gynécologue à un autre praticien. La consultation gynécologique avec un gynécologue qui est focalisé sur la technique était probablement la norme à une certaine époque. La relation médecin/patiente s'est modifiée avec le temps, y compris avec le gynécologue.

Certaines patientes ont le sentiment que les médecins de manière générale ne sont plus à l'écoute de leurs patientes. Ils ne seraient plus autant investis que leurs prédécesseurs. Ils ne se rendraient plus disponibles quand les patientes seraient dans le besoin. C'est la première fois que ce concept apparaît dans les thèses récentes sur le sujet. On pourrait se demander si la difficulté d'accès aux soins ne modifierait pas la relation médecin/patient en la rendant plus compliquée.

- **résultats secondaires**

La désertification médicale a un impact majeur sur le choix de praticien par les patientes. Étant donné que le manque de gynécologue se creuse de plus en plus, il en résulte une difficulté dans la prise de rendez-vous, avec de longs délais (41), (43). La priorité est laissée aux femmes enceintes, aux femmes avec des antécédents gynécologiques ou maladies chroniques ou bien aux femmes adressées directement par leur médecin traitant. Ce concept de priorités n'apparaissait pas dans les précédentes études sur le sujet.

Il en résulte une disparité de l'offre de soins, les gynécologues se concentrant plutôt dans les grandes villes, engendrant un allongement de la distance médecin/patiente.

La patientèle des gynécologues se voit donc grandir, engendrant un temps de consultation qui se réduit et donc peu de temps laissé à la discussion.

Les patientes se tournent donc, par choix ou non vers d'autres praticiens comme les sage-femmes et les médecins généralistes.

Le suivi gynécologique peut être réalisé par un médecin généraliste. Il est souvent proposé aux patientes par le médecin généraliste lui-même, sous forme de consultation dédiée (43). Les patientes ont la sensation que c'est un moment privilégié avec leur médecin traitant, où l'empathie et l'écoute sont au cœur de la consultation (43), (45).

La relation de confiance qu'elles ont développé avec leur médecin traitant peut faciliter la consultation gynécologique. Dans l'étude du Dr VERGNOL, 68% des femmes pensent que la relation de confiance développée avec le médecin traitant est en faveur d'un suivi gynécologique réalisé par celui-ci (38). C'est rassurant pour elles, dans le sens où leur médecin traitant connaît leurs antécédents et leur parcours de vie (42), (45).

Cela a un côté pratique puisque l'accès au médecin traitant est plus simple qu'avec le gynécologue, la prise de rendez-vous est plus simple et les délais sont plus rapides. De plus, le médecin traitant est la majorité du temps à proximité de leur domicile. Cette notion de

praticité en lien avec la disponibilité et la proximité du médecin traitant ne fait que se confirmer (42), (43), (44), (45).

Le médecin généraliste réalisant le suivi gynécologique a souvent suivi une formation spécifique. Cela est rassurant pour les patientes car c'est la preuve d'un niveau de compétence supérieur à n'importe quel autre médecin généraliste (36), (43). Certaines n'ont pas remarqué de différence entre la consultation gynécologique réalisée par leur ancien gynécologue et celle réalisée par leur médecin généraliste quand il s'agit d'un simple suivi.

Malgré la multiplicité des praticiens aptes à réaliser le suivi gynécologique, certaines femmes restent sans suivi. Elles expliquent que la consultation gynécologique n'est pas un moment agréable (41), (43). Certaines s'y rendent avec appréhension étant donné que cela signifie qu'un inconnu accède à leur intimité.

Elles expliquent que la difficulté de prise de rendez-vous représente un frein, notamment quand elles déménagent et changent de région, ou bien quand leur gynécologue part à la retraite et qu'elles doivent trouver un nouveau praticien. Il semble très compliqué d'obtenir des rendez-vous quand elles ne sont pas inscrites dans une patientèle.

Certaines justifient leur abandon de suivi par la pandémie du COVID, d'autres évoquent tout simplement une négligence de leur part (43).

Pour certaines, leur suivi gynécologique n'était tout simplement pas une priorité puisque d'autres problèmes de santé les accaparaient.

Dans les autres thèses qualitatives sur le sujet, la notion de tarification trop élevée des consultations avec le gynécologue est revenue à plusieurs reprises, chose qui n'a absolument pas été évoquée par les patientes que j'ai interrogées.

L'originalité de notre étude réside dans le fait que nous avons choisi d'intégrer le choix possible de la sage-femme comme praticien étant donné qu'elles font parties des praticiens de premier recours en gynécologie, et que leur effectif ne cesse d'augmenter, notamment en libéral. C'est la première fois qu'une thèse de médecine générale étudiait les critères de choix de praticiens de manière générale et pas uniquement les freins et moteurs au suivi gynécologique par le médecin généraliste. A ce propos, nous avons donc recueilli globalement les mêmes données qui avaient émané des études précédentes.

Le fait que de nombreuses patientes ne connaissent pas les compétences gynécologiques des médecins généralistes a également été confirmé en Charente. Nous avons mis en évidence le fait qu'elles ne connaissent pas davantage les compétences gynécologiques des sage-femmes que celles des médecins généralistes.

Nous voulions comprendre pourquoi certaines patientes se tournent vers leur médecin généraliste pour leur suivi gynécologique mais également pourquoi certaines préfèrent le gynécologue et d'autres la sage-femme. De fait, ont émané de nouveaux phénomènes, comme la différence de relation médecin/patient en fonction du type de praticien et la différence des rôles de chaque praticien dans la prise en charge gynécologique.

De plus, étant donné que nous nous sommes intéressés à la fois à la consultation de suivi gynécologique et à la consultation d'urgence gynécologique, nous avons mis en évidence que le choix du praticien peut différer en fonction du motif de consultation. Par exemple, nous avons mis en lumière le fait que certaines patientes qui font le choix d'être suivies par un gynécologue, se rendent plutôt chez leur médecin généraliste en cas de motif aigu.

Forces et limites

- **Type d'étude**

Le choix de la méthode qualitative semblait le plus adapté pour évaluer le ressenti des femmes. L'étude qualitative nous a permis d'aborder le sujet sans a priori, d'obtenir des réponses concrètes et donc de comprendre le phénomène étudié.

- **Population de l'étude**

L'échantillonnage s'est défini au fur et à mesure que s'est construite la théorie. Nous avons veillé à ce que toutes les catégories d'âges soient représentées, de même pour les catégories socio-professionnelles et statuts maritaux des patientes. Nous avons obtenu une hétérogénéité des caractéristiques en lien avec leur suivi gynécologique :

- la fréquence des rendez-vous, entre plus d'une fois par an à moins de tous les 5 ans,
- les moyens de contraception, où seul l'implant n'était pas représenté,
- les antécédents gynécologiques, de la grossesse non compliquée au cancer du sein,
- le praticien référent pour le suivi, avec des patientes suivies par un gynécologue homme ou femme, par une sage-femme, par leur médecin traitant, par un autre médecin généraliste que leur médecin traitant et même des femmes sans suivi gynécologique.

Concernant les caractéristiques des médecins traitants des patientes :

- toutes les tranches d'âges étaient représentées, de 30 ans à plus de 60 ans
- les deux sexes étaient représentés.

On retrouve inévitablement quelques biais d'échantillonnage, notamment concernant les caractéristiques des médecins traitants. Toutes les patientes incluses étaient suivies depuis une durée maximum de 10 ans par leur médecin traitant, ce qui implique qu'il est peu probable que les patientes le considèrent comme un proche comme évoqué dans d'autres études sur le sujet. En revanche, deux patientes (E5) et (E9) ont parlé de leur ancien médecin traitant qu'elles ont gardé plus de 10 ans et donc ont évoqué cette relation de proximité qu'elles avaient pu développer avec lui.

De plus, l'échantillon était surtout constitué de patientes vivant en milieu rural. Seulement deux d'entre elles vivaient dans des grandes villes, sachant que la plus grande ville de Charente est constituée de 50 000 habitants, bien loin des grandes métropoles de la région comme Bordeaux par exemple. Cela peut donc s'apparenter également à un biais géographique puisque notre étude ne s'est déroulée qu'en Charente. Mais il était volontaire de réaliser cette étude dans un département où quasiment toutes les communes sont placées en Zone d'Intervention Prioritaire par l'ARS, soit plus vulgairement en désert médical afin d'explorer l'impact de la désertification médicale sur le choix de praticien.

- **Recrutement**

On peut noter un premier biais de recrutement puisqu'il s'est fait sur la base du volontariat, ce qui implique que les patientes volontaires avaient forcément un intérêt pour le sujet évoqué, c'est à dire leur prise en charge gynécologique.

De plus, en recrutant auprès de professionnels de santé, toutes les patientes interrogées avaient un intérêt pour leur état de santé, puisqu'on leur proposait de participer à notre étude lors d'une consultation. Elles avaient toutes un médecin traitant donc aucune d'entre elles n'était hors parcours de soins alors qu'aujourd'hui nous savons que bon nombre de patientes se retrouvent à la fois sans médecin traitant et sans praticien référent en gynécologie.

Autre point faible du recrutement, c'est qu'il n'a pas été homogène dans la manière de procéder : au sein du cabinet médical de Montbron, la première phase de recrutement a été effectuée par la secrétaire alors qu'au sein des 4 autres cabinets, c'est le professionnel consulté qui proposait directement de participer. Nous aurions préféré que le recrutement soit uniforme mais nous avons dû nous adapter au fonctionnement de chaque cabinet. De plus, pas sûr que cela ait eu un impact sur les résultats.

Autre point de non homogénéité au sein du recrutement, c'est le fait que certaines patientes m'ont, comme prévu initialement dans le protocole, contactées par mail, mais d'autres ont été rappelées par téléphone car nous ne parvenions pas à un effectif de patientes suffisant. Le fait de m'avoir parlé par téléphone a pu les inciter à participer car elles n'avaient pas à me recontacter directement. Mais encore une fois, pas sûr que cela ait eu un impact sur les résultats.

Le recrutement était axé sur des MSP car c'était plus facile d'accès pour moi étant donné que ma dernière année de stages d'internat s'est effectuée en libéral. Cela m'a donné accès à bon nombre de patientes. Peut-être aurais-je dû également recruter des patientes à l'hôpital afin d'avoir l'avis de femmes suivies sur le plan gynécologique par un professionnel de l'hôpital. Peut-être aurions-nous obtenu d'autres avis concernant le sujet.

En revanche, un des points forts du recrutement repose sur le fait qu'il était multicentrique, en MSP de ville, de milieu semi-rural et de milieu rural.

Le recrutement était indirect, les patientes ne me connaissaient pas et ne m'avaient jamais vue donc cela n'a pas pu influencer leur décision de participation. Le fait de faire appel à une tierce personne pour le recrutement est une des forces de notre étude, d'autant plus que les professionnels sollicités n'étaient pas que des médecins généralistes. Des sage-femmes et des infirmières ont également participé au recrutement.

Enfin, la lettre explicative distribuée aux patientes évoquait brièvement le thème abordé afin de ne pas influencer leurs réponses et d'éviter qu'elles ne se renseignent sur la question et donc d'avoir des réponses toutes prêtes à la place de leur ressenti réel.

- **Recueil de données**

Les entretiens individuels permettaient de préserver l'intimité de l'échange avec les participantes. Le consentement individuel a été recueilli, l'anonymat des participantes a été préservé. Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel, j'ai donc pu observer moi-même les émotions de chacune et saisir les moyens de communication non verbaux des patientes. Les entretiens ont été réalisés dans des lieux neutres, c'est-à-dire dans un bureau d'un cabinet médical, lieu calme où personne n'est susceptible d'entendre la conversation et donc de gêner la patiente à évoquer certains sujets intimes.

Un seul entretien a été réalisé sur le lieu de travail de la patiente, mais nous étions au calme dans son bureau. Aucun des entretiens n'a été interrompu.

La direction d'un entretien semi-dirigé est complexe et fait appel à un champ de compétences nouveau avec : le respect des silences, la reformulation des idées, les techniques de relance, la non-interruption de la parole. Une meilleure maîtrise technique aurait peut-être permis d'obtenir une plus grande exhaustivité de résultats. D'autre part, même si l'enquêteur doit rester neutre, il n'est pas impossible qu'inconsciemment, il influence le discours de la personne interrogée.

Effectivement, j'étais, au départ, novice à ce sujet mais j'avais réalisé 3 entretiens tests afin d'apprendre ces différentes techniques. Cela m'a permis de m'entraîner et d'éviter des entretiens de mauvaise qualité.

Un recueil de données par entretiens amène forcément à un possible biais de déclaration. Les patientes se doutaient que je connaissais les professionnels de santé qui les avaient recrutées donc certaines pouvaient penser que les éloges ou les critiques prononcées à leur égard seraient répétées. Pour éviter cela, je leur assurai, avant chaque début d'entretien, que ceux-ci étaient anonymes et que chacun des noms propres seraient retirés du verbatim par mes soins.

Un autre biais en lien avec la méthode qualitative est un biais de désirabilité sociale. Ce terme décrit la tendance des personnes interrogées à donner des réponses socialement désirables lorsqu'elles répondent à des enquêtes. Les patientes incluses dans cette étude ont pu orienter leur discours sur ce qu'elles pensaient préférable à entendre pour l'intervieweur, au détriment de l'expression sincère des perceptions et opinions personnelles. Ce biais a pour conséquence de réduire la validité des conclusions tirées sur la base de leur verbatim.

- **Analyse de données**

J'ai moi-même retranscrit chaque entretien sur traitement de texte, dès le lendemain de chaque entretien. Cela m'a permis de retranscrire les émotions des participantes, chose que l'on ne peut pas faire avec un logiciel spécialisé.

Pour réaliser l'analyse, nous avons suivi la méthode décrite par le CNGE dans l'ouvrage "Initiation à la recherche qualitative en santé" (46). Le premier entretien a été analysé avec ma directrice et le co-directeur de thèse afin de s'assurer de la bonne méthode utilisée.

Une personne plus expérimentée aurait peut-être trouvé davantage de propriétés mais le fait que ce soit la même personne qui réalisait à la fois l'entretien et l'analyse est une force.

La validité externe a été vérifiée par la comparaison à la littérature.

Perspectives

- **pour la recherche**

Il serait intéressant de réaliser une étude quantitative sur la même population en Charente à partir des propriétés mises en évidence dans cette étude.

En effet la thèse quantitative du Dr CRETIN réalisée en Ile de France en 2014 ne retrouve absolument pas les mêmes résultats que la nôtre : les femmes suivies par un gynécologue consulteraient ce même gynécologue en cas d'urgence. Il n'y a pas de différence significative de délais de rendez-vous entre gynécologue et médecin généraliste, de même pour la durée des rendez-vous (39). Cette étude a été réalisée il a quasiment 10 ans et dans une région qui est peu confrontée à la désertification médicale.

D'où l'intérêt de quantifier les données recueillies dans notre étude tout en incluant les données des sage-femmes, chose qui n'a jamais été réalisée.

Il serait également intéressant de réaliser à nouveau une étude qualitative au sein de la région Nouvelle Aquitaine mais auprès d'une population plus urbaine comme à Bordeaux ou Bayonne par exemple.

Enfin, la même étude pourrait être effectuée avec un recrutement différent auprès de toute la population afin de ne pas omettre les patientes qui n'ont pas de médecin traitant. Par exemple, la lettre explicative pourrait être distribuée dans un lieu public comme un supermarché ou bien auprès de personnes précaires, pour accéder aux personnes plus susceptibles d'être exclues du système de soin, par exemple auprès des restos du cœur.

- **pour la pratique**

Il est évident qu'il faudrait une plus large communication sur les compétences des praticiens de premier recours afin que les patientes puissent faire un choix éclairé.

Une campagne de santé publique semble nécessaire avec des spots publicitaires à la télévision et à la radio. Cela pourrait également être évoqué avec les moyens de prévention pour les cancers gynécologiques, par exemple être indiqué sur la lettre de rappel d'indication à la réalisation de frottis et de mammographie. A plus petite échelle, des affiches pourraient être disposées dans les salles d'attente des cabinets de médecine générale, en plus d'être évoqué par le médecin généraliste en consultation. L'information pourrait également être

diffusé par les CPTS par exemple à l'aide d'un site internet recensant tous les professionnels de santé dont ceux compétents en gynécologie.

Les sage-femmes et les médecins généralistes ont un rôle majeur de premier recours. Une majorité des suivis gynécologiques classiques pourrait être réalisée par ces praticiens. A ce jour, beaucoup de médecins généralistes travaillent en MSP, pouvant intégrer des sage-femmes. Si le médecin traitant n'est pas compétent en gynécologie ou qu'il n'a pas suffisamment de temps pour réaliser le suivi gynécologique de ses patientes, il peut donc les orienter vers la sage-femme de la MSP. Cela pourrait permettre d'éviter le recours d'emblée au spécialiste. Les praticiens de premier recours adresseraient donc les patientes au spécialiste qu'en cas de pathologie. Le fait de décharger les gynécologues de ces consultations, permettrait de raccourcir le délai de rendez-vous quand réellement indispensable avec un spécialiste.

- **pour l'enseignement et la formation**

Dans cette perspective, l'ANESF et l'ISNAR-IMG proposent une véritable réflexion sur l'existence et la mise en place d'enseignements communs et mutualisés entre sage-femmes et médecins généralistes, aux thèmes variés tels que :

- la santé de la femme et de l'enfant, où il serait question de contraception, de prévention, de suivi de grossesse, d'IVG, mais aussi de dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né et de l'enfant dans ses premiers mois de vie ;
- l'éducation globale (thérapeutique et préventive) des patientes dans le cadre de pathologies chroniques (diabète par exemple), et de problématiques de santé publique tel que l'allaitement, la consommation de tabac et d'alcool, la vaccination ;
- la gestion de projets, par exemple de santé publique comme le dépistage ou la contraception;
- les prescriptions et connaissances pharmacologiques communes, notamment dans le cadre du suivi gynécologique.

Ces enseignements communs pourraient se faire aussi en formation continue, notamment via les Unités Mixtes de Formation Continue (UMFC). (19)

CONCLUSION

Aujourd'hui, les patientes sont actrices dans leur parcours de soin. Elles sont soucieuses de leur état de santé et souhaitent participer aux décisions des prises en charge qui les concernent. Le choix de praticien pour une consultation gynécologique fait partie des décisions qu'elles assument dans leur parcours de soins.

Le rôle des praticiens a évolué depuis la baisse de l'effectif des gynécologues. A contrario, l'effectif des sage-femmes ne cesse d'augmenter. Le rôle de premier recours gynécologique est de plus en plus attribué aux sage-femmes et aux médecins généralistes.

Les patientes qui ont affaire à un praticien de premier recours pour leur suivi gynécologique semblent avoir été informées de cette possibilité soit par leur médecin généraliste, soit par le bouche à oreille.

Elles sont satisfaites de leur suivi et ont conscience qu'en cas de pathologie, le praticien passera la main au gynécologue. Il a été mis en évidence que les médecins généralistes et les sage-femmes sont davantage à l'écoute des patientes et prennent plus le temps en consultation. Mais ce phénomène n'est-il pas tout simplement lié au fait que la patientèle des gynécologues ne cesse de s'agrandir ? Du fait de leur baisse d'effectif, ils ont dû élargir leur patientèle et répondre aux besoins des femmes. Ils consacrent donc moins de temps à chacune d'entre elles.

De plus, les praticiens de premier recours sont beaucoup plus accessibles que le gynécologue. Les rendez-vous sont plus rapides. Les patientes sont satisfaites de cette praticité.

Mais ce travail a mis en évidence qu'un grand nombre de patientes n'ont pas connaissance des différences de compétences entre ces 3 praticiens. Parfois par méconnaissance, certaines patientes font le choix de consulter un gynécologue pour tout problème lié à la femme. Elles ont le sentiment que le gynécologue est le plus compétent.

Il paraît évident qu'une communication plus large est nécessaire afin que toutes les femmes aient ces connaissances et se dirigent davantage vers les praticiens de premier recours. Cela faciliterait l'accès au gynécologue quand réellement indispensable, c'est-à-dire lors d'une pathologie.

Une dynamique de coopération entre les sage-femmes, les médecins généralistes et les gynécologues-obstétriciens et médicaux semble donc indispensable.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pr Yves Matillon, Collège national des généralistes enseignants (CNGE), au Conseil national de l'Ordre des-sages- femmes (CNOSF), au Collectif des associations et des syndicats de sages- femmes (CASSF) et au Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sage-femmes et gynécologues- obstétriciens, ouvrage issu de la collaboration entre la Mission « Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé » au ministère de la Santé et des Sports. Berger-Levrault. Paris; 2010.
2. CNGE. Présentation du DES. [cité 13 nov 2023]. Les compétences du médecin généraliste. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
3. Institut national du cancer. Définition gynécologie [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/G/gynecologie>
4. Santé publique France. Cancer du sein [Internet]. 2023 [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein>
5. HAS. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. 2014 mars [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
6. Santé publique France. Cancer du col de l'utérus [Internet]. 2023 [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
7. MesVaccins.net. GARDASIL 9 [Internet]. 2023 [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/523-gardasil-9>
8. HAS. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. 2019 juill [cité 20 nov 2023]. 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
9. HAS. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. 2017 sept [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
10. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : une revue de la littérature [Internet] [Revue de la littérature]. Angers; 2018. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127032/2018MCEM9882/fichier/9882F.pdf>
11. Conseil national de l'Ordre des sage-femmes, CNOSF. Contraception : les femmes sont-elles suffisamment informées? [Internet]. 2017 [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/contraception-les-femmes-sont-elles-suffisamment-informees/>
12. Belaisch Allart J. Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique [Internet]. 2022 [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468718922001313>
13. Ordroneau AC. Place de la pudeur au sein d'une relation médecin-patient dans le cadre d'un examen gynécologique en médecine générale : étude qualitative réalisée en région Picardie [Internet]. Amiens; 2020 [cité 12 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02966464>
14. Ameli. Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. 2022 [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/charente/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
15. Légifrance. Article Annexe II - II. Maquette 9 - Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - DES de gynécologie médicale [Internet]. déc 21, 2017. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000047112479
16. Légifrance. Article Annexe II - I. Maquette 9 - Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études

- spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - DES de gynécologie-obstétrique [Internet]. mars 18, 2020. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000047189269
17. Légifrance. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance - Les missions du médecin généraliste de premier recours [Internet]. janv 28, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438
18. Légifrance. Article L4151-1 - Code de la santé publique - Légifrance - Réglementation de l'exercice de la sage-femme [Internet]. janv 28, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930152
19. Interprofessionnalité et Santé de la femme. Contribution commune ANESF - ISNAR IMG [Internet]. 2019 [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/100612-Interprofessionnalit%C3%A9-et-Sant%C3%A9-de-la-femme-Contribution-commune-ANESF-ISNAR-IMG-1.pdf>
20. CNOM. La démographie médicale - approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales - les gynécologues-obstétriciens [Internet]. 2021 [cité 16 août 2022] p. 121 à 125. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medecale>
21. Pr Emmanuel Touzé. Rapport ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé), LABERS (Laboatoire d'Etude et Recherche en Sociologie) La sage femme, le généraliste, le gynécologue. [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention; 2021 mai [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf
22. CNOM. La démographie médicale - approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales - les gynécologues médicaux [Internet]. 2021 [cité 14 nov 2023] p. 116 à 120. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1hv7pva/atlas_cn timer_2_approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales_-2021.pdf
23. Anguis Marie. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Les dossiers de la DREES. [Internet]. 2021 [cité 14 nov 2023] p. 12. Report No.: 76. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
24. CNOM. Prédiction du nombre de médecins généralistes d'ici 2025. Atlas démographie médicale [Internet]. 2021 [cité 14 nov 2023] p. 56. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medecale_-cnom_-2021.pdf
25. Marion Bachelet et Marie Anguis. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée | DREES [Internet]. 2017 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-dici-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et>
26. Vergier N. Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2016 [cité 14 nov 2023] p. 3. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/accessibilite-aux-professionnels-de-sante-liberaux-des-disparites>
27. Muriel Barlet et Claire Marbot. DREES, « Portrait des professionnels de santé », Panoramas de la DREES. [Internet]. 2016 [cité 14 nov 2023] p. 54, 129. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/pano_gfs-2016_mel_301117.pdf
28. Le quotidien du médecin. Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sage-femmes soulignent leur propre rôle central. 2018 [cité 13 nov 2023]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/face-la-penurie-de-gynecologues-medicaux-generalistes-et-sages-femmes-soulignent-leur-propre-role>
29. Billier E. État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes insulaires à partir d'entretiens semi-dirigés [Internet]. Nantes; 2021 [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=4ae2a286-e9d4-4dca-b1c1-f09f6323656c>
30. Verrière AJ. Abord de la gynécologie en consultation par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon : enquête qualitative [Internet]. Montpellier; 2019 [cité 13 juill 2022].

Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02867896>

31. 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]. Bordeaux; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01089378/document>
32. Leteurre M. Vécu des médecins généralistes concernant le suivi gynécologique des patientes en médecine générale [Internet]. Montpellier; 2019 [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02944040/document>
33. Loyer M. Les freins à la pratique de la gynécologie obstétrique chez les médecins généralistes - Manche [Internet]. Caen; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02103763/document>
34. 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]. Rouen; 2016 [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01464598>
35. 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. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2012;43(4):261-8.
36. Plantevin M. Connaissances des patientes concernant les compétences gynécologiques des médecins généralistes [Internet]. Marseilles; 2020 [cité 27 juin 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02967664>
37. Reboul A. Le suivi gynécologique dans une zone déficitaire, étude en Centre Corse : état des lieux et place du médecin généraliste [Internet]. Marseilles; 2021 [cité 12 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03280296>
38. Vergnol A. Profil des femmes majeures ayant recours à un médecin généraliste concernant leur suivi gynécologique [Internet]. Clermont Auvergne; 2021 [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03595611/document>
39. Cretin - Ben Hayoune F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique. Paris; 2014.
40. Droszcz M. Suivi gynécologique des patientes aveyronnaises, critères de choix du praticien [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2021 [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3716/>
41. 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]. Nice; 2013 [cité 27 juin 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00932139>
42. Loiseau S. Facteur facilitant la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste : une étude qualitative menée auprès de patientes seinomarines en 2018 [Internet]. Rouen; 2019 [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096658>
43. Terris C. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale? Etude qualitative auprès des patientes [Internet] [Thèse d'exercice]. Lyon; 2016. Disponible sur: file:///Users/elise/Downloads/THm_2016_TERRIS_Caroline-9.pdf
44. Couprie Q. Les freins et les facteurs favorisant la consultation gynécologique en médecine générale: étude qualitative, le point de vue des femmes [Internet]. Nantes; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03896881/document>
45. Huet C. Suivi gynécologique: quelles sont les perceptions des patientes sur la pratique des médecins généralistes? [Internet]. Lyon, France; 2018 [cité 27 juill 2022]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6639nq9>
46. LEBEAU JP. Initiation à recherche qualitative en santé. CNGE productions et Global média santé; 2021.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre ouverte explicative

Mademoiselle, Madame,

Je m'appelle Elise Gaschet, je suis originaire de Charente. Je suis interne, en dernière année d'études de médecine et je réalise cette dernière année de stage en Charente car j'ai pour projet de m'installer dans le département.

Pour terminer mes études et devenir docteur, je dois réaliser un travail de recherche. Le mien se porte sur la consultation de gynécologie. Pour réaliser ce travail, j'aurais besoin de discuter avec quelques patientes afin de recueillir votre témoignage sur la prise de rendez-vous, le praticien choisi et votre ressenti sur la prise en charge.

Ce sera sous forme d'une discussion individuelle, où tout ce qui sera dit restera bien évidemment anonyme. Cet entretien sera enregistré afin que je puisse le ré-écouter et l'analyser. Cela n'est en aucun cas un questionnaire de connaissances mais un moment de discussion sur votre ressenti, un recueil de votre témoignage. Cela prendra maximum 30 minutes. Nous définirons ensemble d'un rendez-vous, au moment et dans le lieu qui vous arrange, si vous acceptez autour d'un petit thé ou café.

Si cela vous intéresse, je vous invite à me contacter par e-mail : elise.gaschet@gmail.com ou par téléphone en appelant le cabinet du médecin qui vous a donné cette lettre afin de faire savoir à la secrétaire votre intérêt à participer.

Je vous recontacterai par la suite,

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à cette lettre.

Ci joint, vous trouverez le formulaire de consentement à remplir et à me rapporter en cas de participation.

Bien cordialement,

Gaschet Elise

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Je soussignée, Melle/ Mme , donne mon consentement écrit et éclairé pour la participation au travail de thèse de médecine de Melle GASCHET Elise, dans le cadre d'un entretien individuel, qui restera anonyme.

J'autorise l'enregistrement de cet entretien.

Bon pour faire valoir ce que de droit,

Le

A

Signature :

Annexe 3 : Fiche identité patiente

Quel est votre âge ?

Quelle est votre profession ?

Quel est votre dernier diplôme obtenu ?

- Brevet des collèges
- Baccalauréat
- CAP
- BTS ou DUT (bac+2)
- Licence (bac+3)
- Master (bac+5)
- Doctorat (bac+8)

Quel est votre statut familial?

- célibataire
- en concubinage
- mariée
- pacsée
- divorcée
- veuve

Quel est votre lieu de résidence ?

- village : < 2 500 habitants
- petite ville : 2 500- 25 000 habitants
- ville moyenne 25 000- 150 000 habitants

Qui réalise votre suivi gynécologique ?

- un gynécologue
- une sage-femme
- votre médecin traitant
- un autre médecin généraliste
- autre

Quelle est la fréquence de votre suivi gynécologique ?_

- Plus de 1 fois par an,

- Entre 1 fois par an et tous les 2 ans
- Entre tous les 2 ans et tous les 5 ans
- Moins de tous les 5 ans

Quels sont vos antécédents gynécologiques ? (infections, grossesse, cancers etc.)

Avez-vous un moyen de contraception ?

- Non
- Pilule
- Implant
- Stérilet
- Préservatifs
- Patch
- Autre

Dans quelle tranche d'âge se situe votre médecin traitant ?

- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- Entre 50 et 60 ans
- > 60 ans

Votre médecin traitant :

- Est un homme
- Est une femme

Depuis combien d'années vous suit - il ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

A quelle distance de votre domicile se situe-t-il ?

- Moins de 5 km
- Entre 5 et 10 km
- Entre 10 et 20 km
- Plus de 20 km

Annexe 4 : Guide d'entretien

Cet entretien porte sur la consultation de gynécologie, nous n'aborderons pas la consultation en lien avec l'obstétrique et la grossesse.

1. Pourriez-vous me raconter votre dernière prise de rendez-vous pour une consultation de gynécologie ?

Relances :

Quel praticien ? (gynécologue, sage-femme, médecin traitant, autre médecin généraliste ?)

son mode d'exercice ? (libéral, hôpital, clinique)

Comment avez-vous procédé ? (téléphone, internet)

Avez-vous eu des difficultés ?

Quel était le délai de rendez-vous ?

Pour quel motif de consultation ?

Comment s'est déroulée votre dernière consultation de gynécologie ?

Qu'en avez-vous pensé ?

2. Habituellement, quel praticien consultez-vous pour un motif gynécologique ?

Pour quelles raisons faites-vous ce choix ?

En quoi le motif de consultation peut-il influencer votre choix ?

Relances :

pour une urgence (saignements ou douleurs pelviennes) ?

pour un suivi (dépiantage par frottis, mammographie) ?

3. D'après vous, en quoi diffèrent les compétences en gynécologie entre médecin généraliste, médecin spécialiste et sage-femme ?

Relance :

Ont-ils chacun des spécificités ?

Que savez-vous des compétences de votre médecin traitant en matière de gynécologie ?

Par quel moyen le savez-vous ?

4. Quelle place attribuez-vous à votre médecin traitant dans la prise en charge gynécologique ?

Relances :

Concernant le suivi gynécologique ?

Concernant un problème aigu ?

Envisageriez-vous de le consulter pour un motif gynécologique ?

Pour quelles raisons ?

5. Idéalement, comment imaginez-vous votre prise en charge gynécologique ?

Relances :

Quel praticien pour quel motif ?

Quelles qualités doit avoir le praticien ?

A quelle fréquence ?

Dans quel délai ?

A quelle distance ?

Questions-réponses (verbatim)	Étiquette thématique	Étiquette expérientielle	Propriétés	Catégorie
<p><i>-Pourriez-vous me raconter votre dernière prise de rendez-vous pour une consultation de gynécologie ?</i></p> <p>-J'ai changé de sage-femme du coup vu que j'ai déménagé, avec le boulot j'ai quelques noms de sage-femme donc j'ai pris celle qui est à côté de chez moi.</p> <p><i>-Qu'on vous avait conseillé ?</i></p> <p>-Oui on m'en avait déjà parlé au boulot, je savais qu'elle avait des bons retours, donc j'ai pris rendez-vous avec elle.</p> <p><i>-vous avez pris rendez-vous par téléphone ? Par internet ?</i></p> <p>-par téléphone, auprès de la secrétaire</p> <p><i>-ah il y a une secrétaire !</i></p> <p>-oui</p>	<p>facteurs déterminants le choix de praticien</p>	<p>j'ai choisi la sage-femme qui est à côté de chez moi</p> <p>j'ai choisi une sage-femme qu'on m'avait conseillé au travail</p>	<p>choisir un praticien de proximité</p> <p>choisir un praticien sur les conseils de personnes de confiance</p>	<p>Importance de la distance domicile-praticien référent</p> <p>Choisir un praticien référent sur recommandations</p>
<p><i>-et elle fonctionne comment cette sage-femme, elle est dans un cabinet privé, ou à l'hôpital ?</i></p> <p>-Elle est dans le cabinet de L. (ville) avec tous les médecins, infirmières etc</p>	<p>prise de rendez-vous par téléphone auprès de la secrétaire</p>	<p>j'ai des difficultés à prendre rendez-vous par téléphone car les permanences téléphoniques de la</p>	<p>avoir des difficultés à prendre rendez-vous par téléphone avec la sage-femme</p>	<p>Accès à la sage-femme, pas toujours simple</p>

<p><i>-Et ça vous a paru compliqué de prendre rendez-vous ?</i></p> <p><i>-oui c'est embêtant parce que la secrétaire a des permanences précises donc c'est pas tous les jours qu'elle répond au téléphone, elle répond que 3 jours par semaine ou des matinées ou des après-midis, enfin je sais plus ...</i></p> <p><i>-ok donc il faut appeler au bon moment (...</i></p>		<p>secrétaires sont restreintes</p>		
<p><i>...) le délai de rendez-vous, c'était combien de temps à peu près ?</i></p> <p><i>-oh c'est long quand même, je crois qu'il y avait 1 mois, 3 semaines-1 mois</i></p> <p><i>-d'accord</i></p> <p><i>-après ils classent en fonction du problème</i></p> <p><i>-oui selon le motif, et là c'était pour quel motif que vous l'avez vu la première fois ?</i></p> <p><i>-c'était pour une douleur au sein et je crois pour faire un frottis</i></p>	<p>délai de rendez vous</p>	<p>le délai de consultation est long avec ma sage-femme</p> <p>le délai de rendez-vous avec ma sage-femme est fonction du motif de consultation</p>	<p>longs délais de rendez-vous avec la sage-femme</p> <p>délai de rendez-vous en fonction du degré d'urgence</p>	<p>Accès à la sage-femme, pas toujours simple</p> <p>Importance des délais de rendez vous</p>
<p><i>-d'accord et comment s'était passée la consultation ? vous en avez pensé quoi ?</i></p> <p><i>-très bien, elle est ... elle explique bien heu vous vous sentiez heu</i></p>	<p>ressenti sur la dernière consultation</p>	<p>ma sage-femme explique bien</p> <p>je me sentais à l'aise</p>	<p>importance du rôle d'information du praticien</p>	<p>L'important : la relation avec le praticien</p>

<p>à l'aise oui, elle explique vraiment tout, elle prend le temps , même s'il y a du retard ou quoi elle prend vraiment le temps avec ses patientes</p> <p><i>-ok, c'est important pour vous le temps</i></p> <p>-ah oui oui</p>		<p>elle prend le temps avec moi même si elle a du retard</p>	<p>importance de se sentir à l'aise avec le praticien</p> <p>la sage-femme, prend le temps en consultation</p> <p>importance du temps dédié à la consultation</p>	<p>Avec la sage-femme, un temps de discussion</p>
<p><i>-Habituellement, quel praticien consultez-vous pour un motif gynécologique ?</i></p> <p>-Sage-femme</p> <p><i>-ok sage-femme, donc les autres praticiens c'est aussi le gynécologue et le médecin généraliste, pour quelles raisons le choix d'une sage-femme ?</i></p> <p>-alors au tout début je me suis fait suivre par une gynécologue en ville sur Angoulême très ancienne qui s'est mise à la retraite du jour au lendemain sans prévenir bien sûr. Et du coup après je suis allée travailler à la clinique et je me suis dis « olala » j'ai pas envie de prendre un gynécologue qui est sur mon</p>	<p>facteurs déterminants le choix de praticien</p>	<p>ma gynécologue de ville est partie à la retraite</p> <p>je ne veux pas être suivie par les gynécologues de mon lieu de travail</p> <p>j'ai fait le choix d'une sage-femme car je ne voulais pas être suivie</p>	<p>départ à la retraite de la gynécologue référente</p> <p>ne pas souhaiter consulter un praticien connu sur le plan personnel ou professionnel</p> <p>recevoir des informations sur les</p>	<p>Conséquences de la désertification médicale</p> <p>Prise en charge gynécologique par un praticien uniquement dédié à cela</p> <p>recevoir des informations sur les</p>

<p>lieu de travail et du coup mes collègues sages femmes m'ont dit "mais du coup si t'as pas de souci pourquoi tu ne prends pas une sage-femme libérale ? c'est beaucoup plus simple" et de là j'ai pris rendez-vous avec une sage-femme, j'étais suivie sur L. (ville) au début et puis du fait que j'ai déménagé, j'ai changé de sage-femme</p>		<p>par les gynécologues de mon lieu de travail</p> <p>j'ai fait le choix d'une sage-femme libérale sur conseils de mes collègues sage femmes de la clinique</p> <p>on m'a expliqué que je pouvais voir une sage-femme si je n'avais pas de souci gynécologique</p> <p>on m'a dit que la prise de rendez-vous était beaucoup plus simple</p> <p>j'ai changé 2 fois de sage-femme référente</p>	<p>compétences des sage femmes par une sage-femme elle même</p> <p>choisir un praticien sur les conseils de personnes de confiance</p> <p>faire le choix d'une sage-femme en raison de l'absence d'antécédent gynécologique</p> <p>faire le choix d'une sage-femme en raison de la praticité des rendez-vous</p> <p>facilité de changement de</p>	<p>compétences des sage femmes par une sage-femme</p> <p>Choisir un praticien référent sur recommandations</p> <p>Compétences gynécologiques pour le suivi classique par la sage-femme</p> <p>Accessibilité de la sage-femme, plus simple que le gynécologue</p>
---	--	---	---	---

			sage-femme référente	
<p><i>-et vous faites quoi comme poste en fait à la clinique ?</i></p> <p>auxiliaire de puériculture</p> <p><i>ah oui ! à la clinique à S. (ville) ?</i></p> <p>-oui</p> <p><i>-ah oui donc vous côtoyez quand même beaucoup de gynécologues et de sage femmes</i></p> <p>-oui</p> <p><i>-d'accord donc c'est elles qui vont expliquer que vous pouviez avoir un suivi avec une sage-femme ?</i></p> <p>-oui</p> <p><i>et avant, vous saviez ?</i></p> <p>-non, non avant de travailler à la clinique je ne savais pas du tout qu'il était possible de se faire suivre par une sage-femme et je vois autour de moi mes copines, ma petite sœur tout ça, bah du coup j'ai conseillé tout le monde d'aller voir une sage-femme quoi plutôt que gynécologue.</p>	<p>Connaissance des compétences des sage-femme</p>	<p>avant de côtoyer des sage femmes dans le milieu professionnel, j'ignorais qu'elles pouvaient réaliser le suivi gynécologique</p> <p>j'en ai informé mes amies et ma famille de cette possibilité</p>	<p>manque d'informations auprès des femmes sur les compétences des sage femmes</p> <p>informer ses proches des compétences gynécologiques des sages femmes</p>	<p>Ignorance des compétences gynécologiques de la sage-femme</p> <p>Faire connaître les compétences gynécologiques des sage femmes</p>

<p>-Vous voyez une différence du coup entre les 2 ? Entre la sage-femme et la gynécologue que vous voyiez avant par rapport à la prise en charge ? -ah oui ! Les gynécologues je trouve qu'ils sont beaucoup plus dans la technique et moins dans le relationnel alors que la sage-femme est plus dans le relationnel. Après les gynécologues ils ont toujours plein de retard, des rendez-vous à perpétuité enfin voilà quoi. Une sage-femme c'est beaucoup plus accessible. -Accessible ? C'est-à-dire ? -Bah pour avoir un rendez-vous, tout ça quoi.</p>	<p>Approche différente entre gynécologue et sage-femme</p>	<p>je trouve que le gynécologue est beaucoup plus dans l'acte technique il est moins dans le relationnel que la sage-femme</p> <p>la sage-femme est plus dans le relationnel que le gynécologue</p> <p>les gynécologues ont toujours du retard dans les rendez-vous et des délais de rendez-vous importants</p> <p>les rendez-vous avec la sage-femme sont plus accessibles</p>	<p>le spécialiste, un technicien</p> <p>le gynécologue moins dans le relationnel que la sage-femme</p> <p>la sage-femme plus dans le relationnel que le gynécologue</p> <p>délai de rendez-vous important avec le gynécologue</p> <p>le gynécologue souvent en retard dans ses rendez-vous</p>	<p>Compétences approfondies du gynécologue</p> <p>Le gynécologue, peu dans la relation</p> <p>Avec la sage-femme, un temps de discussion</p> <p>Difficulté d'accès au gynécologue</p> <p>Accessibilité de la sage-femme, plus simple que le gynécologue</p>
--	--	---	--	--

			prise de rendez-vous facile avec la sage-femme	
<p><i>-ok ça marche, est ce que le motif de consultation pourrait influencer votre choix ? Par exemple une urgence : des douleurs ou des saignements ?</i></p> <p><i>-non j'irai voir ma sage-femme puis après c'est elle qui oriente, t'façon elle m'a dit "s'il y a quoi que ce soit, une complication, je vous oriente vers un gynéco."</i></p> <p><i>-d'accord et du coup pour le suivi, votre sage-femme ?</i></p> <p><i>-oui</i></p>	choix du praticien en fonction du motif de consultation	<p>si j'avais une urgence gynécologique, je consulterais ma sage-femme</p> <p>ma sage-femme m'orienterait vers un gynécologue en cas de pathologie</p>	<p>choisir de consulter la sage-femme en cas d'urgence gynécologique</p> <p>choisir une sage-femme, peu importe le motif gynécologique</p> <p>la sage-femme, un rôle d'orientation auprès du gynécologue en cas de pathologie</p> <p>la sage-femme n'est pas compétente pour la pathologie à</p>	<p>La sage-femme en premier recours gynécologique</p> <p>Les compétences de la sage-femme, limitées</p>

			la différence du gynécologue	
<p>-D'après vous, en quoi diffèrent les compétences toujours en gynécologie entre sage-femme, gynécologue et médecin généraliste ?</p> <p>-Alors pour moi le médecin généraliste c'est surtout autour de la pilule, première contraception. Après la sage-femme, elles font tous les actes de gynécologie, car elles ont un DU de gynéco, elles font tous les actes gynécologiques mais qui n'ont pas de traitements ou de choses compliquées quoi, pas de pathologie et le gynéco c'est plus heu, enfin il fait du suivi aussi normal avec un versant pathologie en plus quoi</p>	Compétences des différents praticiens	<p>le généraliste est compétent pour la prescription de pilule, la première contraception</p> <p>la sage-femme est compétente pour les actes gynécologiques</p> <p>la sage-femme a un DU de gynécologie</p> <p>la sage-femme est limitée dans ses prescriptions, elle n'est pas compétente pour la pathologie</p> <p>le gynécologue est davantage compétent, il fait les suivis</p>	<p>le généraliste, compétent pour la prescription de pilule, la première contraception</p> <p>la sage-femme, compétente pour les actes gynécologiques techniques</p> <p>la sage-femme davantage compétente que le généraliste car détentrice du DU de gynécologie</p>	<p>Les compétences gynécologiques du médecin généraliste</p> <p>Compétences gynécologiques pour le suivi classique par la sage-femme</p> <p>Les compétences de la sage-femme, limitées</p> <p>Compétences approfondies du gynécologue</p>

		gynécologiques sans et avec pathologie	<p>la sage-femme, limitée dans ses prescriptions</p> <p>la sage-femme n'est pas compétente pour la pathologie à la différence du gynécologue</p> <p>le gynécologue compétent pour le suivi classique ET pathologique à la différence de la sage-femme</p>	
<p>-Que savez-vous des compétences de votre médecin traitant en matière de gynécologie ?</p> <p>-Là, à part pour moi juste prescrire la pilule, je sais pas. Après je sais pas si j'ai justement pas entendu parlé que certains (MG) étaient aptes à faire des frottis ou des choses comme ça mais je sais pas. Mais mon médecin je sais pas.</p>	Compétences de son médecin généraliste	je ne connais pas les compétences gynécologiques de mon médecin traitant en dehors du fait qu'il peut prescrire la pilule	ne pas être informée des compétences de son médecin traitant en matière de gynécologie, le médecin généraliste	<p>Les compétences gynécologiques du médecin généraliste</p> <p>Compétences limitées du</p>

<p>-d'accord il ne vous en a jamais parlé non il m'a demandé si j'étais suivi et voilà -comment vous savez qu'il peut prescrire la pilule ? -heu bah parce que toute jeune je me faisais prescrire par mon médecin traitant. -ok d'accord</p>		<p>j'ai entendu parlé que certains MG étaient aptes à faire des frottis mais je ne sais pas si c'est le cas de mon médecin traitant</p> <p>il ne m'en a pas parlé, il m'a juste demandé si j'avais un suivi</p>	<p>ne peut que prescrire la pilule</p> <p>certaines médecins généralistes, aptes à faire des frottis</p> <p>mon médecin traitant ne m'a pas informé de ses compétences gynécologiques</p> <p>mon médecin traitant s'est assuré que j'ai un suivi gynécologique</p>	<p>médecin généraliste</p> <p>Ignorance des compétences du médecin généraliste en terme de gynécologie</p> <p>Coordination des soins par le médecin traitant</p>
<p>-Quelle place attribuez-vous à votre médecin traitant dans votre prise en charge gynécologique, concernant votre suivi par exemple -alors là aucune</p>	<p>rôle du médecin traitant dans la prise en</p>	<p>je n'accorde pas de place à mon médecin traitant dans mon suivi gynécologique</p>	<p>choisir une sage-femme, peu importe le motif gynécologique</p>	<p>La sage-femme en premier recours gynécologique</p>

<p><i>-juste le fait qu'il est au courant que vous êtes suivi puisqu'il vous l'a demandé ?</i></p> <p><i>-oui voilà</i></p> <p><i>-et si jamais vous avez une urgence ? il aurait un rôle ?</i></p> <p><i>-pas forcément</i></p> <p><i>-vous iriez directement voir votre sage-femme comme vous m'avez dit tout à l'heure ?</i></p> <p><i>-bah je lui en parlerai une fois le problème résolu pour qu'il le note dans le dossier mais c'est tout quoi</i></p> <p><i>-oui pour le tenir au courant</i></p>	<p>charge gynécologique</p>	<p>si j'ai une urgence gynécologique, je m'adresse à ma sage mais je tiendrai au courant mon médecin traitant des évènements</p>	<p>centralisation des résultats et comptes rendus avec le médecin traitant</p> <p>informer son médecin traitant de sa prise en charge gynécologique</p>	<p>Coordination des soins par le médecin traitant</p>
<p><i>-Envisageriez-vous de le consulter pour un motif gynécologique ?</i></p> <p><i>-non par forcément et vu que j'ai tout le monde au boulot, même si ma sage-femme ne peut pas, je demanderai à un gynéco du boulot de me faire un examen rapide ahah c'est bon coté</i></p> <p><i>-oui il y a certains avantages</i></p> <p><i>-Et pourquoi ne pas le consulter ?</i></p> <p><i>-parce que j'ai un bon suivi à l'extérieur et que ...</i></p> <p><i>-est ce qu'il y a des choses qui pourraient vous freiner ?</i></p>	<p>raisons du choix de la sage-femme plutôt que le généraliste</p>	<p>si j'ai un souci et que ma sage-femme n'est pas disponible, je peux demander à des collègues de travail gynécologues</p> <p>je ne consulte pas mon médecin traitant pour un motif gynécologique car je suis satisfaite de</p>	<p>être satisfaite de la prise en charge gynécologique par la sage-femme</p> <p>ne pas consulter son médecin traitant pour motif gynécologique par peur d'être en dehors de son</p>	<p>Avec la sage-femme, un temps de discussion</p> <p>Ignorance des compétences du médecin généraliste</p> <p>Le médecin généraliste en 2ème choix pour</p>

<p>-non je sais pas, parce qu'on ne connaît pas vraiment les compétences du généraliste en gynécologie en fait. Oui c'est que j'aurais peur de lui parler de quelque chose et qu'il me regarde</p> <p><i>-que ça ne soit pas son domaine de compétences ?</i></p> <p>-oui c'est ça</p>		<p>la prise en charge par la sage-femme</p> <p>je ne consulte pas mon médecin traitant pour un motif gynécologique car j'aurais peur d'être en dehors de son domaine de compétences</p>	<p>domaine de compétences</p> <p>préférer consulter un gynécologue non référent si indisponibilité de sa sage-femme plutôt que le médecin traitant</p>	<p>une consultation gynécologique</p>
<p><i>-Idéalement, comment imaginez-vous votre prise en charge gynécologique ?</i></p> <p>-moi je trouve que je suis bien là, je suis bien suivie</p> <p><i>-là ça vous correspond bien ?</i></p> <p>-oui là je suis pas dans le désert</p> <p><i>-Quelles sont les qualités nécessaires du praticien ? qu'est ce qui est important pour vous ?</i></p> <p>-bah l'écoute et prendre le temps</p> <p><i>-merci beaucoup, non avons terminé les questions (...)</i></p>	<p>qualités nécessaires au praticien référent</p>	<p>pour moi le plus important c'est l'écoute et le temps de consultation</p>	<p>importance du temps dédié à la consultation</p> <p>importance du rôle d'écoute du praticien</p>	<p>L'important : la relation avec le praticien</p>
<p>-Après je sais pas s'il y a beaucoup de patients qui iraient voir son médecin traitant pour de la gynéco, j'en n'entends pas beaucoup parler</p>	<p>consulter son médecin traitant</p>	<p>je n'entends pas parler de femmes étant suivies sur le plan</p>	<p>ne pas avoir de personnes dans son entourage, suivies</p>	<p>Ignorance des compétences du</p>

<p>-ça vous paraîtrait bizarre ?</p> <p>-bah c'est que j'en entends pas parler après est ce que je ne suis pas, enfin pas assez attentive, je suis dans le milieu gynéco donc forcément tout de suite, je ne vois que les patientes qui sont suivies gynécologiquement</p>		gynécologique par leur médecin traitant	sur le plan gynécologique par un médecin généraliste	médecin généraliste
<p>-mais je ne sais pas ce qu'on peut faire pour qu'il y ait plus de suivis sage femmes, parce que je trouve que c'est dommage, elles sont ...</p> <p><i>-oui elles sont aptes à le faire</i></p> <p>-bah nous à la clinique ils ont ouvert, au début c'était juste un truc de consultation ou c'est une sage-femme ou elles ne voyaient que les dossiers, les grossesses mais maintenant elles ont un DU gynéco et vraiment elles font tout, une petite jeune de 15 ans qui veut un stérilet, un implant ou quoi, hop elle fait la consultation, un suivi du coup maintenant il y a une sage-femme à la clinique aussi (...)</p>	moyens de promouvoir la consultation gynécologique avec la sage-femme	je trouve dommage qu'il n'y ai pas plus de suivi sage-femme au départ les sages femmes de la clinique ne faisaient que du suivi de grossesse, maintenant elles font des consultation gynécologiques	un besoin de communication sur l'aptitude des sage femmes au suivi gynécologique les consultation gynécologiques par les sage-femme, très récent élargissement des compétences des sage-femme	Faire connaître les compétences gynécologiques des sage femmes Compétences gynécologiques pour le suivi classique par la sage-femme

<p>-ah bah quand on n'est pas suivie c'est une horreur ! Par un gynéco, c'est une horreur d'avoir un rendez-vous ! Il faut être enceinte en fait !</p>	<p>accès au gynécologue</p>	<p>c'est une horreur pour trouver un gynécologue si on n'a pas de suivi</p> <p>il faut être enceinte pour accéder à un gynécologue</p>	<p>inaccessibilité du gynécologue à ce jour si non inscrite dans un fichier patient d'un gynécologue</p> <p>accès au gynécologue plus facile en cas de grossesse</p>	<p>Difficulté d'accès au gynécologue</p>
<p><i>-comment parler de ça ? Je ne sais pas, peut-être une pub à la radio comme ils font avec le vaccin de la bronchiolite ?</i></p> <p>-non mais c'est vrai ! à la télévision, en disant que le suivi peut être aussi par une sage-femme en fait, même elles, elles sont contentes de ne pas avoir que des grossesses aussi quoi car c'est encore plus varié quoi (...)</p>	<p>moyens de promouvoir la consultation gynécologique avec la sage-femme</p>	<p>il faudrait faire des pubs à la télévision pour parler de la possibilité de suivi gynécologique par la sage-femme</p> <p>les sages femmes sont contentes de faire du suivi gynéco, ça diversifie leur activité</p>	<p>parler des compétences sage-femme au grand public par des spots de santé publique France à la TV ou à la radio</p> <p>diversification de l'activité des sages femmes avec le suivi gynécologique</p>	<p>Faire connaître les compétences gynécologiques des sage femmes</p> <p>Compétences gynécologiques pour le suivi classique par la sage-femme</p>

<p>-parce que le gynéco c'est beaucoup moins accessible, enfin moi je vois fallait que je prenne mon rendez-vous 6 mois avant alors c'est vrai que pour le coup quand j'étais suivie par un gynéco pour le coup j'allais voir mon médecin traitant pour une mycose ou quoi car c'est beaucoup plus accessible, niveau prise de rendez-vous alors que maintenant avec la sage-femme si j'appelle pour ça je sais que je suis prioritaire</p>	<p>accès au gynécologue</p>	<p>le gynécologue est moins accessible que la sage-femme</p> <p>les délais de rendez-vous avec le gynécologue sont très longs</p> <p>le médecin traitant est plus accessible que le gynécologue en cas d'urgence</p> <p>ma sage-femme est disponible en cas d'urgence</p>	<p>délai de rendez-vous important avec le gynécologue</p> <p>accès médecin traitant plus facile qu'avec le gynécologue en cas de d'urgence</p> <p>disponibilité de la sage-femme en cas d'urgence</p> <p>créneaux d'urgences de la sage-femme en cas de besoin</p>	<p>Difficulté d'accès au gynécologue</p> <p>Le médecin traitant en premier recours</p> <p>La sage-femme en premier recours gynécologique</p>
---	-----------------------------	---	--	---



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RÉSUMÉ

Contexte : Ces dernières années, nous assistons à une baisse de la démographie médicale, surtout dans un département comme la Charente où quasiment toutes les communes sont classées en ZIP par l'ARS. En revanche, on observe une augmentation de l'effectif des sages-femmes, notamment en libéral. Il n'existe pas de recommandation sur la fréquence du suivi gynécologique mais avec la mise en place du dépistage collectif du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, un suivi régulier paraît indispensable. En lien avec les changements de démographie médicale, le concept de praticien de premier recours gynécologique par le médecin généraliste et la sage femme apparaît. On assiste donc à une multiplication des types de praticiens compétents pour la consultation gynécologique.

Objectifs : L'objectif principal de l'étude était de comprendre les critères de choix de praticien pour une consultation gynécologique. Les objectifs secondaires étaient de déterminer l'influence de la désertification médicale sur le choix de praticien et la place que les femmes accordent à leur médecin traitant dans leur prise en charge gynécologique.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée. Onze entretiens ont été réalisés. Le recrutement était multicentrique dans plusieurs cabinets de médecine générale en Charente sur deux périodes : du 14/03/23 au 12/05/23 et du 15/09/23 au 27/10/23.

Résultats : Il existe 2 catégories de patientes : celles qui souhaitent absolument consulter un spécialiste pour tout motif gynécologique car le juge le plus compétent des praticiens et celles qui ont d'autres critères de choix comme la relation développée avec le praticien. Il apparaît que bon nombre de patientes n'ont pas connaissance des compétences des praticiens de premiers recours. La désertification médicale induit une difficulté d'accès au gynécologue. Les femmes se tournent donc vers les praticiens de premier recours pour leur suivi classique ou pour prendre un avis médical en cas d'urgence gynécologique. Les patientes faisant ce choix apprécient la proximité géographique du praticien ainsi que les délais courts de rendez-vous. Le médecin généraliste effectuant le suivi gynécologique, souvent détenteur d'un DU ou DIU, dédie un rendez-vous spécifique. C'est un moment privilégié où l'écoute est au premier plan.

Conclusion : Il paraît évident qu'une communication plus large est nécessaire afin que toutes les femmes aient ces connaissances des compétences des praticiens de premier recours et se dirigent davantage vers eux. Cela faciliterait l'accès au gynécologue quand réellement indispensable, c'est-à-dire lors d'une pathologie. Une dynamique de coopération entre les sages-femmes, les médecins généralistes et les gynécologues-obstétriciens et médicaux semble donc indispensable.

MOTS CLÉS

Médecin généraliste

Médecine générale

Suivi gynécologique

Consultation gynécologique

Premier recours

Compétences gynécologiques