



Année 2016/2017

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Aurélie BLIN

Née le 07/10/1987 à Chambray-les-Tours (37)

**SUIVI GYNECOLOGIQUE HORS GROSSESSE :
CONTENU IDEAL DES CONSULTATIONS SELON LES PATIENTES,
ETUDE QUALITATIVE.**

Présentée et soutenue publiquement le **11/12/2017** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine –Tours

Membres du Jury :

Professeur Henri MARRET, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Sylvain MARCHAND-ADAM, Pneumologie, Faculté de Médecine – Tours

Directrice de thèse : Docteur Delphine LE GOFF, CCU, Médecine Générale – Brest

" Les livres de médecine ne parlent pas des douleurs provoquées par les gestes des médecins. Et beaucoup de médecins pensent que si c'est pour le bien des patientes, la douleur est justifiée. Aucune douleur n'est justifiée. Jamais. "

" Respecter ça ne veut pas dire adhérer, ça veut dire : Plutôt que de perdre son temps dans un bras de fer (j'ai raison, tu as tort), essayons de trouver un terrain commun. Une relation de soin, ce n'est pas un rapport de force. "

Le chœur des femmes, Martin Winckler

Résumé

Suivi gynécologique hors grossesse : contenu idéal des consultations selon les patientes, étude qualitative.

Introduction : Le suivi gynécologique n'est pas obligatoire mais la Haute Autorité de Santé a émis en 2010 des recommandations invitant les femmes à consulter pour le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. En pratique, un suivi annuel avec un examen laissé à l'appréciation du professionnel est souvent proposé. Quel est le contenu idéal des consultations de suivi gynécologique, en dehors de la grossesse, selon les patientes ?

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. L'échantillonnage a été raisonné selon l'âge, le statut marital, la parité, le niveau socioéconomique et l'existence ou non d'un suivi gynécologique. La trame d'entretien explorait le suivi gynécologique habituel, l'utilité ressentie ou non des examens, la prévention en gynécologie, la relation médecin-patient, la sexualité et les attentes des patientes. Une analyse thématique a été conduite dans une perspective de théorisation ancrée.

Résultats : 14 patientes du Loir et Cher et d'Indre-et-Loire ont été interrogées. La suffisance théorique des données a été obtenue au onzième entretien. 395 codes ouverts ont été créés. Il se détache une image taboue de la gynécologie et les femmes séparent leur génitalité du reste de leur suivi. Les patientes ont fait le lien entre démarche de prévention et peur du cancer. La consultation peut être vécue comme violente. Les recommandations médicales ne sont pas bien suivies. Les attentes des patientes sont multiples, variées et changeantes, influencées par leur âge et leur histoire personnelle. Elles sont demandeuses d'informations et souhaiteraient des examens de dépistage (mammographie et frottis cervico-utérin) plus précoces et plus fréquents.

Conclusion : Les connaissances et les représentations des patientes sont en décalage avec les données actuelles de la science. Elles attendent des médecins de l'empathie. Aux médecins de prendre en considération leurs attentes et de les aider à s'approprier un suivi plus près des données de la science.

Mots-clefs : recherche qualitative, suivi gynécologique, mammographie, frottis cervico-utérin, peur du cancer, violence ressentie.

Summary

Non-pregnancy gynaecological care: the ideal content of consultations according to the patients, qualitative study.

Introduction: Routine gynaecological consultations are not obligatory but in 2010 the French health authority (HAS) has published recommendations for women to undergo regular consultations for breast and cervical cancer screening. Usually, an annual consultation with an examination is done, and it's content is left to the professional's judgement. What is the ideal content for routine non-pregnancy gynaecological consultations according to the patients?

Method: Qualitative study based on semi-structured interviews. The theoretical sampling was based on age, marital status, socioeconomic level and the existence or not of routine gynaecological consultations. The interview explored the usual gynaecological care, the perceived utility or not of examinations, preventive gynaecological medicine, the doctor-patient relationship, sexuality and the patients' expectations. A thematic analysis was conducted based on the grounded theory approach.

Results: 14 patients from Loir et Cher and Indre-et-Loire were interviewed. The theoretical saturation was obtained at the eleventh interview. 395 open codes were constructed. Interviews revealed a taboo image of gynaecology and that women separate reproduction from the rest of their care. Patients linked preventive screening initiatives for cancer with fear of cancer. The consultation might be experienced as violent. Medical recommendations were not followed. Patients' expectations were multiple, varied and changeable, influenced by their age and personal history. They ask for information and wanted screening examinations (mammography and cervical vaginal smear) earlier than recommended and more often.

Conclusion: There is a gap between patient's knowledge and how they act and present scientific knowledge. They expect empathy from doctors. Doctors have to take into account their expectations and help them to adapt their usual care to their preferences and scientific data.

Key words: quantitative research, routine gynaecological care, mammography, cervical vaginal smear, fear of cancer, perceived violence.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr. Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr. Hubert LARDY, Moyens – relations avec l'Université
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale
Pr. François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr. Patrick VOURC'H, Recherche

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Pierre COSNAY
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER
Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David Physiologie
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERHOUET Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique

BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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.

Remerciements

Aux membres du jury :

A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Présidente du jury,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Votre implication pour le développement de la médecine ambulatoire et le rayonnement de la Médecine Générale force le respect.

A Monsieur le Professeur Henri MARRET, Vice doyen de la Faculté de Médecine,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude pour l'intérêt que vous avez porté au sujet de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Sylvain MARCHAND-ADAM,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon plus profond respect. Je vous remercie tout particulièrement pour votre bienveillance et vos encouragements prodigués dès mon externat.

A Madame le Docteur Delphine LE GOFF,
Un grand merci pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Tu t'es engagée à me diriger alors que tu savais que tu quittais la région. Tu as toujours respecté tes engagements et tu t'es impliquée entièrement dans ce travail avec la rigueur qui est la tienne.

A l'ensemble de personnes qui ont participé de près ou de loin à ma formation et à l'aboutissement de cette thèse :

A tous les médecins qui ont participé à ma formation pendant ces longues années. Une pensée très particulière pour mes maîtres de stage en Médecine Générale : Didier COCUAU, Thierry COURVOISIER, Virginie LACAILLE, Nathalie MARECHAL, Marie-Béatrice MOTTU, Pascal RILLARD. Vous m'avez donné le goût de cette discipline. Auprès de chacun de vous j'ai appris et essayé d'intégrer le meilleur à ma pratique. J'espère qu'un jour, à mon tour, je pourrai transmettre l'amour du métier.

Aux médecins qui m'ont confié leurs patients. J'ai pris beaucoup de plaisir à venir vous remplacer pendant deux ans.

Aux médecins et à toute l'équipe du « cabinet du bonheur », Antoine, Paul, Samuel, Yannick, François, Jean-Marc, Paul-Henri, Vincent, Bernadette, Pamela, Delphine, Beverley, Marie-Paule, Suzanne, Isabelle, Gaëlle. Je suis heureuse de venir compléter prochainement l'équipe.

Aux médecins et aux sages-femmes qui m'ont aidée à recruter les patientes.

Aux patientes, bien sûr, qui ont accepté de m'accorder du temps et qui se sont livrées en toute franchise. Sans vous cette thèse n'aurait pas vu le jour.

A ma famille :

A mes grands-parents, pour tous ces moments passés ensemble. Particulièrement à Jacqueline pour m'avoir transmis cette curiosité de l'anatomie et à Madeleine pour les heures passées à faire les devoirs et corriger mon orthographe !

A mes parents, pour avoir cru en moi. Vous m'avez donné toutes les chances de réussir. Merci pour votre soutien inconditionnel même quand j'ai hésité à renoncer à médecine. A maman, pour ta patience et ton amour. J'espère apporter autant à Elise. A papa, tu es un modèle de travail mais surtout de force et de courage. La vie nous a forcés à organiser nos cailloux (tu comprendras), dans un sens je lui en suis reconnaissante...

A mon petit frère Benoît, tu veilles sur moi comme si c'était toi le grand frère. Je suis fière de toi et je te souhaite le meilleur pour l'avenir.

A Béatrice, Yves et Eva, qui m'ont accueillie très vite dans leur famille et supportée pendant toutes ces années studieuses... Béatrice, nos échanges en particulier professionnels ont toujours été enrichissants. Cela a participé à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

A tous les autres membres de ma famille et belle-famille, qui m'ont encouragée et soutenue. Ils se reconnaîtront.

A Thibaud, mon mari et meilleur ami. Merci pour tout, l'aide logistique bien sûr, mais surtout ta patience et ton amour. Tu as toujours été là, depuis la PCEM1, alors que la médecine n'était qu'un fantasme. Ta présence m'est indispensable.

A Elise, tu m'as accompagnée lors de mes entretiens, au chaud dans mon ventre, puis dans ton cosy. Tu es de loin ma plus belle réussite, pour toi j'essaie d'être chaque jour meilleure.

A mes amis :

A Fanny, sans toi je ne serais pas médecin. Tu m'as prise sous ton aile alors qu'on se connaissait à peine. Tes parents m'ont accueillie chez eux alors que je ne les avais jamais rencontrés. Tu es ma meilleure amie, je suis heureuse de t'avoir près de moi.

A Julien, pour les soirées conférences et Martini ! Nous nous sommes découverts sur le tard mais une amitié profonde a vite éclos. Tu as été d'un grand soutien en particulier quand papa était malade. Vivement le prochain voyage !

A Hélène alias Britney, qu'est-ce qu'on a pu rigoler ! Et discuter de politique... J'aimerais que tu puisses te rendre compte de la belle personne que tu es. Tes patients ont de la chance de t'avoir.

A Olivier, tu m'as toujours encouragée et tu as participé à ma prise de confiance en mes compétences médicales. J'espère que le jour de la soutenance, je porterai la robe avec allure !

Aux autres belles rencontres de l'externat, Antoine et Romain. La vie nous a un peu éloignés mais vous avez rendu belles ces années d'études. Je vous souhaite le meilleur pour l'avenir.

A mes co-internes, Catherine, Elise, Nicolas, Michaël, Pauline, Amandine, Geoffrey alias JoJo et Salah.

A Michaël, Julien alias Bob, Amélie et Olivier, Aurélie, Aurore, je suis heureuse de vous compter parmi mes amis. J'espère que l'avenir nous réserve encore de belles surprises !

A Plume, mon fidèle compagnon. Qui lui aussi dévorait les livres de médecine (à sa façon !)

TABLE DES ABREVIATIONS

ACP : American College of Physicians

AGOF : Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation

AIGM : Association nationale des Internes de Gynécologie Médicale

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Anesf : Association Nationale des Etudiants Sages-femmes

CCDC : Centre de Coordination et de Dépistage des Cancers

CCU : cancer du col de l'utérus

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

CSHPF : Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : dispositif intra-utérin

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultations

FCU : frottis cervico-utérin

GECSPP : Groupe d'Etude Canadien sur les Soins de Santé Préventifs

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : human papillomavirus

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

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

MG : médecin généraliste

NHD : Nederlands Huisartsen Genootschap

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SF : sage-femme

SFMG : Société Française de Médecine Générale

THS : traitement hormonal substitutif (de la ménopause)

TV : toucher vaginal

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	17
1.1. Recommandations actuelles concernant le suivi gynécologique hors grossesse	17
1.1.1. Contenu de la consultation de suivi gynécologique	17
1.1.2. Dépistage du cancer du sein	17
1.1.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU)	17
1.2. Adhésion des femmes au suivi gynécologique	18
1.2.1. Adhésion au suivi gynécologique	18
1.2.2. Adhésion au dépistage organisé du cancer du sein	18
1.2.3. Adhésion au dépistage individuel des CCU par FCU	19
1.3. Professionnels impliqués pour le suivi gynécologique	19
1.4. Problématisation	20
2. MATERIEL ET METHODE	21
3. RESULTATS	22
3.1. Caractéristiques des entretiens	22
3.2. Caractéristiques des patientes	22
3.3. Données générales de l'analyse	22
3.4. Schématisation des résultats	22
3.5. Contexte du suivi des patientes interrogées	24
3.5.1. Début du suivi	24
3.5.2. Professionnel effectuant le suivi	24
3.5.3. Eléments motivant le suivi	25
3.5.3.1. Début de l'activité génitale	25
3.5.3.2. Grossesse non désirée	26
3.5.3.3. Urgence	26
3.5.3.4. Projet et suivi de grossesse	26
3.5.3.5. Démarche de prévention	26
3.5.4. Influence de l'entourage et du bagage personnel	27
3.5.5. Fréquence du suivi	27
3.5.6. Organisation des rendez-vous	28
3.5.7. Déroulement de la consultation	28
3.5.8. Mammographie	28
3.5.9. Frottis	29
3.5.10. Violence ressentie	29
3.6. Connaissances et représentations des patientes sur le suivi gynécologique	30
3.6.1. Connaissances et représentation du corps	30

3.6.2.	Connaissances sur le suivi gynécologique.....	30
3.6.3.	Connaissances et représentation des maladies gynécologiques	31
3.6.4.	Connaissances et représentations des examens complémentaires.....	32
3.6.4.1.	Mammographie	32
3.6.4.2.	Frottis.....	32
3.6.4.3.	Prise de sang.....	33
3.7.	Attentes des patientes.....	33
3.7.1.	Concernant la consultation.....	33
3.7.2.	Souhait d'un suivi optimal et personnalisé	34
3.7.2.1.	Mammographie	34
3.7.2.2.	Frottis.....	35
3.7.2.3.	Bilan sanguin.....	35
3.7.3.	Concernant le professionnel de santé effectuant le suivi.....	35
3.7.3.1.	Compétences techniques du professionnel	35
3.7.3.2.	Compétences relationnelles du professionnel.....	36
3.7.3.3.	Professionnel idéal.....	36
4.	DISCUSSION.....	38
4.1.	Choix du sujet.....	38
4.2.	Choix de la méthode qualitative.....	38
4.3.	Choix de la population	38
4.4.	Principaux résultats	39
4.4.1.	Définition du professionnel idéal selon les patientes	39
4.4.2.	Intérêt et performance de l'examen clinique	41
4.4.2.1.	Performance de l'examen pelvien	41
4.4.2.2.	Performance de la palpation mammaire	42
4.4.3.	Souhait d'examens complémentaires précoces et plus fréquents.....	43
4.4.3.1.	Concernant le FCU	43
4.4.3.2.	Concernant la mammographie.....	44
4.4.4.	Violence ressentie	45
5.	CONCLUSION.....	47
6.	BIBLIOGRAPHIE	48
7.	ANNEXES.....	53
7.1.	Première version de la trame d'entretien.....	53
7.2.	Troisième et dernière version de la trame d'entretien	54
7.3.	Tableau récapitulatif du codage.....	55

1. INTRODUCTION

1.1. Recommandations actuelles concernant le suivi gynécologique hors grossesse

Gynécologie vient du grec ancien : gyné signifie « femme » et logos « sciences » (1). La gynécologie est un champ de la médecine qui consiste à prendre en charge tous les problèmes médicaux de la vie d'une femme. Le suivi gynécologique comporte l'éducation, la prévention, la contraception et le dépistage des cancers génitaux (2).

Hors grossesse, ce suivi n'est pas obligatoire mais il est conseillé par la Haute Autorité de Santé (HAS) de participer aux campagnes de dépistage organisé (3,4).

1.1.1. Contenu de la consultation de suivi gynécologique

En plus des dépistages des cancers, un examen annuel avec inspection de la vulve, examen au speculum du vagin et du col de l'utérus, toucher vaginal (TV) et examen des seins est souvent réalisé, même en l'absence de symptôme perçu par les patientes (5). En 2010, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) a publié une directive qualité sur le contenu minimal non exhaustif à attendre d'un dossier de consultation en gynécologie (6). Ce document énumérait les éléments pertinents à rechercher en fonction des motifs de consultation. Il n'émettait pas de recommandations sur la bonne fréquence ni même sur le contenu de la consultation pour motif gynécologique. Aucune autre recommandation émanant d'un autre organisme français n'est parue sur le sujet. Il semblerait donc que le contenu d'une consultation à but gynécologique soit laissé à l'appréciation du professionnel de santé.

1.1.2. Dépistage du cancer du sein

En 1994, la Direction Générale de la Santé (DGS) a mis en place un programme national de dépistage organisé du cancer du sein. Ce programme a été généralisé à tout le territoire français au début de l'année 2004 (4). Il cible les femmes âgées de 50 à 74 ans inclus. Il comprend un examen clinique des seins, une mammographie de dépistage tous les 2 ans et une double lecture de la mammographie en cas de cliché normal ou bénin. Sont exclues du dépistage organisé les femmes présentant des facteurs de risque jugés importants.

1.1.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU)

En France il n'existe pas de dépistage organisé du CCU malgré les recommandations du Conseil de l'Union Européenne, hormis quelques expériences pilotes touchant 5% de la population (7). Le dépistage du CCU est individuel. Deux moyens de lutte contre le CCU existent en France : le dépistage précoce des lésions précancéreuses du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin (FCU) et la prévention du CCU par la vaccination anti papillomavirus (anti-HPV) (3,8).

- Vaccination anti-HPV

A l'heure actuelle, deux vaccins anti-HPV sont disponibles en France. : le vaccin quadrivalent Gardasil®, composé des protéines recombinantes des HPV 6,11,16,18, commercialisé par le laboratoire Sanofi Pasteur MSD et le vaccin bivalent Cervarix®, composé des protéines recombinantes des HPV 16 et 18 et commercialisé par le laboratoire GlaxoSmithKline (GSK) (8).

En 2014, le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) recommandait une vaccination des jeunes filles de 11 à 13 ans avec un rattrapage possible chez les jeunes filles de 14 à 19 ans (9,10). La limitation concernant l'exposition aux rapports sexuels qui existait dans la recommandation précédente a disparu (11).

- Frottis cervico-utérin

Depuis la conférence de consensus de Lille de 1990, la HAS recommande en prévention primaire chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, la réalisation d'un FCU tous les 3 ans après deux premiers normaux effectués à un an d'intervalle (3). Ces recommandations ont été renouvelées dans le cadre du plan cancer 2009/2013 (12). L'arrivée récente de la vaccination contre certains papillomavirus humains ne modifie pas cette stratégie. L'efficacité du FCU en termes de réduction de la morbi-mortalité liée au CCU a été démontrée. Le dépistage individuel par FCU a permis une baisse de l'incidence de 2.5% par an et une baisse de mortalité de 3.2% par an entre 1980 et 2012 (13).

1.2. Adhésion des femmes au suivi gynécologique

1.2.1. Adhésion au suivi gynécologique

Selon une enquête menée à la demande de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale en 2008, le suivi gynécologique était largement répandu dans la population féminine française (14). 85% des femmes interrogées déclaraient avoir un suivi gynécologique. Parmi les femmes ayant déclaré avoir un suivi gynécologique, 71% déclaraient avoir un suivi annuel. Cependant, les jeunes (15-24ans) et les plus âgées (65ans et plus) étaient celles qui se faisaient le moins suivre (respectivement 69% et 72% contre 85% pour l'ensemble des femmes interrogées). Après 50 ans, les consultations s'espaçaient à tous les 2 ans généralement. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient la contraception et le suivi de grossesse (15). Il a été démontré que certains déterminants individuels limitaient la participation des femmes : jeune âge, célibat, faible niveau d'étude et socio-économique, post ménopause (16).

1.2.2. Adhésion au dépistage organisé du cancer du sein

Soixante-seize pourcents des femmes âgées de 50 à 59 ans ont déclaré avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années (17). Le taux de participation diminuait avec l'âge. Il était de 72% entre 60 et 64 ans et de 52% entre 69 et 74 ans (17). L'absence totale de mammographie était également plus fréquente chez les femmes les plus âgées (15% parmi les 65-69 ans et 19% parmi les 70-74 ans) (17). Néanmoins les femmes prenant un traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) étaient significativement plus nombreuses à avoir eu une mammographie dans le délai recommandé (90% contre 66%) (17).

1.2.3. Adhésion au dépistage individuel des CCU par FCU

Le dépistage individuel du CCU s'est largement développé en France. Dans les années 1998-2000, le taux de participation au FCU était de 53.6% selon les données de remboursements de la sécurité sociale (18). On notait une amélioration de l'adhésion en 2007-2009, avec un taux de participation de 58.5% (18). Selon le baromètre santé 2010, le taux auto-déclaré d'adhésion au FCU (un FCU dans les trois dernières années) était de 81% (19). Néanmoins, il existait une grande hétérogénéité des pratiques : sur-dépistage de certaines femmes, insuffisance voire absence de dépistage pour d'autres. En effet, en considérant les seules femmes de 25 à 49 ans sur les deux années précédant l'enquête, les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) semblaient suivies (17). Néanmoins, la proportion de femmes de 50 ans ou plus n'ayant jamais eu de frottis était plus élevée que pour celles de 45 à 49 ans (5 % contre 3,4 %) (17). Leur suivi préventif régulier était aussi moins fréquent. Ainsi, les frottis réalisés cinq ans auparavant ou davantage augmentaient après 50 ans, de 9 % à 50-54 ans à 15 % à 55-59 ans pour atteindre 22 % à 60-64 ans (17). Parmi les femmes n'ayant jamais effectué de frottis, les plus âgées étaient sur représentées (7 % des 60-64 ans) (17). Il en était de même pour les plus jeunes (8 % des 25-29 ans) (17). De façon générale, la participation au FCU augmentait avec le niveau d'études (17).

1.3. Professionnels impliqués pour le suivi gynécologique

En France le suivi gynécologique peut être assuré par les gynécologues, les médecins généralistes (MG) et les sages-femmes (SF). Selon un sondage réalisé en 2008 pour la Fédération Nationale du Collège de Gynécologie, 85% des femmes interrogées déclaraient avoir un suivi gynécologique assuré pour la plupart par un gynécologue (70%) plutôt qu'un MG (15%) (14). Le CNGOF précise que « *les spécialistes de la gynécologie-obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens systématiques et de dépistage, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause* » (20).

Le suivi gynécologique réalisé par les sages-femmes reste marginal. Pourtant l'article L.4151-1 du code de la santé publique dans sa version modifiée par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires : loi HPST) prévoit que « *l'exercice de la profession de sage-femme puisse comporter 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* » (21).

La formation actuelle des médecins généralistes, validée par le Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) de médecine générale, comporte l'acquisition en tant que compétence clinique de la prise en charge gynécologique et obstétricale des patientes. Si les médecins généralistes réalisent moins de 10% des FCU, ils sont régulièrement sollicités pour des motifs gynécologiques (7). Une femme consulte en moyenne 3,6 fois par an son médecin généraliste pour des questions d'ordre gynécologique (15). Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC), développé par la Société Française de Médecine Générale (SFMG), liste les 16 problèmes de gynécologie qui représentent au moins 1% des consultations. Les plus fréquents sont la contraception, le suivi de grossesse et les vulvo-vaginites (22). Le médecin généraliste est souvent le seul interlocuteur médical des populations féminines les plus à risque (16).

1.4. Problématisation

Lors de ma pratique en tant qu'interne, puis en tant que médecin généraliste remplaçant, je me suis aperçue que les consultations à but gynécologique étaient souvent délicates. Nombreuses étaient les femmes qui tentaient de reporter l'examen clinique, d'autres ne considéraient pas la palpation des seins comme faisant partie intégrante de l'examen gynécologique, certaines étaient étonnées de ne pas avoir de frottis annuellement. Aussi il apparaissait évident que les comportements face au suivi gynécologique étaient également influencés par des facteurs plus personnels liés au vécu et aux représentations.

De nombreux travaux ont porté sur l'analyse des freins et des facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale, du point de vue des médecins et des patientes. De même il existait de nombreuses publications sur les facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et un gynécologue. En revanche, il manquait des données dans la littérature sur les attentes des femmes concernant leur suivi gynécologique.

Quel est le contenu idéal des consultations de suivi gynécologique, en dehors de la grossesse, selon les patientes ?

2. MATERIEL ET METHODE

Il a été réalisé une étude qualitative par entretiens semi directifs individuels. Les patientes recrutées devaient être majeures. La variation de l'échantillon a été réfléchi d'après les données de la littérature (14–17,23). Des variations en termes d'âge, de statut marital, de parité, de niveau socio-économique et de la réalisation ou non d'un suivi gynécologique ont été recherchées.

Les patientes étaient recrutées directement par la chercheuse au fur et à mesure de leur rencontre en consultation ou par l'intermédiaire d'autres professionnels de santé (médecins généralistes et sages-femmes). A l'issue de la consultation, le sujet de l'étude était expliqué. Après accord des patientes, un nouveau rendez-vous était fixé. La date et le lieu de l'entretien étaient déterminés par la patiente, généralement au cabinet ou au domicile des patientes. Les entretiens avaient lieu en tête à tête de façon à mettre les patientes en confiance.

L'entretien débutait par une présentation de l'étude et des modalités de l'entretien. Les patientes étaient assurées du respect de l'anonymat et informées qu'elles étaient libres de ne pas répondre à une question et d'arrêter l'entretien à tout moment si elles le souhaitaient. Puis les caractéristiques sociodémographiques et médicales des patientes étaient recueillies. L'entretien était mené grâce à une trame de questions ouvertes explorant six grands thèmes. Une première question « brise-glace » invitait les patientes à raconter une histoire personnelle ou non qui leur venait spontanément à l'esprit à l'évocation du suivi gynécologique. Le but était de mettre les patientes à l'aise et de lancer la discussion. Ensuite la trame de questions explorait leur suivi gynécologique habituel, l'utilité ressentie ou non des examens, la prévention en gynécologie, la relation médecin-patient, la sexualité et les attentes des patientes. L'utilisation de la trame d'entretien était souple, adaptée aux patientes et pouvait être modifiée selon l'évolution du codage. La trame d'entretien a été testée sur deux personnes volontaires de l'entourage de la chercheuse, de façon à se familiariser avec la trame, à vérifier sa pertinence et à développer les qualités techniques d'entretien. Après consentement oral des patientes, les entretiens ont été doublement enregistrés via une application Android et un dictaphone, puis intégralement retranscrits sous Word. La durée de l'entretien n'était pas limitée. Le travail sur le matériel a été anonymisé. Seule la chercheuse dispose du lien entre le numéro attribué à la patiente et la patiente.

L'analyse thématique a été réalisée par la chercheuse par codage manuel. La transcription des verbatims mot à mot a été effectuée au fur et à mesure des différents entretiens, permettant de faire évoluer la trame en fonction des données recueillies. Les mots ou expressions porteurs de sens ont été identifiés en tant que codes, hiérarchisés, puis regroupés en sous catégories et catégories. L'analyse thématique a été réalisée dans une perspective de théorisation ancrée, en créant un tableau Excel.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données et deux entretiens supplémentaires ont été prévus pour confirmer cette saturation.

A l'issue des résultats, une schématisation des résultats a été produite afin d'avoir une synthèse.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre mars 2016 et juin 2017. La durée des entretiens a varié de 11 à 30 minutes. Quatorze entretiens ont été réalisés avec une saturation obtenue au onzième entretien. Neuf entretiens ont été réalisés au domicile des patientes, cinq au sein des différents cabinets médicaux. Au fur et à mesure des entretiens, la trame d'entretien a évolué. La troisième et dernière version de la trame d'entretien a été utilisée pour les cinq derniers entretiens.

3.2. Caractéristiques des patientes

Les patientes interrogées étaient âgées de 18 à 80 ans au moment de l'entretien. Parmi les quatorze patientes, une était célibataire, une était pacsée, les 12 autres étaient mariées. Deux des 14 patientes n'avaient pas d'enfant. Une seule des quatorze patientes recrutées n'avait pas de suivi gynécologique. Le suivi gynécologique des 13 autres patientes était assuré par 10 professionnels médicaux et paramédicaux différents.

Les caractéristiques sociodémographiques et médicales des patientes sont renseignées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et médicales des patientes

	Age (ans)	Statut marital	Nombre d'enfants	Profession/niveau d'études	Existence d'un suivi gynécologique	Professionnel effectuant le suivi
P1	27	Mariée	2	Infirmière	Oui	Gynécologue
P2	28	Pacsée	1	Esthéticienne	Oui	Gynécologue
P3	63	Mariée	2	Retraitée (qualité industrie)	Oui	Gynécologue
P4	45	Pacsée	1	Coordinatrice en aéronautique	Non	ø
P5	48	Mariée	2	Agent territorial	Oui	Médecin généraliste
P6	51	Mariée	3	Commerçante (ex SF)	Oui	Gynécologue
P7	44	Mariée	2	Hôtesse d'accueil SNCF	Oui	Gynécologue
P8	80	Mariée	2	Retraitée	Oui	Gynécologue
P9	43	Mariée	3	Employée qualifiée laboratoire	Oui	Gynécologue
P10	18	Célibataire	0	Etudiante en bac professionnel	Oui	Planning Familial/Médecin généraliste
P11	32	Mariée	0	Institutrice	Oui	Sage-femme
P12	30	Mariée	2	En congé parental (serveuse)	Oui	Médecin généraliste
P13	44	Mariée	2	Assistante maternelle	Oui	Médecin généraliste
P14	37	Mariée	2	Educatrice spécialisée	Oui	Médecin généraliste

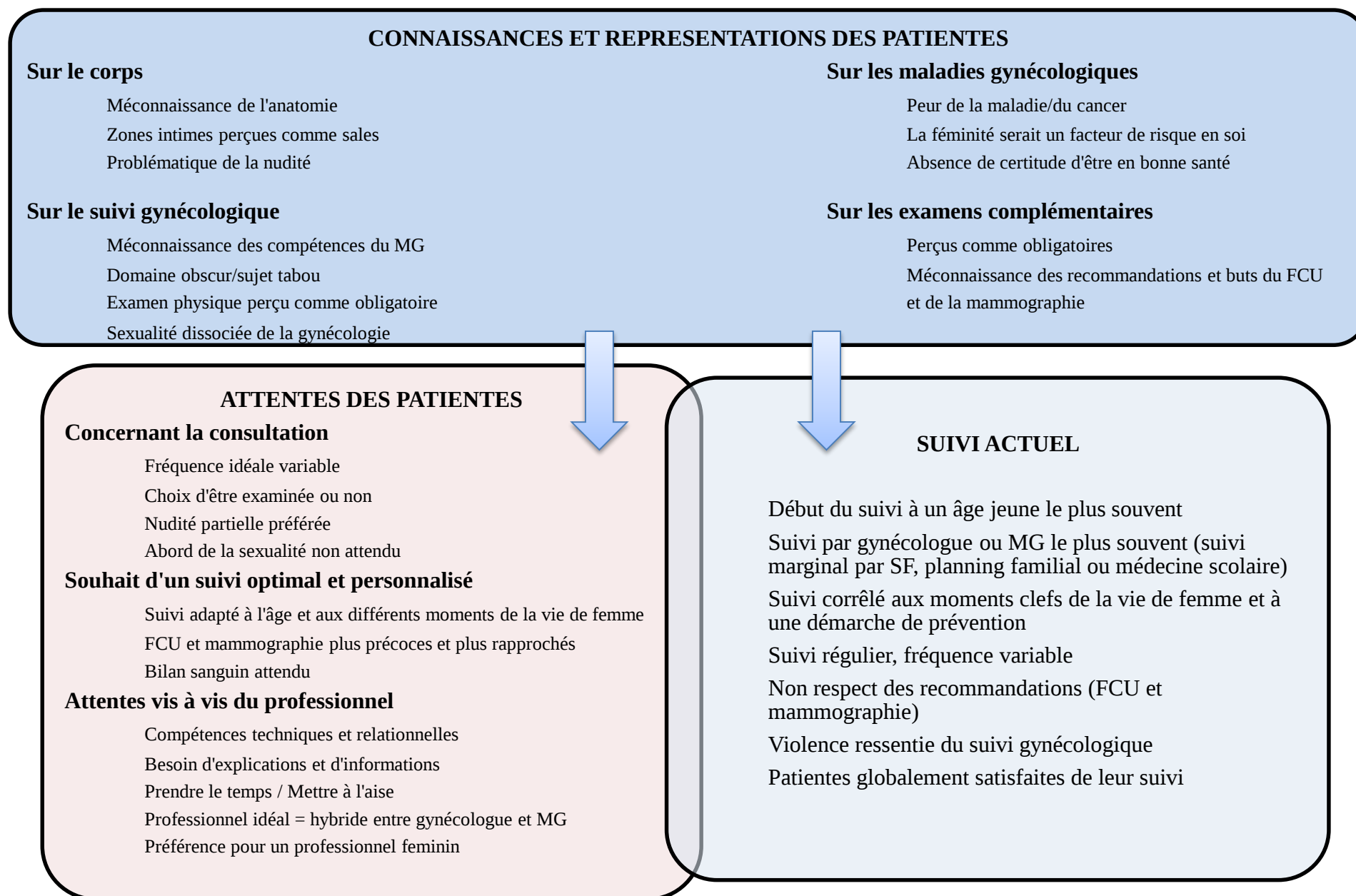
3.3. Données générales de l'analyse

L'analyse thématique a retrouvé 395 codes ouverts, regroupés en 34 sous-catégories et 7 catégories.

3.4. Schématisation des résultats

A partir des résultats, une schématisation a été produite (Figure 1).

Figure 1 : Schématisation des résultats



3.5. Contexte du suivi des patientes interrogées

3.5.1. Début du suivi

Pour la majorité des patientes interrogées, le suivi avait débuté à un âge jeune, souvent à l'adolescence « *j'étais très jeune, j'avais 16 ans* » (P11). Pour une des patientes interrogées, le suivi avait débuté en péri-ménopause « *j'ai fait mes premières visites gynéco juste avant la ménopause vers 54 ou 55 ans* » (P8).

Une patiente n'avait jamais eu de suivi gynécologique « *je n'en ai pas, je n'en ai jamais eu* » (P4).

Le suivi était débuté à l'initiative de la patiente « *j'avais demandé à maman qu'elle prenne rendez-vous* » (P7) ou de sa mère « *c'est ma mère qui m'a dit il faut y aller quoi* » (P6). P11 avait profité de vacances chez sa sœur pour aller à son premier rendez-vous « *j'étais en vacances chez ma sœur [...] je crois que j'avais eu un mot de ma sœur* ».

Les patientes gardaient un bon souvenir de leur première consultation « *je n'en garde absolument pas un mauvais souvenir* » (P6), « *ma première expérience pour le coup était bonne* » (P11) même si elles avaient été examinées dès ce premier rendez-vous « *j'avais été examinée* » (P6). Seule P13 rapportait ne pas avoir été examinée au premier rendez-vous. Les patientes s'étaient préparées à ce premier rendez-vous « *je m'étais beaucoup documentée sur le sujet* » (P6) et s'attendaient à être examinées « *oui j'avais été examinée mais là je savais ce qui m'attendait* » (P11).

3.5.2. Professionnel effectuant le suivi

Les patientes confiaient leur suivi gynécologique aussi bien à un gynécologue qu'à leur médecin généraliste. Une des patientes interrogées était suivie par une sage-femme après avoir été suivie par un gynécologue mais apprécierait un suivi par son médecin généraliste « *si j'avais su j'aurais préféré être suivie par lui* » (P11). Le suivi gynécologique pouvait également être assuré via la médecine scolaire universitaire « *via la médecine universitaire* » (P5) ou le planning familial « *en fait j'ai été suivie au planning familial* » (P10), surtout pour les plus jeunes.

Les femmes suivies par leur médecin généraliste le jugeaient tout à fait capable d'assurer le suivi gynécologique standard « *je n'ai pas de problème particulier donc je n'ai pas vraiment besoin d'aller chez un gynécologue* » (P5). Pour elles, le gynécologue n'était associé qu'à la grossesse « *moi à chaque fois que je suis allée voir le gynécologue c'est parce que j'étais enceinte* » (P13) ou à la maladie « *donc j'ai repris avec le médecin, je retournerai voir un gynéco si vraiment il y a besoin* » (P5). Elles jugeaient ses compétences équivalentes à celles du gynécologue « *oui je pense [que les compétences sont équivalentes]* » (P10). Il leur apparaissait comme plus abordable « *au médecin généraliste oui on ose poser des questions car on le voit plus souvent* » (P8). Elles pouvaient lui parler de tout « *le gynéco on ne peut lui parler que si on a vraiment un problème, surtout si ça n'a pas exclusivement rapport à la gynécologie* » (P8). Elles appréciaient qu'il connaisse leur famille « *il connaît mes enfants depuis qu'ils sont bébés* » (P13), « *c'est vraiment le suivi de la famille* » (P14). Elles lui confiaient volontiers la réalisation de gestes techniques comme la pose du dispositif intra-utérin (DIU) « *c'est ma médecin qui me l'avait posé* » (P12) ou le suivi de grossesse « *j'ai toujours voulu rester avec un généraliste même pour la grossesse* » (P12).

Les femmes suivies par un gynécologue le jugeaient plus compétent et spécialisé « *elle est plus spécialisée dans ce domaine-là* » (P2). Ces qualités paraissaient garantes de la maîtrise de l'examen gynécologique « *parce que c'est une spécialité, il pourrait me faire un examen plus approfondi* » (P3). Il était perçu pour certaines comme plus disponible « *j'ai l'impression que le gynécologue je l'ai plus pour moi, je trouve qu'il a plus de disponibilité* » (P7). Enfin certaines femmes se dirigeaient vers un gynécologue à défaut de proposition de leur généraliste ou parce qu'elles ignoraient qu'il pouvait faire ce suivi.

Certaines patientes préféraient dissocier le suivi gynécologique du reste de leur suivi : « *par contre je vais voir un gynécologue, pas un généraliste* » (P2), « *j'ai besoin que le gynécologue ne soit là que pour cette partie du corps* » (P7) soit car le gynécologue leur apparaissait comme le professionnel dédié « *moi je voulais un gynécologue c'est important pour moi* » (P7) soit par pudeur « *le gynécologue on le voit tous les 2 ans donc il y a moins de gêne* » (P9), « *peut être que ça fait trop longtemps que je le connais [le généraliste]* » (P6), « *ce n'est pas le même abord au niveau de l'intimité* » (P2). Dans ce cas le suivi par un autre professionnel de santé apparaissait comme « *une solution alternative* » (P6) notamment pour les consultations de premier recours « *c'est plus pour des petits symptômes* » (P2) ou était complètement inenvisageable « *je n'imagine pas du tout le docteur L me faire un examen gynécologique, non je ne pourrai pas* » (P6).

Le sexe du professionnel avait une influence. La gêne n'était pas un facteur limitant pour les hommes « *par rapport au contact avec un homme ou une femme ça ne me gêne pas* » (P3) même si certaines craignaient un jugement « *j'aurai peur du jugement d'un homme* » (P14). Néanmoins les patientes attribuaient aux femmes médecins une plus grande douceur « *une femme c'est plus doux qu'un homme* » (P10). Elles les jugeaient plus empathiques « *c'est plus facile de parler à une femme au niveau gynéco* » (P2), « *comme ils n'ont pas le même vécu [les hommes]...ils ne peuvent pas se rendre compte* » (P3), « *je pense qu'un homme n'aurait pas compris* » (P7).

Quelque-soit le professionnel effectuant le suivi, les patientes appréhendaient de devoir changer de praticien « *ce qui me stresse c'est que je ne sais pas ce que je vais faire quand ma gynécologue va partir à la retraite, je ne sais pas où je vais aller et si il y aura une remplaçante* » (P7). Les patientes étaient fidèles à leur médecin « *j'ai la même gynéco depuis 28 ans* » (P6), « *je suis très fidèle, je déteste changer* » (P8). Elles le connaissaient bien « *c'est quelqu'un qui nous connaît et qu'on connaît aussi* » (P11) en particulier quand il s'agissait du 'médecin de famille' « *c'est elle qui m'a suivie depuis toute petite* » (P10). Elles ont partagé avec lui des étapes importantes de leur vie « *elle m'a côtoyée à des moments importants de ma vie* » (P6). Avec le temps P6 estimait même que la relation avec sa gynécologue était devenue amicale « *au jour d'aujourd'hui elle est amicale* ».

3.5.3. Eléments motivant le suivi

3.5.3.1. Début de l'activité génitale

Les plus jeunes initiaient leur suivi au moment de la puberté et des premiers cycles « *les premiers rendez-vous c'était pour un suivi après mes premières règles* » (P6), pour des questions « *j'avais des questions sur les règles, l'hygiène pendant les règles* » (P7), « *j'y étais allée pour des conseils et il m'avait préconisé une pilule* » (P9), une première contraception « *les premiers rendez-vous c'était pour la pilule* » (P7), « *c'est parce que j'avais un copain et que je voulais prendre la pilule* » (P11) ou des dysménorrhées « *j'avais des cycles très irréguliers et je souffrais beaucoup* » (P7).

3.5.3.2. Grossesse non désirée

Le premier rendez-vous pouvait également être précipité par une grossesse non désirée « *quand j'ai avorté* » (P10), « *je me retrouvais dans une situation de détresse, je me suis retrouvée enceinte sans le vouloir* » (P7).

3.5.3.3. Urgence

Certaines patientes ne consultaient qu'en cas de besoin « *on pourrait prendre rendez-vous quand on en a besoin* » (P2), aussi P4 n'a jamais consulté parce qu'elle n'en a jamais ressenti la nécessité « *je n'en ai jamais vraiment ressenti le besoin* ». Mais chez les patientes suivies régulièrement, des symptômes ou une urgence pouvaient également motiver un rendez-vous intercurrent « *après si j'y vais entre-deux c'est que j'ai un problème, par exemple des gros saignements ou une boule au sein, enfin une urgence quoi* » (P9), « *j'ai perdu beaucoup de sang* » (P8).

3.5.3.4. Projet et suivi de grossesse

Un projet de grossesse « *c'était un début de questionnement par rapport à la grossesse* » (P11), ou des difficultés de procréation « *et puis ça sert à avoir des bébés aussi parce que moi j'ai eu du mal à avoir ma dernière fille donc j'allais régulièrement chez ma gynéco* » (P9) pouvaient motiver une consultation. Le suivi de grossesse était fortement associé au suivi gynécologique « *pour moi ça va être tout ce qui va être lié à la grossesse* » (P14).

3.5.3.5. Démarche de prévention

Le suivi gynécologique s'inscrivait pour de nombreuses femmes dans une démarche de prévention « *pour de la prévention en fait* » (P3). Elles consultaient pour un contrôle « *en général c'est pour un examen de contrôle* » (P1), une vérification « *pour moi c'est important qu'on vérifie aussi* » (P14) et pour dépister des problèmes asymptomatiques « *ça sert à détecter des problèmes qu'on ne voit pas forcément* » (P3), « *détecter si il n'y a pas une petite maladie* » (P1) et se rassurer « *je veux savoir si tout va bien, pour me rassurer aussi* » (P1), « *sinon ce que j'apprécie c'est quand je sors du rendez-vous et que je sais que tout va bien* » (P12).

Pour de nombreuses femmes, le suivi gynécologique était perçu comme une évidence « *le suivi gynéco c'était une évidence, je ne me voyais pas faire autrement* » (P6) même en l'absence de symptômes « *pour moi c'est logique de faire un examen même si tout va bien* » (P14). Les femmes ne le remettaient pas en question, il leur apparaissait comme une norme établie « *ça paraît évident de se faire suivre quoi* » (P14) « *c'est normal d'être suivie* » (P8), voire comme une obligation « *il faut le faire de toutes façons* » (P10) que l'on soit en bonne santé « *on n'est pas forcément malade quand on va chez le gynécologue* » (P7), et que l'on ait ou non des rapports sexuels « *on ne sait pas ce qui peut se passer même si on n'a plus de rapports* » (P12). P6 s'étonnait même qu'il puisse en être autrement pour certaines femmes « *je suis très étonnée quand ma fille me parle de ses copines qui n'ont jamais vu de gynéco* ».

Se faire suivre était perçu pour certaines comme une façon de prendre soin de sa féminité « *et puis je pense qu'il faut prendre soin de soi en tant que femme* » (P14), « *en tant que femme je pense qu'on a besoin* » (P10).

3.5.4. Influence de l'entourage et du bagage personnel

Le rôle de la mère était prédominant. Toutes les patientes y ont fait référence lors des entretiens. Elles ont influencé le rapport de leur fille à la gynécologie ainsi que l'éducation qu'elles ont pu donner en retour à leur propre fille « *j'ai reproduit un peu la même chose avec ma fille* » (P6). Si certaines avaient été bien informées par leur mère, d'autres regrettaient que le sujet ait été 'tabou' « *mes parents sont nés en 40 donc ils n'avaient pas tellement la fibre à parler de tout ça* » (P9). Ainsi P4 souhaitait « *plus d'ouverture pour elle [sa fille], elle en saura plus que nous on a su* » de même P7 estimait « *qu'il faudrait être un peu plus ouverte et expliquer les choses* ». Certaines patientes disaient avoir reproduit le schéma familial « *j'ai été élevée comme cela, maman allait voir un gynécologue [...] chez nous quand on avait un problème féminin on allait voir le gynécologue* » (P7) d'autres au contraire ont consulté un gynécologue car elles n'avaient pas de réponse à la maison « *j'étais contente d'aller voir un gynécologue parce que maman n'était pas très ouverte là-dessus* » (P7).

La fratrie était également source d'influence « *j'avais eu un mot de ma sœur [pour aller chez le gynécologue]* » (P11), « *j'ai suivi leurs conseils [ses sœurs]* » (P11).

L'existence d'antécédents familiaux influençait également le suivi et le rapport à la gynécologie « *j'ai beaucoup plus peur d'avoir un cancer du col qu'un cancer du sein [sa mère a eu un CCU]* » (P11).

Les patientes parlaient volontiers de gynécologie entre amies et entre collègues « *j'entends tellement de trucs dans les discussions que je peux avoir avec les copines* » (P6), « *j'ai eu des cas au travail, des collègues* » (P4). Même en cas de différence de points de vue, les choix des amies avaient du sens « *ça se défend, elles ont peut-être raison [...] ça me fait réfléchir ce qu'elles racontent, ça se défend* » (P6). En cas de nécessité d'avis sur un professionnel de santé, c'est l'entourage proche qui était sollicité « *je me renseignerai pas mal auprès de mes amies, de mon entourage* » (P14).

3.5.5. Fréquence du suivi

La fréquence du suivi était variable, de 2 ans à tous les 3 mois « *le gynécologue on le voit tous les deux ans, ba c'est tous les deux ans non ?* » (P9), « *j'y vais une fois par an* » (P2), « *la gynéco je la voyais tous les 6 mois* » (P8), « *je la vois 3 à 4 fois par an, c'est bien* » (P7).

La fréquence des rendez-vous pouvait être déterminée par la durée de prescription des traitements, généralement 6 mois à un an « *tous les 6 mois pour la pilule, tous les ans pour le stérilet* » (P3), « *j'y vais tous les ans pour renouveler l'ordonnance c'est tout* » (P13) ou par le praticien « *c'est le gynécologue qui me dit de revenir dans 2 ans* » (P9), « *souvent c'est le docteur qui dit n'oubliez pas de faire...* » (P8). La fréquence des rendez-vous pouvait aussi être laissée au libre choix de la patiente « *c'est à moi d'y penser* » (P8). Dans ce cas c'était souvent les frottis et les mammographies qui motivaient la prise de rendez-vous « *le frottis et la mammo oui bien sûr déterminent la prise de rendez-vous* » (P9), parfois même les invitations pour le dépistage organisé du cancer du sein « *c'est les lettres de la Sécurité Sociale qui m'y font penser* » (P8).

Le plus souvent le suivi était régulier « *je l'ai toujours fait régulièrement depuis toute jeune* » (P9) mais il arrivait que les femmes fassent des pauses dans leur suivi « *il y a quand même eu 3 ans où je n'ai vu personne* » (P7), « *bon la dernière fois c'était il y a 5 ans parce que j'ai été opérée des mains et les rendez-vous j'en avais un peu marre* » (P9).

3.5.6. Organisation des rendez-vous

Les patientes anticipaient la prise de leurs rendez-vous « *j'appelle 4 ou 5 mois à l'avance* » (P1), « *je note sur mon calendrier un an plus tard prendre rendez-vous* » (P3) car les délais étaient jugés longs avec les gynécologues « *c'était compliqué d'avoir un rendez-vous, les délais étaient longs* » (P5), « *ça devient catastrophique pour avoir des rendez-vous* » (P9) contrairement aux médecins généralistes « *ça a un côté pratique que son médecin généraliste fasse aussi gynéco, je ne galère pas à avoir un rendez-vous que ce soit pour un frottis ou ma prescription de pilule, je n'ai pas besoin de m'y prendre 6 mois à l'avance pour un rendez-vous, c'est facile* » (P14). Les rendez-vous étaient néanmoins plus rapides en cas d'urgence « *dans un délai d'une semaine environ* » (P9) ou de grossesse « *en général c'est long pour avoir un rendez-vous, à moins que tu ais un problème ou que tu sois enceinte* » (P1).

Le rendez-vous nécessitait une organisation pour certaines patientes « *bon après je m'organise, je n'amène pas les enfants, je fais en sorte qu'ils soient à l'école* » (P14), « *le matin car je sors de ma douche* » (P2).

3.5.7. Déroulement de la consultation

La consultation débutait habituellement par un interrogatoire de la patiente avec évaluation de l'état général « *il me demande comment je vais* » (P9), recherche de symptômes ou événements intercurrents « *il me demande si j'ai eu des soucis* » (P9). Suivant le professionnel, l'examen clinique était systématique « *dans mon cas oui, il y a toujours un examen physique* » (P3), « *j'ai été examinée à chaque fois* » (P14) ou réalisé uniquement à l'occasion du FCU « *au moment des frottis mais pas obligatoirement* » (P12). Il comportait un examen général avec pesée « *il me pèse* » (P13), prise de tension artérielle (TA) « *on a la prise de tension* » (P6), examen abdominal « *elle m'ausculte au niveau du ventre* » (P2), auscultation cardiopulmonaire « *elle vérifie le cœur, les poumons* » (P12), parfois évaluation de l'état veino-lymphatique « *l'état de mes jambes* » (P7) et palpation de la thyroïde « *elle vérifie au niveau de la thyroïde* » (P14). L'examen gynécologique à proprement parler comprenait l'examen au speculum « *elle pose un speculum pour voir le col* » (P6) avec éventuellement réalisation du FCU et contrôle du DIU « *j'avais un stérilet, elle vérifiait s'il était toujours bien en place* » (P3) et toucher vaginal « *on a le toucher vaginal* » (P6). L'examen des seins n'était pas réalisé de façon systématique même pour les femmes examinées à chaque rendez-vous « *le gynécologue d'avant ne le faisait pas tout le temps, peut être une fois sur deux* » (P7). La plus jeune, P10 n'avait jamais eu d'examen mammaire « *je n'ai jamais été examinée au niveau des seins* ».

3.5.8. Mammographie

La première mammographie était souvent réalisée avant 50 ans, même en l'absence de facteur de risque ou de symptôme « *là je vais faire une mammographie pour mes 45 ans* » (P7). Les premières mammographies étaient parfois demandées par les patientes « *j'en ai déjà eu 2, j'avais dû demander la première entre 40 et 45 ans* » (P5).

Le dépistage organisé était bien connu « *il y a la détection systématique tous les 2 ans* » (P3), « *j'en ferai plus régulièrement après 50 ans* » (P5). La fréquence préconisée entre deux mammographies de dépistage était respectée « *obligatoirement j'ai la mammo et le frottis tous les 2 ans* » (P6).

L'adhésion à la mammographie était bonne même si certaines se posaient des questions sur son bénéfice-risque « *mes amies ont décidé qu'elles n'auraient pas de mammographie tous les 2 ans, ça me fait réfléchir ce qu'elles racontent, ça se défend* » (P6).

3.5.9. Frottis

A l'exception de P 10 qui n'en a jamais eu, le frottis était réalisé dès le début du suivi, quel que soit l'âge des patientes.

Le frottis était pratiqué de façon régulière « *je le faisais très régulièrement* » (P7), tous les 3 ans comme recommandé « *elle ne me fait un frottis que tous les 3 ans* » (P14) mais encore tous les 2 ans pour de nombreuses patientes « *moi en pratique c'était tous les 2 ans* » (P11), « *obligatoirement j'ai la mammo et le frottis tous les 2 ans* » (P6) voire à chaque consultation « *ah oui toujours !* » (P9).

3.5.10. Violence ressentie

Que les femmes soient satisfaites ou non de leur suivi, il existait une appréhension des rendez-vous « *j'ai toujours la tension qui monte un peu* » (P3), « *quand même oui, je dors mal avant je suis perturbée* » (P8). Les femmes peuvent ressentir une sensation de blocage « *après c'est comme si c'était mon corps qui décidait, qui ne pouvait pas - moi dans ces cas-là je ne peux pas répondre* » (P11). Pour une des patientes cela allait jusqu'à ne pas honorer le rendez-vous « *j'étais dans la salle d'attente, et puis finalement j'avais tellement peur que je partais* » (P11).

L'appréhension était spécifique à cette spécialité « *les autres spécialistes heu...la dermato oui un petit peu mais pas autant; l'ophtalmo non* » (P11). L'examen était jugé désagréable « *ça n'a rien d'agréable quand même* » (P6), « *on ne peut pas dire que ce soit bien agréable* » (P9) voire douloureux « *ça fait mal quand même* » (P7), en particulier l'examen pelvien avec le speculum « *un petit peu d'appréhension, surtout le moment avec le speculum* » (P12). La mammographie et le frottis pouvaient être appréhendés car ils étaient source de gêne « *je ne suis pas détendue même maintenant, je n'aime pas trop qu'on me touche à cet endroit* » (P7), d'inconfort « *c'est quelque chose qui n'est pas trop agréable [le frottis]* » (P12) voire de douleurs « *j'ai appréhendé la dernière fois parce que l'avant dernière [mammographie] j'ai eu très mal* » (P9).

La consultation pouvait être jugée brutale : violence verbale « *je trouvais qu'il était brutal dans ses propos* » (P7), « *c'était d'une telle violence, c'était tellement cru à la limite que pour moi ce n'était pas possible* » (P11), ton autoritaire « *quand on vous dit bon allez ! déshabillez-vous !* » (P11), « *mon gynéco est assez froid* » (P9), banalisation de la douleur « *il m'a dit que l'enfantement faisait partie de la vie et il fallait en supporter tout le stress pour le corps, la douleur* » (P7), manque d'empathie « *je n'avais pas l'impression d'être prise en considération* » (P11)...

Les rendez-vous étaient jugés trop rapides voire bâclés « *c'est vraiment on vérifie vite fait et hop c'est terminé* » (P9) parfois avec un examen d'emblée sans discussion préalable « *donc on arrive et il me dit 'Déshabillez-vous ! Allongez-vous sur la table !* » (P9). Les patientes se disaient soulagées à la fin du rendez-vous « *je suis contente quand il est passé* » (P6).

3.6. Connaissances et représentations des patientes sur le suivi gynécologique

3.6.1. Connaissances et représentation du corps

Les patientes n'avaient pas une bonne connaissance de leur anatomie, une d'entre elle déplorait « *je ne trouve pas ça normal qu'on ne sache pas où sont les trompes* » (P7). La physiologie de la femme était parfois méconnue des jeunes filles « *quand j'ai eu mes règles je ne savais pas ce que j'avais, j'ai cru mourir* » (P7). Ainsi l'examen gynécologique était l'occasion de vérifier la conformité anatomique « *elle vérifie que tout est bien conforme* » (P3).

Les zones intimes étaient perçues comme « sales », il fallait se préparer au rendez-vous « *au niveau de la petite toilette* » (P3) pour « *avoir une hygiène correcte* » (P3).

Une des singularités de l'examen gynécologique était qu'il nécessitait de se mettre à nu au sens propre « *me déshabiller complètement c'est vraiment difficile* » (P11) et figuré « *il y a l'intimité qui est un peu mise à nu* » (P6). Il renvoyait à l'intime « *l'examen gynécologique ce n'est pas du tout la même chose qu'une prise de sang !* » (P4), « *cela reste intime* » (P13). La pudeur des patientes était malmenée « *moi je suis très pudique* » (P11). L'examen était source de gêne « *c'est à cause de la gêne que je ne peux pas le faire* » (P4). La gêne passait avec le temps pour certaines femmes « *ça passe avec les années mais je pense que pour une adolescente c'est compliqué* » (P6), pas pour toutes « *surtout maintenant que je suis vieille, je n'aimerai pas être examinée par mon médecin* » (P8).

3.6.2. Connaissances sur le suivi gynécologique

Certaines patientes ne savaient pas qu'il était recommandé d'avoir un suivi gynécologique. Une des patientes expliquait par exemple qu'avant sa première grossesse elle n'avait jamais entendu parler de suivi gynécologique « *à part pour la grossesse, je n'avais jamais entendu parler de ça avant* » (P13).

Toutes ne connaissaient pas les compétences du médecin généraliste en gynécologie « *j'ai été très surprise de savoir que les médecins généralistes faisaient des suivis gynécologiques* » (P7). P13 pensait à tort ne pas avoir de suivi gynécologique puisqu'elle n'avait jamais consulté de gynécologue « *enfin un suivi quand je vais le voir pour la pilule, si il faut faire le frottis il fait le frottis mais je n'y vais pas spécialement pour me faire suivre - enfin c'est pas gynécologique* ».

Le contenu type du suivi gynécologique était assez obscur « *parce que enfin je ne sais pas ce qu'il faut vraiment faire [...] en fait je ne sais pas comment ça se passe* » (P13). Les patientes ne savaient pas toujours ce que faisait le médecin et pourquoi « *je n'ai pas les détails précisément* » (P2), « *depuis que j'ai été opérée et qu'il ne me reste plus que le vagin...quand elle m'examine de ce côté-là je me demande bien pourquoi* » (P8). Les femmes exprimaient volontiers qu'elles n'avaient pas les compétences requises pour juger les pratiques et les prescriptions « *parce que je n'ai pas la réponse* » (P6). Elles s'en remettaient à leur médecin et aux recommandations « *je fais confiance, il doit y avoir des études* » (P3), « *moi je laisse les gens choisir car ils sont du métier* » (P9), « *si elle le fait c'est qu'elle doit le faire* » (P12).

Certaines patientes se sentaient obligées d'être examinées « *de toute façon on n'a pas le choix, c'est obligatoire* » (P12).

La sexualité n'était pas ou peu évoquée « *non pas vraiment, c'est vrai qu'on n'en parle pas* » (P12), « *je n'ai jamais parlé de ça avec mon médecin* » (P13). Elle pouvait être abordée brièvement à l'occasion de symptômes « *quand j'ai eu ma descente d'organes, elle m'a posé la question de savoir si au moment des rapports les sensations étaient toujours les mêmes* » (P14) mais « *ce n'est pas un sujet qui revient souvent* » (P14). Les femmes dissociaient la sexualité de la gynécologie « *ce n'est pas forcément à lui [au médecin] que j'en parlerai, sinon après il y a les sexologues mais là c'est quand vraiment ça ne va plus dans le couple* » (P13) et ne voyaient pas en quoi cela était intéressant pour la consultation « *je ne sais pas qu'elles questions plus intimes il pourrait poser* » (P13).

Les patientes ne se posaient pas de questions sur la fin du suivi « *pour le moment je ne pose pas de questions, je continue à y aller* » (P8). Il leur semblait qu'il fallait continuer « *mais je pense que quand même quand on est ancienne, il faut quand même être suivie* » (P12), pour certaines même ad vitam aeternam « *ma mère m'a bien fait comprendre que quand on commençait c'était pour toute notre vie* » (P6), « *non moi je pense que les femmes devraient tout le temps être suivies jusqu'à la fin* » (P13).

3.6.3. Connaissances et représentation des maladies gynécologiques

Les patientes exprimaient toutes plus ou moins explicitement la peur de la maladie, le plus souvent du cancer « *c'est vrai que le cancer c'est une maladie qui fait peur même sans y penser tous les jours mais on en entend tellement parler* » (P13) ou même d'une « *anomalie* » qu'elles ne savaient pas bien décrire « *et puis c'est inquiétant, je n'ai pas envie qu'elle trouve quelque chose de bizarre, ou même une anomalie* » (P11).

Les patientes n'avaient pas la certitude d'être en bonne santé « *c'est pour soi que tout va bien mais vous ne pouvez pas vraiment savoir si tout va bien* » (P3). Les femmes se sentaient plus à risque que les hommes d'avoir un cancer « *c'est l'impression que j'ai [d'avoir plus de risques que les hommes de développer un cancer]* » (P10). Le risque augmenterait en vieillissant « *je pense que c'est en vieillissant qu'on a le plus de risques* » (P13).

Le cancer était associé au décès « *en ayant eu une sœur décédée du cancer du sein* » (P8) et à la chirurgie potentiellement délabrante « *ils ont dû lui enlever tout le sein* » (P9). Elles citaient en particulier les cancers du sein et du col de l'utérus, parfois l'utérus était désigné dans sa globalité « *il y a la menace du cancer du sein, du cancer de l'utérus* » (P14). Le cancer des ovaires n'a pas été cité. Le cancer gynécologique faisait d'autant plus peur qu'il était perçu comme indépendant du mode de vie « *on peut avoir la vie la plus saine possible, on peut quand même avoir un cancer du col de l'utérus* » (P6), « *je suis plutôt rassurée pour d'autres organes* » (P6). Il pouvait se développer à un âge jeune « *mon amie quand ça l'a prise elle avait 32 ou 33 ans* » (P14) et progresser rapidement « *ça peut aller vite* » (P5), parfois entre deux rendez-vous « *ça vient tellement vite qu'on ne sait pas ce qui peut se passer entre deux rendez-vous* » (P9), « *je connais une femme qui a eu un cancer qui s'est développé entre deux mammos* » (P13) tout en restant longtemps asymptomatique « *elle n'avait rien senti* » (P9), « *si on a un problème je ne sais pas si on peut le sentir, si on arriverait à alerter assez tôt* » (P5).

La lactation était perçue comme potentiellement à l'origine de développement de maladies « *le fait qu'on ait du lait et qu'après on n'en ait plus, peut être que ça peut faire apparaître certaines choses* » (P12).

3.6.4. Connaissances et représentations des examens complémentaires

Les examens complémentaires étaient plébiscités par les patientes qui ne remettaient pas en cause leur utilité en particulier pour le dépistage des maladies. L'examen clinique en lui seul était jugé insuffisant, notamment pour l'examen des organes internes *« il y a des choses à l'intérieur je pense qu'on ne peut pas les voir »* (P1), *« la peur d'avoir un cancer à l'intérieur car à l'extérieur je pourrai toucher, sentir quelque chose »* (P5).

Certaines patientes faisaient également les examens complémentaires car elles les pensaient obligatoires *« comme on est obligé d'y aller »* (P8), *« je dirai plus que c'est obligatoire donc c'est pour ça que je le fais »* (P12).

Le plus souvent elles appréhendaient le résultat *« là je vais passer une mammographie donc je me dis que peut être... »* (P7).

3.6.4.1. Mammographie

L'âge de début était mal connu *« 35 ans »* (P1), *« je croyais que c'était à partir de 40 ans »* (P5) même si les jeunes femmes ne se sentaient pas concernées *« ça ne me concerne pas pour le moment je suis trop jeune »* (P1). Pour une patiente, les premières mammographies débutaient dès la première grossesse *« peut être quand on commence à avoir des enfants »* (P12).

La mammographie était perçue par les patientes participant au dépistage organisé du cancer du sein comme utile *« c'est aussi important que les frottis »* (P11), *« moi je la fais, ça ne m'est pas venu à l'esprit de ne pas les faire »* (P3) en particulier car elle était perçue comme plus performante que l'examen clinique. A l'inverse d'autres femmes choisissaient de ne pas faire de mammographies *« mes amies ont décidé qu'elles n'auraient pas de mammographie tous les 2 ans »* (P6) car elles redoutaient les cancers radio-induits *« tu te prends des radiations tous les 2 ans qui peuvent générer des cancers »* (P6).

Une patiente se posait la question de savoir ce que cela permettait de voir précisément *« je ne sais pas si la mammographie c'est juste pour voir des boules naissantes ou autre chose, en fait je ne sais pas trop ce qu'on y voit »* (P7). P4 se demandait si la mammographie pouvait limiter le développement des cancers *« est ce que ça ne permet pas d'éviter cette pousse trop rapide ? »*.

L'examen était jugé peu contraignant *« il y a d'autres examens, j'ai pas trop envie, par exemple la coloscopie c'est pas très amusant »* (P8).

3.6.4.2. Frottis

Les patientes ne connaissaient pas les recommandations sur le FCU *« le frottis c'est tous les 2 ans »* (P5), *« ba je ne sais pas vraiment mais il faut le faire même après la ménopause je pense »* (P13). La plus jeune des patientes n'avait jamais entendu parler du FCU, elle ne savait pas en quoi cela consistait *« je ne sais pas, je n'en ai jamais eu, enfin je ne crois pas »* (P10). Elle n'imaginait pas qu'il soit réalisable avant 25 ans *« plus tôt je ne pense pas que ce soit possible, je pense qu'on n'a pas tout à fait fini de grandir »* (P10).

Pour certaines patientes le rôle du FCU était flou « *c'est hyper important pour voir des choses* » (P7), les connaissances des patientes étaient erronées « *ça sert à déterminer si il y a des mycoses, des champignons, des maladies transmissibles* » (P7). Néanmoins pour de nombreuses patientes, le frottis était jugé nécessaire car il permettait de détecter un cancer du col « *pour moi ça sert à détecter les cancers du col, c'est pour ça que j'y vais* » (P11), « *ba c'est pour voir si il n'y a pas un cancer du col, un risque au niveau du col* » (P12).

Le frottis était perçu par certaines comme un acte à faible technicité « *un frottis c'est un frottis, ils font toujours la même chose, ils frottent les parois, c'est pas compliqué* » (P9). Les patientes imaginaient que le prélèvement puisse être détérioré « *le fait d'envoyer c'est bizarre, j'ai l'impression que ça va être détérioré* » (P7).

3.6.4.3. Prise de sang

La prise de sang n'était pas appréciée des patientes « *moi je n'aime pas les piqûres alors les prises de sang je n'aime pas trop* » (P12) mais elle était jugée utile « *les prises de sang je n'aime pas trop mais il faut les faire quand même* » (P12) pour faire « *un contrôle hormonal, voir si tout se passe bien* » (P2), ou « *voir le cholestérol* » (P1).

Le bilan sanguin prenait tout son sens en cas d'introduction ou de changement de pilule « *quand on prend la pilule, une fois de temps en temps c'est quand même pas mal* » (P6), « *tous les 3,4,5 ans ou si il y a un changement de pilule* » (P6). Les patientes pensaient que cela permettait de savoir si la pilule était bien adaptée « *pour voir si ta pilule te convient* » (P1), « *ça avait changé ma méthode contraceptive donc c'est très important* » (P3).

3.7. Attentes des patientes

3.7.1. Concernant la consultation

La fréquence idéale des rendez-vous était propre à chaque patiente : certaines appréciaient d'avoir un rendez-vous annuel « *tous les ans c'est bien* » (P14), d'autres étaient rassurées par des consultations plus fréquentes « *je ne sais pas peut être tous les 6 mois* » (P12), « *ba tous les mois, à chaque cycle* » (P10). D'autres auraient apprécié de pouvoir espacer les consultations « *si on me disait tu peux aller voir ta gynéco tous les 3 ou 4 ans ce serait bien* » (P6), « *tous les 2 ans je me dis que c'est bien pour les visites* » (P8). Pour ces dernières, les consultations pourraient se caler sur le rythme des examens complémentaires « *tous les deux ans en même temps que le frottis ça suffirait* » (P2), « *j'ai la mammo et le frottis tous les 2 ans donc ça pourrait être ça* » (P6). Une d'elle rêvait d'un monde parfait où « *tout irait bien et où on n'aurait pas besoin de suivi* » (P12).

Certaines patientes appréciaient d'être examinées à chaque consultation « *je trouve ça très bien, ça me rassure qu'elle regarde partout* » (P7). L'examen des seins par un professionnel notamment était jugé plus performant que l'autopalpation mammaire « *ils sont plus à même de juger que toi si il y a un problème* » (P2), « *parce que soit même on ne le fait pas forcément très bien* » (P14). Certaines patientes aimeraient pouvoir choisir d'être examinées ou non « *elle m'a demandé si je voulais qu'elle m'ausculte quand même ou pas, comme j'avais le choix j'ai dit non* » (P11).

Plusieurs patientes ont exprimé le souhait également de ne pas se dévêtir intégralement ou de façon alternative « *ma gynécologue me faisait retirer le bas puis le haut c'était beaucoup plus agréable* » (P8), « *dans l'idéal j'aimerais garder mon t-shirt et l'enlever juste au moment de la palpation des seins* » (P9).

Plusieurs patientes ont exprimé le fait qu'elles appréciaient avoir une explication sur le déroulement de la consultation « *elle m'explique ce qu'elle va faire avant de m'examiner* » (P12), « *elle m'explique ce qu'elle fait pendant qu'elle m'examine* » (P11).

L'évocation de la sexualité n'était pas attendue. Elle pouvait se concevoir « *après pourquoi pas, c'est vrai que si on a confiance en son médecin on pourrait* » (P13) mais les patientes n'en ressentaient pas l'utilité « *jusqu'ici je n'en ai pas eu besoin* » (P11) voire évitaient le sujet « *c'est possible qu'elle ait posé des questions auxquelles je n'ai pas répondu* » (P11).

3.7.2. Souhait d'un suivi optimal et personnalisé

Les patientes étaient demandeuses d'un suivi personnalisé « *elle pourrait me poser des questions plus personnelles* » (P1). Elles estimaient que le suivi devait être adapté à leur âge et aux différents moments de leur vie de femme « *suivant l'âge ça peut être indicateur* » (P3), « *en fonction de notre âge et de notre situation* » (P5), « *quand on vieillit, on attend autre chose* » (P7).

Elles étaient demandeuses également d'un suivi optimal « *pour ma fille je voudrais un suivi complet, médecin, gynéco, tout ce qu'il faut* » (P4), « *on ferait la totale, frottis, mammo, prise de sang* » (P13).

Le contenu de l'examen clinique n'était pas remis en question « *je pense qu'il faut passer par tout ça* » (P6), « *je trouve ça bien, si ils ne t'auscultent pas ils ne peuvent pas savoir* » (P2). Pour P11 rien n'était superflu « *je n'ai pas l'impression qu'elle en fasse plus qu'il ne faut et inversement* ». Les patientes attendaient un examen pelvien « *il faudrait faire l'examen avec le truc en bas, il faudrait regarder les ovaires et l'utérus aussi* » (P10) ainsi qu'un examen mammaire « *la palpation de la poitrine je pense que c'est important* » (P2).

Les patientes étaient demandeuses d'examens complémentaires en particulier en cas de symptômes « *genre radio ou des choses comme cela* » (P12), « *faire des examens quand on a un souci, quand on se plaint par exemple d'une douleur qui dure* » (P12). Une échographie pelvienne pourrait être ajoutée au suivi habituel « *ma gynéco a un appareil, ça ne serait pas compliqué de mettre un coup de gel et hop!* » (P1), « *j'attendrai par exemple une échographie des ovaires* » (P1).

3.7.2.1. Mammographie

Les patientes trouvaient que débiter les mammographies à partir de 50 ans était trop tardif « *par exemple pourquoi on ne fait pas les mammos avant 50 ans? Car il y a des femmes qui ont des cancers avant 50 ans* » (P13), « *je ne vais pas dire qu'il faut commencer à 35 ans mais 50 ans c'est tard* » (P14). Certaines aimeraient des mammographies plus rapprochées « *et puis tous les 2 ans c'est un peu espacé* » (P13), pour P4 la bonne fréquence serait « *une fois tous les ans* ».

3.7.2.2. Frottis

La fréquence de réalisation du FCU convenait à P10 qui le trouvait « *ni trop éloigné ni trop rapproché* » mais certaines patientes jugeaient ce délai trop espacé « *on a l'impression que ça fait beaucoup, que c'est long* » (P5) et auraient apprécié un frottis plus rapproché, tous les deux ans « *là, du coup, tous les deux ans* » (P11) voire plus « *tous les ans ce serait bien* » (P13), « *à vrai dire tous les 6 mois ça me semblerait mieux* » (P7). Pour certaines patientes la fréquence idéale de réalisation du FCU devait varier en fonction de l'âge « *je ne suis pas sûre que la fréquence devrait être la même quel que soit l'âge* » (P3).

3.7.2.3. Bilan sanguin

La prise de sang était souhaitée par de nombreuses patientes qui la percevaient comme un élément supplémentaire pour une prise en charge de qualité « *c'est un plus encore* » (P1), « *pourquoi pas le faire aussi au cas où* » (P4). Certaines patientes allaient jusqu'à consulter leur médecin généraliste après le gynécologue pour avoir une prescription si celle-ci ne leur avait pas été délivrée « *moi je demande à mon médecin traitant mais ça éviterait une double visite* » (P9), d'autres n'hésitaient pas à la demander à leur médecin « *la dernière fois je l'avais demandée, on devrait en avoir une fois par an* » (P5).

La fréquence idéale était variable selon les femmes « *il faudrait rajouter une prise de sang tous les deux ans* » (P9), « *on pourrait faire une prise de sang aussi tous les 6 mois* » (P10), « *j'aime bien en avoir une tous les ans* » (P13).

3.7.3. Concernant le professionnel de santé effectuant le suivi

3.7.3.1. Compétences techniques du professionnel

Les patientes recherchaient avant toute chose les compétences techniques « *je recherche la compétence en premier lieu* » (P6). Elles attendaient d'avoir le suivi adéquat « *qu'il nous fasse les examens médicaux qu'il faut quand il faut* » (P9), « *qu'il surveille bien notre santé* » (P8) et de la réactivité de la part de leur médecin « *j'attends que si j'ai besoin de faire des examens elle me les prescrive* » (P7) ainsi que des compétences actualisées « *vous apprenez régulièrement vous les médecins, vous faites des séances de remise à niveau* » (P8). P5 aurait apprécié par exemple que son médecin lui fasse des suggestions, qu'il soit à l'initiative de changements « *j'aimerais qu'il propose davantage, qu'il me dise maintenant il y a ça et ça, on peut vous proposer ça, c'est nouveau* ».

Les patientes attendaient des explications et des informations « *je pense qu'on n'est jamais suffisamment informées* » (P7), « *j'aime bien avoir des explications très simples* » (P3) et d'être conseillées « *qu'il nous conseille bien* » (P8), « *oui il y a un rôle de conseil* » (P3).

Les patientes attachaient de l'importance à ce que leur médecin les suive au-delà du cadre physique de la consultation, par exemple qu'il les recontacte si besoin « *et puis je sais que si je fais des examens et qu'il y a quelque chose qui ne va pas, mon médecin va m'appeler pour me dire quoi faire* » (P12).

3.7.3.2. Compétences relationnelles du professionnel

Toutes les patientes interrogées ont largement développé l'importance qu'elles attachaient à la qualité de la relation « *la relation humaine aussi est très importante* » (P3). Les compétences relationnelles étaient presque aussi importantes que les compétences techniques « *pour ce domaine-là, le relationnel est presque aussi important que la compétence* » (P6), « *on n'a pas besoin d'être amis mais il faut un petit quelque chose qui ne s'explique pas et qui fait que c'est agréable* » (P8).

Les patientes attendaient une prise en charge globale dans laquelle elles puissent se sentir considérées en tant que personne « *j'aimerais qu'on soit moins des numéros* » (P7) « *il y a des échanges qui vont au-delà du médical et j'apprécie* » (P6). Par exemple P14 expliquait que ce qu'elle appréciait chez son médecin généraliste c'est qu' « *elle est aussi sur le côté relationnel, psychologique, elle ne s'arrête pas au physique et au purement médical* ». P11 appréciait que la sage-femme lui pose des « *des questions plus larges, pas simplement médicales* », ainsi elle avait « *l'impression d'être prise en considération de manière un peu plus globale* ». Plusieurs patientes ont noté l'importance qu'elles attachaient au fait d'avoir le temps de discuter « *j'ai besoin qu'on prenne le temps, qu'on discute* » (P12), « *importance de pouvoir discuter et qu'on nous incite à poser des questions* » (P3).

Néanmoins la bonne distance devait être trouvée. L'intimité physique comme psychologique devait être respectée. Par exemple P11 appréciait que la sage-femme « *pose une serviette sur ses jambes* », pour elle cela faisait « *une grosse différence par rapport au traitement du corps* ». P14 acceptait que son médecin aborde la sexualité mais uniquement parce qu' « *elle le fait de manière très pudique, ce n'est pas intrusif* » et « *parce qu'il y a la bonne distance professionnelle* ». Les patientes avaient besoin de se sentir à l'aise « *je me sens à l'aise, j'ai confiance* » (P12), « *ah oui il faut faire confiance, si je n'ai plus confiance je change* » (P9). Elles attendaient du respect « *moi tant qu'il me traite bien* » (P9), de la douceur « *j'attends de la douceur* » (P7), et de l'écoute « *j'attends une écoute bienveillante* » (P7).

Certaines patientes appréciaient un professionnel plutôt paternaliste « *quand elle demande un examen il faut que ce soit fait illico presto mais moi ça me va* » (P6), « *ce que j'apprécie c'est qu'elle ne me laisse pas le choix, j'ai besoin d'être un peu guidée, rythmée* » (P7). D'autres, inversement, préféraient être actrices de leur prise en charge « *je n'apprécie pas d'avoir quelqu'un qui sait tout et qui me dit ce qu'il faut faire et qui peut éventuellement faire tomber un couperet* » (P11).

3.7.3.3. Professionnel idéal

Les patientes étaient satisfaites de leur suivi mais quand on leur demandait par quel professionnel elles souhaitaient idéalement être suivies, les patientes suivies par un généraliste répondaient par un gynécologue et inversement « *peut être que ce serait un gynécologue car il s'y connaît un peu plus* » (P12), « *c'est vrai que si je pouvais j'aimerais bien car c'est son métier [le gynécologue]* » (P13), « *je pense que ce serait avec mon médecin généraliste, je pense vraiment qu'avec le généraliste je serais plus à l'aise* » (P11). De façon générale, les patientes attendaient à la fois les compétences et la spécialisation du gynécologue ainsi que la proximité relationnelle qu'elles peuvent avoir avec leur médecin généraliste. P12 le résumait ainsi « *il faudrait qu'on puisse avoir la même relation que je peux avoir avec mon docteur* ».

Les patientes recherchaient un professionnel féminin « *maintenant j'aurais plus tendance à aller vers la gynécologue femme* »(P7), « *quand je suis arrivée dans la région j'ai recherché une femme* » (P8), « *à partir du moment où j'ai voulu prendre la pilule, je savais qu'il y aurait la pilule, j'ai préféré être suivie par une femme* » (P12).

4. DISCUSSION

4.1. Choix du sujet

De nombreux travaux concernant le suivi gynécologique ont porté sur le point de vue des médecins, notamment sur leurs habitudes pour la pratique de la gynécologie, et sur l'analyse des freins et des facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale (24,25). D'une façon générale, peu de travaux s'intéressaient au point de vue des patientes. A notre connaissance, une seule thèse portait sur les représentations et les attentes des femmes françaises pour leur suivi gynécologique (26). Cependant, ce travail ne portait que sur les femmes suivies par un gynécologue. L'originalité de notre travail est qu'il s'intéresse aux représentations et aux attentes de toutes les femmes.

4.2. Choix de la méthode qualitative

Nous avons réalisé une étude qualitative. La méthode qualitative est une méthode exploratoire qui a permis de rechercher les représentations des patientes sans induire de résultats issus des représentations de la chercheuse.

Une étude quantitative utilise un questionnaire avec des questions fermées. Sans étude qualitative antérieure, les questions formulées correspondraient aux représentations de la chercheuse et non à celles des patientes. Une étude quantitative ne permettrait donc pas d'analyser l'influence de ces représentations sur le suivi actuel des patientes interrogées et sur leurs attentes pour leur suivi gynécologique hors grossesse. Elle n'aurait pas permis non plus de faire émerger des représentations nouvelles, inconnues de la chercheuse, comme par exemple la dissociation du suivi gynécologique du reste du suivi médical.

Les représentations étant décrites à travers cette étude qualitative, une étude quantitative descriptive pertinente pourrait être menée secondairement, de façon à quantifier un effet.

4.3. Choix de la population

Le recrutement a été réalisé dans le Loir-et-Cher et en Indre-et-Loire. Cela pourrait limiter la transférabilité des résultats. Deux critères ont été mis en place pour diversifier l'échantillon et prendre en compte toute la diversité des réponses possibles : l'étude a été réalisée dans cinq bassins de vie différents, dans des unités rurales et semi urbaines (27), et le nombre de patientes par professionnel a été limité à trois. Nous avons réalisé cette étude dans ces deux départements pour des raisons pratiques (aide au recrutement par les professionnels et planification rapide des entretiens avec les patientes). Il est possible que la chercheuse et les professionnels partagent des habitudes et représentations proches. Néanmoins, 4 des 7 médecins généralistes ne pratiquaient pas régulièrement la gynécologie et les pratiques des autres professionnels (sages-femmes et gynécologues) n'étaient pas connues de la chercheuse.

Le mode de recrutement a été réfléchi de façon à obtenir un échantillonnage diversifié. Le seul critère d'exclusion était un âge inférieur à 18ans. Nous avons interrogé uniquement des patientes majeures de façon à obtenir facilement un consentement éclairé (problème des mineures et de l'accord parental). L'exclusion de ces jeunes patientes n'a pas permis de rechercher leurs connaissances sur le sujet et les attentes spécifiques qu'elles peuvent avoir alors qu'elles ne sont qu'au début de leur vie génitale. Le recrutement n'a pas permis d'interroger de patiente atteinte ou ayant été atteinte d'un cancer gynécologique. Bien que des

variations en termes de niveau socio-économique aient été recherchées, aucune patiente interrogée n'appartenait à une catégorie socio-économique défavorisée.

Un biais d'auto sélection peut se produire lorsque les patientes décident de participer de leur propre initiative à une étude. Le recrutement des patientes par les professionnels a été facile, les patientes semblaient apprécier que l'on s'intéresse à leurs attentes. Même les patientes se définissant comme pudiques ont accepté volontiers les entretiens. Aucun refus n'a été exprimé, limitant le biais d'auto sélection. Le recrutement dans des cabinets de médecine générale ou de sage-femme n'a pas limité le recrutement de patientes suivies par des gynécologues. Le recrutement parmi des patientèles de MG et SF a favorisé le contact avec des femmes suivies. Le risque était de ne pas diversifier suffisamment l'échantillon, en recrutant des femmes favorables au dépistage, et donc de manquer une opinion. Ce risque avait été anticipé : une des patientes interrogées n'avait jamais eu d'examen gynécologique, limitant ce biais de sélection.

Lors de l'appel, les patientes étaient informées de l'objectif de l'étude et de la fonction de la chercheuse. La position du chercheur, femme, médecin généraliste remplaçant, n'était pas neutre et a pu influencer le discours des interviewées (biais de désirabilité sociale).

L'analyse thématique a été réalisée par une seule personne. Toutes les patientes ont donné leur accord pour que l'entretien soit enregistré. Il n'y a donc pas eu de perte d'informations. Le biais d'interprétation a été limité par la catégorisation et un débat contradictoire avec la directrice de thèse. Certains résultats ont conforté les représentations de la chercheuse, notamment concernant le rôle du frottis, qui reste méconnu des patientes. Mais de façon plus globale, les réponses des patientes ne correspondaient pas aux éléments d'étonnement de la chercheuse. En effet, les patientes sont demandeuses d'un suivi optimal avec des examens cliniques et paracliniques répétés, ce qui diffère des tentatives de report de l'examen clinique que la chercheuse peut rencontrer dans sa propre pratique. Certains résultats n'étaient pas attendus, en particulier la méconnaissance de l'anatomie et de la physiologie féminine, au point même de ne pas savoir ce que sont les menstruations à l'entrée dans la puberté. Une comparaison des résultats de notre étude avec les données de la littérature a également été réalisée afin de limiter le biais d'analyse.

4.4. Principaux résultats

4.4.1. Définition du professionnel idéal selon les patientes

Il ressort de cette thèse que les femmes séparent leur genitalité de leur suivi habituel. En effet, même les patientes ayant toujours été suivies par leur médecin généraliste citent le gynécologue comme étant le professionnel idéal pour assurer le suivi gynécologique. Cela va à l'encontre de la description de la discipline de médecine générale. Pourtant toutes les patientes interrogées, et notamment celles suivies par un MG ou une SF, se disaient satisfaites de leur suivi et leur accordaient leur confiance « *pour toute la prise en charge que j'ai eu jusque-là [dépistage, contraception, suivi de grossesse], je n'ai jamais ressenti le besoin d'aller ailleurs [sous-entendu, consulter un gynécologue]* » (P14). Un sondage réalisé en 2008 pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale sur le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique a trouvé des résultats discordants (14). Les gynécologues y étaient jugés plus compétents pour le suivi gynécologique, et ce par l'ensemble des femmes (91%), qu'elles soient suivies par un gynécologue (94%) ou par un MG (86%). Seules 20% des femmes estimaient que les MG étaient suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique. La reconnaissance des compétences des MG restait

minoritaire même auprès des femmes directement concernées, à savoir celles suivies par un MG (42%). Néanmoins, différentes études ont démontré que les femmes attribuaient à leur généraliste le rôle de conseiller, qu'il effectue ou non ce suivi spécifique (16,25).

En France la gynécologie est encore en grande partie une affaire de gynécologues, mais dans de nombreux pays européens (Danemark, Finlande, Pays-Bas, Suède, Islande), les MG sont les principaux acteurs du dépistage du CCU (7). Au Royaume-Uni et en Suède par exemple, les actes de dépistage et de prévention sont assurés par les MG voire par des infirmières (28).

Il se dégage de notre étude que certaines femmes se dirigent vers un gynécologue à défaut de proposition par leur MG ou parce qu'elles ignorent qu'il est compétent pour effectuer ce suivi. Ces résultats sont similaires à ceux de Gambiez-Joumard et de Fayolle et Vallée (16,25). Une étude réalisée en milieu urbain mettait en évidence que seules 34 % des femmes se disaient questionnées par leur MG sur leur suivi gynécologique et 84 % le jugeaient non équipé pour le faire. En revanche, le fait que le MG aborde le sujet confortait leur opinion sur sa compétence en gynécologie (29). Une autre étude a montré que la qualité des FCU réalisés par les MG était très satisfaisante (16). Or plusieurs études montrent que les femmes à convaincre de l'intérêt de ce dépistage sont justement celles qui n'ont pas de demande et qui ne consultent pas de gynécologue (16). Les médecins généralistes, par leur proximité et leur accessibilité, semblent être bien placés pour aborder le sujet de la gynécologie et initier ou relancer un suivi chez ces patientes. Une enquête liégeoise avait justement montré que l'invitation par un MG était considérée par plus de la moitié de la population féminine comme l'incitant optimal pour une femme n'ayant jamais fait de FCU (30). Cependant, il ressort de notre étude que le MG peut être considéré par certaines femmes comme trop familier pour assurer ce suivi, indépendamment de sa compétence. Il conviendrait alors d'orienter ces femmes vers d'autres professionnels compétents (sages-femmes, Centres de Planning Familial ou de Protection Maternelle et Infantile (PMI)). Compte tenu de la diminution du nombre de gynécologue, il est utile d'informer les patientes sur l'organisation du système de santé et les compétences des médecins généralistes et des sages-femmes pour les suivis usuels. En octobre 2011, quatre associations nationales représentatives des futurs praticiens impliqués dans la prise en charge médicale de la santé de la femme, l'Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation (AGOF), l'Association nationale des Internes de Gynécologie Médicale (AIGM), l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (Anesf) et l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) ont mené une réflexion commune sur l'organisation de la prise en charge de la santé de la femme (31). Il ressort de ce travail la nécessité de réaliser une campagne d'information de grande ampleur, en direction du grand public mais également à l'attention des professionnels, afin de sensibiliser et d'actualiser les connaissances de tous sur l'organisation du système de santé.

Dans notre thèse, le genre féminin est ressorti comme un élément important dans la définition du professionnel de santé idéal. Cela est discordant avec de nombreux autres travaux de recherche (16,20). Selon Guyard, l'idée selon laquelle une patiente se sentirait plus à l'aise face à un médecin femme est à nuancer. Des entretiens, il ressort que même si 58% des femmes interrogées font le choix d'une gynécologue, 34% déclarent se sentir plus à l'aise avec un gynécologue homme et choisissent un professionnel masculin. Pourtant plusieurs études ont montré que les MG pratiquant des FCU étaient plus souvent des femmes (16,32). Une des explications à cela est que les médecins imaginent à tort que femmes préfèrent s'adresser à une femme pour un problème gynécologique. Dans l'étude de Fayolle et Vallée par exemple sur les déterminants de la pratique gynécologique des généralistes, les médecins généralistes, quel que soit leur genre, étaient convaincus qu'il était plus facile pour une femme médecin de pratiquer la gynécologie en raison d'une préférence des patientes (25).

4.4.2. Intérêt et performance de l'examen clinique

Les femmes ont toutes exprimé la gêne engendrée par l'examen clinique. Or un examen clinique à chaque consultation semble être la norme.

4.4.2.1. Performance de l'examen pelvien

En 2014, deux organismes étasuniens, l'American College of Physicians (ACP) et l'U.S. Preventive Services Task Force ont cherché à savoir quelle était la balance bénéfices-risques d'un examen au spéculum et d'un toucher vaginal chez les femmes asymptomatiques et non enceintes, en procédant à une synthèse méthodique des données publiées (33,34). Les bienfaits potentiels évalués du dépistage comprenaient une baisse de la mortalité et de la morbidité. Les effets néfastes évalués étaient notamment le sur-dépistage, le sur-traitement ou d'autres effets néfastes liés aux interventions diagnostiques. Le sur-dépistage est la mise en évidence et la prise en charge de lésions précancéreuses qui auraient spontanément régressé. Le sur-traitement entraîne des gestes invasifs ou des chirurgies inutiles sur des lésions parfois spontanément régressives (35).

Ces synthèses n'ont pas recensé d'étude montrant un bénéfice sur des critères cliniques liés aux cancers gynécologiques, hors CCU chez des patientes asymptomatiques sans risque particulier. Il n'a pas été recensé non plus d'étude montrant un bénéfice clinique lié à des affections non cancéreuses telles que les maladies inflammatoires pelviennes, fibromyomes utérins, condylomes (33,34). Selon 4 études totalisant 26500 femmes, l'examen avec toucher vaginal n'est pas performant pour la détection des cancers de l'ovaire, avec une sensibilité de l'ordre de 4% (34). De même, le dépistage des infections génitales à gonocoques, Chlamydia et autres vaginites bactériennes peut être fait par auto prélèvement (33,34).

Comme tous les dépistages, l'examen au spéculum et le toucher vaginal exposent à des faux positifs et à des diagnostics par excès, entraînant des examens complémentaires, des traitements médicaux jusqu'à des chirurgies inutiles (33). Une étude de cohorte prospective de grande qualité a révélé qu'à la suite des interventions découlant de l'examen pelvien de dépistage, 1.5% des femmes ont subi une chirurgie non nécessaire. Inversement, les examens de dépistage exposent à des résultats faussement négatifs qui rassurent à tort (33). Aucune étude n'a rapporté les effets néfastes liés au faux sentiment de sécurité, au sur diagnostic ou au sur traitement, ni les effets néfastes liées aux interventions diagnostiques.

Des données probantes issues de 14 sondages et de 1 étude de cohorte totalisant environ 13 000 patientes portaient sur l'expérience des femmes vis à vis de l'examen pelvien. Environ le tiers des femmes (34%) a signalé la peur, la gêne ou l'anxiété liées à l'examen pelvien, et 35% ont rapporté douleur et inconfort (33). Selon une étude chez 490 femmes, celles qui ont ressenti des douleurs ou un inconfort lors d'un précédent examen omettent ou retardent leur visite suivante près de deux fois plus souvent que les autres femmes, ce qui conduit parfois à ne pas traiter à temps une infection, à ne pratiquer de dépistage des cancers gynécologiques et à ne pas mettre en place une contraception (33).

Au regard de ces différents éléments, l'ACP a publié, en 2014, des lignes directrices en matière d'examens pelviens pour dépister le cancer (autre que le CCU), les maladies inflammatoires pelviennes ou autres affections gynécologiques bénignes et s'est prononcé « *contre les examens pelviens de dépistage chez les femmes asymptomatiques et non enceintes* » (36). Le Groupe d'Etudes Canadien sur les Soins de Santé Préventifs (GECSSP) a examiné les lignes directrices émises par l'ACP et les a adoptées. Il précisait que l'examen

pelvien reste approprié dans d'autres situations cliniques, telles que le diagnostic d'affections gynécologiques lorsque les femmes manifestent des symptômes ou le suivi d'une affection diagnostiquée antérieurement (37).

4.4.2.2. Performance de la palpation mammaire

L'examen des seins est plus performant quand il est réalisé en début de cycle, lorsque la femme est encore réglée. Or les femmes consultent généralement en dehors des règles. La palpation mammaire demande du temps car elle doit être réalisée bras baissés puis levés sur une patiente successivement couchée sur le dos, puis assise et enfin inclinée à 45° vers l'avant. La palpation doit être douce, précise, méthodique et comparative. Une dizaine de minutes est nécessaire pour considérer qu'elle a été faite correctement (38).

Dans notre étude, les femmes préféraient confier l'examen de leurs seins aux professionnels, soit parce qu'elles ne pratiquaient pas l'autopalpation mammaire, soit parce qu'elles n'étaient pas certaines de bien la réaliser. En 1981 un groupe d'experts a été réuni par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour discuter des stratégies de prévention du cancer. Il a recommandé qu'une attention particulière soit donnée à la possibilité d'une évaluation plus approfondie de l'efficacité du dépistage du cancer du sein, et particulièrement de l'efficacité de l'auto-examen mammaire. En effet, il rappelait qu'il n'était pas prouvé que l'autopalpation mammaire soit capable de réduire la mortalité par cancer du sein, raison pour laquelle la pratique n'était pas recommandée comme mesure de santé publique (39).

L'efficacité de la palpation mammaire réalisée par un professionnel n'a pas été établie en termes de dépistage du cancer du sein (40). Certains pays comme le Canada ou la Belgique ont abandonné cette pratique (40). D'ailleurs, l'OMS ne recommande pas la pratique de l'examen clinique des seins dans le dépistage du cancer du sein dans les pays développés (41). Depuis la méta-analyse de la Cochrane publiée en 2008, très peu d'études de haut niveau de preuve ont été réalisées sur la palpation mammaire seule dans le dépistage du cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans sans facteur de risque (42). En 2015, dans le cadre d'un mémoire, il a été réalisé une revue systématique de la littérature concernant l'examen systématique des seins dans le dépistage du cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans sans facteur de risque, en se concentrant sur les articles publiés entre janvier 2008 et août 2014 (43). Seuls 3 articles étaient de qualité suffisante pour être inclus dans le travail (deux études contrôlées randomisées réalisées en Inde comparant examen clinique des seins versus information sur le cancer du sein chez des groupes de femmes et une revue systématique de la littérature effectuée aux Etats-Unis). Ce travail n'a pas non plus recensé d'étude de haut niveau de preuve apportant l'assurance de l'efficacité de l'examen clinique des seins dans le dépistage du cancer du sein chez les femmes sans facteur de risque âgées de moins de 50 ans. Une des études indiennes a même montré une plus forte mortalité du cancer du sein parmi les femmes ayant régulièrement subi une palpation mammaire versus celles qui ne l'ont pas subie. Un nombre plus important de faux positifs et de sur-traitement ainsi qu'un recours accru aux examens complémentaires invasifs ont été observés pour les femmes ayant bénéficié d'un examen clinique mammaire systématique, sans compter les conséquences psychologiques délétères de l'annonce d'un possible cancer (43).

Notre étude a montré que les femmes restent attachées à l'examen clinique des seins, en partie car elles le jugent plus performant que l'autopalpation quand elles la réalisent. L'examen clinique des seins garde tout son sens parce que des données fondamentales échappent à l'imagerie, notamment les signes inflammatoires et les atteintes mamelonnaires

(38). Il serait donc plus utile de recommander aux femmes de s'attacher à rechercher un changement dans l'aspect de leurs seins.

4.4.3. Souhait d'examens complémentaires précoces et plus fréquents

Les femmes interrogées apprécieraient des examens de dépistage (mammographie et FCU) plus précoces et plus fréquents. Notre étude a montré que les prescriptions d'examens complémentaires ne respectaient pas toujours les recommandations.

4.4.3.1. Concernant le FCU

Concernant le dépistage du CCU par FCU, nos résultats sont similaires à ceux de l'étude de Gambiez-Joumard et Fayolle et Vallée sur l'approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le FCU. Dans cette étude, de nombreuses femmes ont jugé trop tardif l'âge préconisé de début des FCU par rapport à l'âge des premiers rapports sexuels (âge médian de 17,6 ans pour les femmes en France, selon l'Institut national d'études démographiques (INED)) (16). Dans notre étude, les femmes ne faisaient pas le lien entre le FCU et les rapports sexuels.

La recommandation de pratiquer le premier FCU à 25 ans en France a été confirmée par les études les plus récentes, qui montrent que les cancers invasifs du col de l'utérus sont très rares avant cet âge alors que les modifications des cellules sont fréquentes (35). De plus, le dépistage du CCU par FCU avant 25 ans, ou à un rythme supérieur à la fréquence triennale recommandée, expose à un sur-dépistage et parfois à un sur-traitement.

Le dépistage du CCU présente des bénéfices et des risques. Le Collège National des Généralistes enseignants rappelle, dans son communiqué de septembre 2017 (44), que sur 10 000 femmes dépistées, 390 (3.9%) ont un frottis anormal, parmi lesquelles 51 (13.1%) ont réellement une lésion précancéreuse ou un cancer, qu'un frottis anormal est source d'anxiété et que le traitement des lésions précancéreuses par conisation augmente le risque d'accouchement prématuré et de petit poids de naissance (45,46).

Le dépistage du CCU par FCU est individuel. Néanmoins, plusieurs départements pilotes ont choisi de tester un dépistage organisé, notamment l'Indre-et-Loire. Dans ces départements, durant ces années d'expérimentation, l'évaluation épidémiologique a montré que, malgré une participation assez faible, la couverture y était plus élevée qu'au niveau national (7). Aussi les autorités sanitaires ont annoncé la mise en place d'un dépistage organisé du CCU début 2018. Comme le dépistage individuel, le dépistage organisé reposera sur un FCU tous les 3 ans (après deux frottis normaux espacés d'un an) chez les femmes âgées de 25 à 65 ans. Les femmes invitées au dépistage organisé du CCU seront les femmes non dépistées par le dépistage individuel (44). Dans notre étude, aucune patiente n'a évoqué la possibilité d'un dépistage organisé du CCU comme cela a pu être le cas dans d'autres études. Dans l'étude de Gambiez-Joumard par exemple, les femmes, notamment les plus âgées, étaient demandeuses d'un dépistage organisé pour le CCU, à l'instar des cancers du sein et colorectal. Les raisons invoquées étaient l'oubli et la négligence. Il leur semblait que les invitations systématiques permettraient de réduire ces obstacles (16).

Le test HPV associé au frottis est une stratégie approuvée aux États-Unis où les pratiques de dépistage sont individuelles, comme actuellement en France. Il a été récemment recommandé comme test de dépistage de première intention en Hollande où le dépistage est organisé et est d'usage courant dans certaines régions en Italie pour cette indication (47).

En Belgique, le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé recommande un dépistage par FCU tous les 3 ans à partir de 25 ans puis propose, en plus de la réalisation du FCU, un dépistage du HPV tous les 5 ans à partir de 30 ans (7).

Dans notre étude aucune patiente n'a évoqué la possibilité d'un dépistage par auto-prélèvement. Ces auto-prélèvements ne sont actuellement pas disponibles en France mais ils ont été validés par différentes études (35,48). La NHD (Nederlands Huisartsen Genootschap), société des médecins de famille Néerlandaise a montré que pour les femmes qui échappent au programme de dépistage national et chez lesquelles sont recrutés la moitié des cas incidents de cancer cervico-utérin, un test HPV sur auto-prélèvement effectué à domicile était une alternative intéressante : dans cette population, l'acceptation de l'auto-prélèvement était de 32,2%, contre 17,6 % chez celles qui acceptaient d'effectuer un frottis conventionnel ($p < 0,001$)(35). Le CNGOF rappelle que les auto-prélèvements à la recherche du HPV sont une voie à évaluer chez les femmes non-répondeuses au dépistage organisé (grade A) (47). Ces déclarations reposent notamment sur des études menées en Indre-et-Loire par le Centre de Coordination et de Dépistage des Cancers (CCDC) (études APACHES) (48). L'étude APACHE 3 a conclu que l'auto-prélèvement vaginal était une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du CCU.

4.4.3.2. Concernant la mammographie

Dans notre étude, une partie des femmes était demandeuse de mammographies plus précoces. D'autres, au contraire se posaient des questions sur l'intérêt du dépistage organisé du cancer du sein. Dans les deux cas, il est important de partager avec les femmes les bénéfices et les risques du dépistage par mammographie.

Début 2015, Prescrire a fait une revue des données publiées et a estimé que pour 1000 patientes participant au dépistage des cancers du sein pendant 20 ans à partir de l'âge de 50 ans, entre 0 et 6 évitent grâce au dépistage une mort par cancer, des anomalies évoquant un cancer donnent lieu à 150 à 200 ponctions-biopsies inutiles et au moins 19 cancers diagnostiqués le sont par excès (cancers qui n'auraient pas entraîné de manifestations cliniques) (49). Début 2016, l'US Preventive Services Task Force, organisme étatsunien d'évaluation de la prévention, a publié une nouvelle analyse des données d'évaluation du dépistage mammographique (50). Les résultats restent inchangés. Selon cette analyse, pour 1000 femmes participant au dépistage tel que recommandé en France et suivies jusqu'à leur mort, entre 4 et 9 femmes évitent une mort grâce au dépistage, entre 830 et 1325 résultats sont des faux positifs et entre 11 et 34 sont diagnostiqués par excès et traités inutilement. Au regard de ces résultats, l'organisme étatsunien recommande une mammographie de dépistage tous les 2 ans chez les femmes de 50 à 74 ans inclus. Aussi, l'US Preventive Services Task Force précise que la décision de commencer la mammographie de dépistage chez les femmes avant l'âge de 50 ans devrait être individuelle et que les femmes qui accordent plus d'importance aux avantages potentiels qu'aux inconvénients potentiels peuvent choisir de commencer un dépistage bisannuel entre 40 et 49 ans (50). En France, le dépistage mammographique entre 40 et 50 ans ne concerne que les patientes à haut risque et est réalisé de manière personnalisée (4).

La décision de participer ou non au dépistage mammographique des cancers du sein ne se résume pas à un rapport entre des données objectives et quantifiables. Elle est aussi influencée par les valeurs et les priorités de chaque femme, par ses connaissances et ses représentations du cancer du sein, de ses traitements, de leurs effets indésirables. L'Institut national du cancer a organisé dès octobre 2015, à la demande de la ministre en charge de la

Santé, une large concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein. Cette concertation invitait les citoyens, les professionnels de santé, les associations et les institutions, dix ans après la généralisation du programme de dépistage du cancer du sein à l'ensemble du territoire, à réfléchir à l'amélioration de cette politique de dépistage (51). La démarche de concertation a été coordonnée par un comité d'orientation indépendant qui a conclu, dans son rapport rendu en septembre 2016, que l'état des connaissances sur les bénéfices et les risques associés au processus de dépistage du cancer du sein devait faire l'objet d'une information claire, précise, complète, afin de permettre aux femmes d'adhérer ou non à cette démarche. Cette information nuancée nécessitait d'en revoir les modalités : *« l'information au niveau populationnel, inhérente à un dépistage organisé, doit impérativement être traduite sous la forme d'une information faisant état de la controverse au sujet du dépistage organisé, et ce de la manière la plus claire possible pour les femmes concernées »* (51).

4.4.4. Violence ressentie

L'examen gynécologique, parce qu'il nécessite de se dévêtir et passe par l'examen des zones intimes du corps, n'est pas ressenti comme étant du même ordre qu'une consultation de médecine courante (52). Selon Guyard dans son travail sur la gestion de l'intime en gynécologie, si la plupart des femmes manifestent un attachement particulier à cette consultation, elles évoquent fréquemment leur appréhension, certaines parlant même un véritable calvaire (52). Dans notre étude, toutes les femmes interrogées nous ont confié ressentir de la gêne. Un manque de délicatesse du praticien dans la conduite de l'examen gynécologique ou dans des paroles teintées d'un quelconque jugement pouvaient être déterminants pour la suite, risquant d'entraîner des refus ultérieurs *« ça me fait penser à une époque où je quittais la salle d'attente [...] j'étais dans la salle d'attente et puis finalement, j'avais tellement peur que je partais »* (P11). De même une consultation trop rapide pouvait être vécue négativement. Au-delà de la gêne, certaines patientes ont pu évoquer des situations qu'elles ont jugées violentes verbalement ou physiquement. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par Gambiez-Journard.

Le 20 juillet 2017, la Secrétaire d'Etat aux Droits des Femmes, Marlène Schiappa, a annoncé la demande d'un rapport sur les violences obstétricales commandité auprès du Haut Conseil à l'Egalité (53). Cette annonce a marqué le coup d'envoi d'un emballement médiatique autour des violences obstétricales et gynécologiques en général, qui fait une large part aux témoignages de femmes et aux analyses des militantes et associations de lutte contre ces maltraitements. A titre d'exemple, Marie-Hélène Lahaye a publié sur son blog « Marie accouche là » un article au titre choc dans lequel elle assimile l'examen gynécologique des jeunes femmes à un *« droit de cuissage moderne »*. Selon elle, *« le fait d'imposer un examen si invasif aux femmes dès leur puberté leur apprend que leur corps est défaillant, dangereux et à surveiller »*. Elle juge que *« la pratique les soumet dès l'adolescence au pouvoir médical qui les dominera tout au long de leur vie [...] cet asservissement des femmes aux médecins aura comme point d'orgue leur grossesse et en paroxysme leur accouchement »*. Elle y rappelle que l'examen gynécologique n'est jamais obligatoire et qu'il ne doit être pratiqué qu'après consentement de la patiente (40). En réponse à ce phénomène rapidement nommé « gynéco-bashing », le Conseil de l'Ordre et le CNGOF ont rapidement réagi et une pétition initiée par six jeunes gynécologues et signée par plus de 500 professionnels de la santé de la femme a été publiée. Les professionnels signataires disent avoir conscience que *« la médecine paternaliste d'hier n'est plus adaptée à la société actuelle et nous essayons de nous départir de l'image de profession patriarcale et misogyne qui l'accompagne parfois »*. Ils interpellent la Secrétaire d'Etat sur la situation qui *« ne contribue pas à l'Egalité entre les sexes et*

constitue un grave retour en arrière » et l'invitent à « venir découvrir notre métier et à nous soutenir dans notre combat quotidien pour mieux soigner et accompagner les femmes » (54).

Les femmes aspirent à un meilleur échange avec leur médecin. En effet le malaise ne vient pas nécessairement des actes en eux même mais de l'absence de compréhension, d'explications, et du défaut de consentement. La loi Kouchner de 2002 rappelle « *qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient* » (55). Le consentement passe par un échange d'informations et un dialogue instauré avec la patiente. Il est donc important pour les professionnels de déterminer ce qu'une femme attend, ce qu'elle sait ou imagine, ce qu'elle souhaite savoir, et enfin ce qu'elle peut comprendre, de façon à mettre en place un partenariat avec elle.

5. CONCLUSION

Cette étude avait pour but de définir le contenu idéal des consultations de suivi gynécologique hors grossesse selon les patientes. Elle soulève différents éléments utiles en consultation de médecine générale.

Peu importe le professionnel effectuant le suivi, les femmes sont satisfaites de leur prise en charge. Néanmoins elles séparent leur génitalité du reste de leur suivi médical. Ce cloisonnement peut les conduire à dissocier le suivi gynécologique du reste de leur suivi médical et c'est un élément à prendre en compte pour les MG. Il se détache une image taboue de la gynécologie car elle renvoie à la nudité et à l'intime. Les éléments motivant le suivi évoluent tout au long de la vie de la femme et les consultations systématiques dans une démarche de prévention sont fortement associées à la peur du cancer. Les pratiques impulsées par les praticiens et par les femmes diffèrent des recommandations.

Les connaissances et les représentations des femmes sont parfois erronées et les patientes s'estiment, dans l'ensemble, mal ou pas suffisamment informées. Elles sont demandeuses d'un suivi optimal avec des examens de dépistage (mammographie et FCU) plus précoces et plus fréquents, ce qui peut être à l'origine de sur dépistage. La consultation peut être vécue comme violente, ce qui peut limiter l'accès au suivi gynécologique pour certaines. L'examen clinique est souvent perçu comme obligatoire.

Les attentes des patientes sont multiples, variées et changeantes, influencées par leur âge et leur histoire personnelle. Les femmes attendent une prise en charge humaine, personnalisée avec plus de délicatesse dans la conduite de la consultation.

L'amélioration de la prise en charge des patientes nécessiterait pour les professionnels de rechercher les connaissances et représentations de leurs patientes, de façon à déterminer avec elles un suivi au plus proche de leurs attentes tout en respectant les recommandations savantes en vigueur. L'examen clinique des seins à lui seul n'est pas performant pour le dépistage des cancers mais garde son sens parce que des données échappent à l'imagerie. En l'absence de symptôme, se contenter d'un examen au spéculum tous les 3 ans à l'occasion du dépistage du cancer du col de l'utérus est une option raisonnable. Cela ne remet pas en cause l'utilité d'une consultation périodique visant à détecter une affection gynécologique, à faire le point sur la contraception ou à donner des conseils de prévention. Le médecin généraliste, en tant que praticien de premier recours de toutes les femmes, mais également de par la qualité de la relation qu'il entretient avec ses patientes, a un rôle majeur à jouer dans la prévention en gynécologie. Il semble important que le médecin généraliste rappelle à ses patientes ses compétences en gynécologie et par la même leur propose d'effectuer le suivi au cours d'une consultation dédiée.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition étymologique du mot « gynécologie ». [en ligne].[consulté le 16/11/2015]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/gynecologie>
2. Comité de Défense de la Gynécologie Médicale. Définition de la gynécologie médicale. Avril 2005.[en ligne].[consulté le 16/11/2015]. Disponible sur : http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=25
3. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus – Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. 2013 Juin ;55p.
4. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Volet 2. 2014 Mars.
5. Prescrire Rédaction. Examen gynécologique pelvien, pas de toucher vaginal systématique en l'absence de symptôme. *Rev Prescrire*. 2017 Juillet;37 (405):528–9
6. Darai E, Vendittelli F. Directive qualité - Contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie. 2013;1–5
7. Institut National du Cancer. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. 2007;34
8. Comité technique des vaccinations, Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Avis relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités. 2007;1–7
9. Haut Conseil de la Santé Publique. Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Cervarix® [en ligne].[consulté le 16/03/2016]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=411>
10. Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Gardasil® [en ligne]. [consulté le 20/03/2016]. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=416>
11. Haute Autorité de Santé. Avis de la Commission de la Transparence – Gardasil. 2013 Mars ;16p.
12. Institut National du cancer – Plan Cancer 2009/2013. 2013
13. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 : Tumeurs solides. Saint Maurice (Fra) : Institut de Veille Sanitaire ; 2013 Juillet. 122p.
14. David M. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique, synthèse des résultats. Sondage réalisé pour la Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale en mai 2008. 2008

15. Cohen J, Madelanat P, Levy-Toledano R, Barzach M. Gynécologie et santé des femmes : quel avenir en France? : état des lieux et perspectives en 2020. Editions Eska; 2000 [en ligne]. [consulté le 15/05/2016]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
16. Gambiez-joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. *Exercer* 2011; 22 (98):122-8.
17. Guignon N, Lydié N, Makdessi-Raynaud Y. La prévention, comportements du quotidien et dépistages. *Données Soc.* 2006;567–75.
18. Ministère des Solidarités et de la Santé. Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Précisions sur le dispositif : 2013;108–13.
19. Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010. Inpes éditions. 2010.
20. Cretin Ben Hayoun F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique. Th : Med : Paris 6;2014
21. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance [en ligne]. [consulté le 25/08/2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
22. Société Française de Médecine Générale : Le Dictionnaire des Résultats de consultation® - DRC [en ligne]. [consulté le 18/05/2017]. Disponible sur : http://www.sfmng.org/theorie_pratique/outils_de_la_demarche_medicale/le_dictionnaire_des_resultats_de_consultation_-_drc/
23. Weber M. Prévention des cancers gynécologiques : quelles relations des femmes à la santé et au système de soins ? 2004;
24. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de MG et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. Th : Med : Poitiers;2013
25. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. *Exercer* 2013;107:114-20.
26. Barre Marais Jean M. Le suivi gynécologique : représentations et attentes des femmes suivies par un gynécologue. Th : Med : Angers;2011
27. Insee Centre. Les bassins de vie 2012 structurent le territoire de la région Centre. Insee Centre Info 2012;(184)
28. La Documentation française. Quel système de santé à l'horizon 2020 ? : rapport préparatoire au schéma de service collectifs sanitaires.1998

29. Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leur prise en charge gynécologique de 1ère intention. Th : Med : Paris XII;2007
30. Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus: attitudes et comportements de la population féminine liégeoise | Education Santé [en ligne]. [consulté le 01/10/2017]. Disponible sur : <http://educationsante.be/article/depistage-des-cancers-du-sein-et-du-col-de-luterus-attitudes-et-comportements-de-la-population-feminine-liegeoise/>
31. Anesf, ISNAR-IMG. Organisation de la prise en charge de la santé de la femme: soins de premiers recours. Contribution commune Anesf, ISNAR-IMG. 2011.
32. Inpes. Baromètre santé médecins généralistes 1998/1999. 1998. [en ligne]. [consulté le 04/06/2017]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/00/dp000119.pdf>
33. Bloomfield HE, Olson A, Greer N, Cantor A, MacDonald R, Rutks I, et al. Screening Pelvic Examinations in Asymptomatic, Average-Risk Adult Women: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014 Juillet;161(1):46.
34. Screening for Gynecologic Conditions With Pelvic Examination: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force - PubMed - NCBI. [en ligne]. [consulté le 06/10/2017]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28727393>
35. Genootschap NH. Recommandations du NHG pour la prévention et le diagnostic précoce du cancer cervico-utérin , deuxième révision. 2010;21:88–91.
36. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, Starkey M, Denberg TD. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening pelvic examination in adult women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 2014;161(1):67-72.
37. Tonelli M, Gorber SC, Moore A, Thombs BD. Pour le compte du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommandations sur l'examen pelvien de dépistage systématique. *Canadian Family Physicians* 2016;62:117–21.
38. Mathelin PC, Strasbourg CHRU. L'examen clinique du sein.
39. Organisation Mondiale de la Santé 1984. L'auto-examen dans la détection précoce du cancer du sein : Mémoire d'une Réunion de l'OMS. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 1985;63(3): 495-503.
40. L'examen gynécologique des jeunes femmes : un droit de cuissage moderne | Marie accouche là [en ligne]. [consulté le 04/06/2017]. Disponible sur : <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/10/06/lexamen-gynecologique-des-jeunes-femmes-un-droit-de-cuissage-moderne/>
41. OMS | Octobre, un mois pour sensibiliser au cancer du sein. World Health Organization; 2014 [en ligne]. [consulté le 12/09/2017]. Disponible sur : http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/fr/

42. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. In: Kösters JP, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003 [en ligne].[consulté le 17/10/2017]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12804462>
43. Le Falher C. L'examen clinique des seins dans le dépistage du cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans sans facteur de risque : une revue systématique de la littérature. Mémoire de sage-femme : Brest;2015
44. Communiqué de presse du conseil scientifique du collège national des généralistes enseignants. 2017;9–10.
45. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Kehoe S, Flannelly G, Mitrou S, et al. Management of minor cervical cytological abnormalities: A systematic review and a meta-analysis of the literature. *Cancer Treat Rev.* 2007 Octobre;33(6):514–20. [en ligne]. [consulté le 04/09/2017]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17658693>
46. Sadler L, Saftlas A, Wang W, Exeter M, Whittaker J, McCowan L. Treatment for Cervical Intraepithelial Neoplasia and Risk of Preterm Delivery. *JAMA.* 2004 May 5;291(17):2100. [en ligne].[consulté le 23/10/2017]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15126438>
47. Monsonogo J. Stratégies de dépistage du cancer du col utérin basées sur l'HPV. *Connaissances nouvelles* :697–706.
48. Haguenoer K, Boyard J, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Fontenay R, Marret H, et al. Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus // Vaginal self-sampling is an effective method to increase participation in cervical cancer screening: a randomized trial in Indre-et-Loire (France). 2017;59–65. [en ligne]. [consulté le 03/10/2017]. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/pdf/2017_2-3_5.pdf
49. Prescrire Rédaction. Partager avec les femmes les informations utiles pour décider de participer ou non au dépistage des cancers du sein. *Rev Prescrire* 2017;35(376):115.
50. Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2016 Février;164(4):279. [en ligne]. [consulté le 12/09/2017]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26757170>
51. Concertation citoyenne et scientifique. Ensemble améliorons le dépistage. Rapport du Comité d'orientation. 2016 Septembre.
52. Guyard L. « Consultation gynécologique et gestion de l'intime », *Champ psy* 2002/3 (27);81-92. [en ligne]. [consulté le 12/04/2016]. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2002-3-page-81.htm>
53. Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes. Communiqué de presse. Demande de rapport au HCE sur les violences obstétricales. 2013;(225):17–9.
54. Vigoureux S. Stop au gynéco-bashing Réponse de jeunes (et moins jeunes) gynécologues-obstétriciens. 2017

55. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Legifrance [en ligne]. [consulté le 10/09/2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

7. ANNEXES

7.1. Première version de la trame d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Aurélie. Je suis médecin généraliste remplaçante et je réalise une thèse sur le suivi gynécologique en dehors de la grossesse. Je m'intéresse en particulier à ce que les femmes attendent de leur suivi, il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise réponse. L'objectif étant de faire surgir le plus d'idées possible sur ce sujet.

Êtes-vous plus à l'aise avec le tutoiement ou le vouvoiement ?

Le but de cet entretien est de laisser libre cours à la parole. Il n'y a pas de durée fixe de l'entretien. En général cela dure de 30 à 45 minutes. Si une question vous gêne vous n'êtes pas obligée de répondre et vous pouvez arrêter l'entretien à tout moment.

L'anonymat sera préservé et si vous le voulez, je pourrai vous fournir la transcription de l'entretien pour le relire et vous assurer de l'anonymat. Pour permettre de s'exprimer plus librement, êtes-vous d'accord pour que l'entretien soit enregistré ?

- 1) Comment se passe votre suivi gynécologique habituellement ?
 - a. Est-ce qu'il y a toujours un examen physique ?
 - b. Est-ce que c'est un rendez-vous que vous appréhendez ? Est-ce que vous vous y préparez ?
 - c. A quelle fréquence ?
- 2) Comment est-ce que vous prévoyez vos rendez-vous pour votre suivi gynécologique ?
 - a. Quels sont les motifs de rendez-vous habituellement ?
- 3) A votre avis à quoi ça sert un examen gynécologique quand tout va bien ?
 - a. Que pensez-vous des examens de prévention ?
- 4) Qu'est-ce qu'il est important d'aborder pour vous lors de cette consultation ?
 - a. De quoi avez-vous envie de parler avec la personne qui vous suit ?
 - b. Dans quels domaines attendez-vous des informations ou des conseils ?
 - c. Si vous n'osez pas en parler spontanément de quels sujets aimeriez-vous que le médecin parle ?
- 5) Que pensez-vous de l'examen physique ?
 - a. Pensez-vous que la totalité de l'examen est utile ?
- 6) A votre avis comment devrait se passer idéalement le suivi gynécologique ?
 - a. Examens complémentaires (prises de sang, mammographie..) ?
 - b. Fréquence ?

7.2. Troisième et dernière version de la trame d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Aurélie. Je suis médecin généraliste remplaçante et je réalise une thèse sur le suivi gynécologique en dehors de la grossesse. Je m'intéresse en particulier à ce que les femmes attendent de leur suivi, il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise réponse. L'objectif étant de faire surgir le plus d'idées possible sur ce sujet. Êtes-vous plus à l'aise avec le tutoiement ou le vouvoiement ?

Le but de cet entretien est de laisser libre cours à la parole. Il n'y a pas de durée fixe de l'entretien. En général cela dure de 30 à 45 minutes. Si une question vous gêne vous n'êtes pas obligée de répondre et vous pouvez arrêter l'entretien à tout moment.

L'anonymat sera préservé et si vous le voulez, je pourrai vous fournir la transcription de l'entretien pour le relire et vous assurer de l'anonymat. Pour permettre de s'exprimer plus librement, êtes-vous d'accord pour que l'entretien soit enregistré ?

- 1) Si je vous parle de suivi gynécologique, à quelle histoire/situation personnelle ou non cela vous fait-il penser spontanément?
- 2) Que pensez-vous de votre suivi gynécologique habituel?
 - a. Comment se passe un examen physique (seins, ventre, TV, speculum, comportement du soignant) ?
 - b. Est-ce que c'est un rendez-vous que vous appréhendez ? Est-ce que vous vous y préparez ?
 - c. A quelle fréquence ?
 - d. Quels sont les motifs de rendez-vous habituellement ?
- 3) Pensez-vous que la totalité de l'examen est utile ?
- 4) A votre avis à quoi ça sert un examen gynécologique quand tout va bien ?
 - a. Que pensez-vous des examens de prévention ?
- 5) Comment décririez-vous la relation avec le professionnel qui vous suit ?
 - a. Qu'attendez-vous du professionnel qui vous suit ?
 - b. Qu'est-ce qu'il est important pour vous d'aborder lors de cette consultation ?
- 6) Est-ce que vous abordez la sexualité avec le professionnel qui vous suit ?
- 7) Pouvez-vous me dire ce que vous appréciez dans votre suivi gynécologique ? Inversement, qu'est-ce que vous n'appréciez pas ?
 - a. A votre avis comment devrait se passer idéalement le suivi gynécologique ?
 - b. Examens complémentaires (prises de sang, mammographie..) ?
 - c. Fréquence ?

Connaissez-vous les compétences du médecin généraliste en matière de gynécologie ?

7.3. Tableau récapitulatif du codage

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Caractéristiques du suivi actuel	Début du suivi	1er rdv à la ménopause								X						
		absence de suivi				X										
		début du suivi à un âge jeune					X	X	X		X	X	X	X	X	X
		début du suivi lors des premiers rapports sexuels										X				
		examen physique dès le premier rdv						X					X	X		X
		non examinée au 1er rdv													X	
		pas de mauvais souvenir de la 1ère consultation						X					X			X
		peu de souvenirs du premier rdv														X
		premier rendez-vous à l'initiative de la patiente							X							
		première consultation						X								
		première consultation pour conseils									X					
		première consultation pour contraception						X	X				X	X	X	X
		questionnements suite puberté							X							
	Première consultation	absence d'examen au premier rdv										X				
		était préparée au premier rdv						X								
		s'attendait à être examinée au 1er rdv						X								
	Fréquence du suivi et des examens	fréquence des rdv	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X
		fréquence des rdv déterminée par la fréquence des examens									X					
		fréquence des rdv déterminée par le praticien						X		X	X					
		fréquence des rdv déterminée par les invitations à la campagne de dépistage								X						
		fréquence des rdv déterminée par les prescriptions			X		X	X	X					X	X	
		fréquence des rdv laissée au libre choix de la patiente								X						
		fréquence du FCU		X	X		X	X	X				X	X	X	X

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		jamais eu de FCU										X				
		observance/assiduité			X			X	X							
		patiente obéissante/bonne élève						X	X	X	X					
		pause dans le suivi			X				X		X					
		suivi régulier						X		X	X					
	Organisation	attente/ponctualité					X		X	X	X					
		délai d'obtention des rdv/anticipation/organisation	X	X			X				X				X	
		pas de préparation particulière						X		X	X					
		préparation au rdv		X	X											
		proximité géographique avec le praticien								X						
	Interrogatoire	date des dernières règles	X													
		événements intercurrents entre deux rdv								X	X					
		interrogatoire/discussion	X		X											
		menstruations					X									
		recherche de symptômes		X	X											X
		tabac	X						X							
		traitements habituels								X		X				
	Abord de la sexualité	sexualité peu ou pas abordée											X	X	X	X
		référence à la sexualité ou au couple			X		X					X				X
	Examen clinique	auscultation cardio-pulmonaire						X						X	X	
		caractère systématique ou non de l'examen physique			X		X	X						X	X	X
		état général	X				X			X	X					X
		état veino-lymphatique							X							
		examen abdominal		X	X		X	X	X					X		
		examen complet												X		
		examen de l'utérus			X		X	X				X				

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		ganglions														X
		jamais eu d'examen mammaire										X				
		ovaires										X		X		X
		palpation mammaire	X		X	X	X	X	X		X			X	X	X
		pesée	X	X				X	X		X			X	X	
		speculum			X			X								
		tension artérielle		X	X			X						X	X	X
		thyroïde									X					X
		toucher vaginal						X								
	Frottis	FCU non systématique						X								
		FCU régulier							X							
		FCU systématique									X					
	Mammographie	mammographie									X					
		mammographie à partir de 50ans												X		
		mammographie/non respect ou non connaissance des recommandations					X	X	X							X
		refus de la mammographie						X								
	Echographie	réalisation d'une échographie			X					X					X	X
	Suivi actuel jugé satisfaisant	satisfaite de son suivi							X		X			X	X	X
Eléments motivant le suivi	ATCD et facteurs influençant le suivi	absence d'ATCD familial					X		X						X	X
		absence d'ATCD personnel gynécologique		X			X									
		ATCD familiaux de maladie extra gynécologique							X							X
		ATCD familiaux de maladie gynécologique								X	X		X			
		discussion/influence de l'entourage	X		X	X	X	X					X		X	X
		existence d'un suivi chez la mère						X							X	
		influence de la fratrie											X			
		influence de la mère						X	X			X			X	X
		influence des ATCD familiaux/du bagage personnel							X	X			X	X		

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		opinions divergentes avec l'entourage						X	X							
		reproduction du schéma familial				X		X	X						X	
	Contraception	changement de contraception													X	X
		choix de la contraception la plus adaptée		X												
		consultation pour prescription/renouvellement		X	X		X			X						X
		pilule										X				
		stérilet/contrôle du stérilet			X				X					X		
		dysménorrhées							X		X				X	
	Symptômes	leucorrhées														X
		mastodynies		X							X					
		ménorragies/métrorragies			X		X			X	X		X			
		MST							X							
		mycose		X												
		pré-ménopause/ménopause								X						
		prolapsus														X
		rééducation du périnée														X
		retard de règles										X				
		THS ménopause			X					X						
	Urgence	gestion des urgences							X							
		rdv en urgence			X						X					X
		rdv rapide si urgence									X					
	Grossesse non désirée	avortement/IVG										X				
		grossesse non désirée/absence de contraception										X				
		grossesse non désirée/non programmée							X	X		X				
		préservatif										X				
		renseignement sur l'IVG										X				
		situation de détresse							X							

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Vie de femme	étapes importantes de la vie d'une femme						X								
		féminité							X			X			X	X
		maternité	X		X	X			X		X					X
		menstruations							X							
		pré-ménopause/ménopause					X									
	Projet de grossesse/suivi de grossesse	bilan d'infertilité/FIV									X		X			
		projet de grossesse	X	X									X			
		suivi de grossesse						X								X
	Frottis	suivi gynécologique associé au FCU	X								X		X	X	X	X
		suivi post natal						X								
	Démarche de prévention	absence de certitude d'être en bonne santé			X	X		X	X	X	X					
		détecter des problèmes asymptomatiques ou négligés	X	X	X							X		X	X	
		évidence d'avoir un suivi gynécologique	X					X	X	X	X	X				X
		examen de contrôle/routine	X	X	X							X				X
		rôle de prévention			X		X			X	X		X		X	
		s'assurer d'être en bonne santé/besoin d'être rassurée	X	X	X		X	X	X			X	X	X	X	X
		suivi même si asymptomatique							X	X						
	Cancer/maladie/décès	absence de certitude/pas totalement rassurée par le suivi	X													
		cancer asymptomatique									X					
		cancer du col de l'utérus											X			
		cancer de l'utérus														X
		cancer du sein														X
		cancer du sein à un âge jeune														X
		césarienne en urgence			X											
		chirurgie								X	X		X			

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		crainte du cancer/de la maladie	X		X		X	X	X	X	X		X		X	X
		crainte du diagnostic d'une maladie							X	X						
		décès	X						X	X						
		dégradation corporelle							X							
		erreurs médicales			X											
		fibrome								X						
		grossesse compliquée														X
		internet source d'inquiétude														X
		peur des cancers radio-induits						X								
		peur du diabète													X	
		réévaluation								X						
		retard diagnostique														X
		tumeur/kystes/pathologie mammaires		X		X					X					X
	Rappels	dépistage organisé (ADOC)			X											
		examen proposé par le MG										X				
		rappels du médecin								X				X	X	
A propos du professionnel	Préférence/facteurs influençant le choix du professionnel	changement de professionnel			X									X		
		compétences équivalentes MG versus gynécologue					X					X				
		discussion facilité avec un gynécologue?													X	
		discussion plus importante avec la SF											X			
		DIU posé par le MG												X		
		gêne non liée à la proximité avec le médecin													X	
		gynécologue jugé peu abordable								X						
		gynécologue jugé plus compétent et spécialisé		X	X		X		X					X	X	
		gynécologue jugé plus disponible							X							
		gynécologue préféré pour certains motifs de consultation		X			X									X

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		gynécologue uniquement pour le suivi de grossesse													X	
		médecine scolaire			X		X									
		Mg jugé plus abordable								X						
		MG jugé plus adapté pour certains motifs de consultation		X			X	X								
		MG jugé trop proche pour effectuer le suivi gynécologique						X	X		X					
		MG ou SF = alternative au gynécologue						X								
		moins de pudeur avec un gynécologue versus MG		X							X					
		orienté chez le gynécologue par le MG pour la grossesse													X	
		pas de multiplication des intervenants											X			
		pas de problème à être examinée par le MG											X			
		planning familial					X		X		X	X				
		préférence pour le gynécologue versus MG		X					X							
		préférence pour le MG versus gynécologue				X	X					X	X			
		professionnel recommandé par l'entourage														X
		rdv plus rapide/plus facile avec MG					X				X					X
		reprise d'un suivi médical							X							
		suivi de grossesse par MG					X							X		X
		suivi par gynécologue	X	X	X		X									
		suivi par MG					X					X			X	X
		suivi par MG non envisagé						X	X	X						
		suivi par SF											X			
	Relation médecin/patient	absence de gêne										X				
		bonne connaissance médecin/patient						X		X		X	X		X	X
		bonne distance professionnelle														X

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		bonne relation médecin/patient		X												X
		compétences relationnelles						X		X						X
		confiance envers le praticien					X	X		X	X	X	X	X	X	X
		prise en compte du conjoint									X					
		crainte de devoir changer de médecin						X	X							
		difficultés à poser des questions			X								X			
		discussion facile avec le médecin												X	X	X
		discours discordants entre professionnels								X						
		disponibilité du praticien			X											
		empathie														X
		explications données sur l'intérêt des examens ou non											X			
		explications sur le déroulement de la consultation/examen											X	X		
		fidélité envers le praticien						X		X						X
		froideur du praticien								X	X					X
		médecin de famille													X	X
		pas d'appréhension	X					X			X	X				X
		pas de mauvaise expérience												X		
		pudeur/respect														X
		relation amicale avec le professionnel						X								
		relation égale à égale											X			
		relation rompue									X					
		réprimande du médecin									X					
		s'en remet au jugement du médecin/aux recommandations		X	X			X	X		X			X	X	
		soutien psychologique							X		X	X				X
	Sexe du professionnel	frein à la consultation des jeunes = médecin												X		

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		homme?														
		importance de l'âge et du sexe du praticien										X				
		importance du sexe du médecin/préférence pour les femmes		X	X			X	X	X		X		X		X
		jugement d'un homme														X
		meilleurs compétences relationnelles des femmes		X	X				X							X
		pas d'importance du sexe du médecin			X		X								X	
Connaissances et représentations des patientes	Connaissances et représentations sur le corps	autopalpation mammaire			X	X			X		X				X	
		besoin d'avoir des règles							X							
		conformité anatomique			X							X				
		méconnaissance de son anatomie							X							
		ménopause perçue comme un "cap" à passer					X								X	
		moins de questionnements en vieillissant									X					
		organes internes					X	X								
		pré-ménopause/ménopause													X	
		problématique de l'hygiène intime	X						X							
		qualité de l'autopalpation?													X	
		symbolique du ventre							X							
	Connaissances et représentations sur le suivi gynécologique	connaissance ou non des compétences du généraliste en gynécologie				X			X			X	X			
		examen clinique/domaine obscur		X												
		examen d'autant plus important en vieillissant				X	X	X	X							X
		examen médical plus performant que l'autopalpation		X												X
		examen physique jugé obligatoire												X		
		habitudes du professionnel de santé			X											
		hôpital associé à la maladie										X				
		importance du suivi au-delà de la ménopause												X		X

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		influence de l'âge sur le suivi			X						X	X				
		insuffisance de l'examen physique	X													
		ne sait pas en quoi consiste l'examen gynécologique													X	
		pas connaissance du suivi gynécologique													X	
		pense à tort ne pas avoir de suivi													X	
		questionnement sur l'âge de fin du suivi								X						
		questionnements sur l'intérêt de l'examen								X						
		rdv jugé inutile en l'absence de symptôme				X										
		remise en question de l'intérêt de la prise de tension artérielle		X												
		remise en question de l'intérêt de l'examen abdominal					X									
		suivi ad vitam aeternam						X							X	
		suivi jugé inutile	X			X										
		suivi même si asymptomatique										X				
		suivi pour les hommes										X				
		un tort de ne pas avoir de suivi gynécologique				X										
		utilité du suivi même en l'absence de rapports sexuels										X		X		
	Connaissances et représentations sur les EC	âge de début de mammographie	X									X	X			
		âge de fin du FCU													X	
		conditionnement des pratiques/habitudes											X			
		contrôle hormonal									X					
		début de mammographie souhaitable après la grossesse												X		
		envoi du FCU							X							
		examens complémentaires perçus comme								X				X		

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		obligatoires														
		examens superflus			X								X			
		FCU perçu comme un acte à faible technicité									X					
		FCU serait impossible avant 25ans										X				
		fibroscopie														X
		fréquence des examens complémentaires			X											
		insuffisance des examens de prévention	X		X											
		mammographie jugée utile même à un âge avancé								X						
		mammographie jugée peu contraignante								X						
		méconnaissance du FCU										X				
		méconnaissance du rôle du FCU							X							
		pas d'avis sur la fréquence idéale des examens													X	
		pas d'examen superflu											X			
		prescription sans examen complémentaire préalable									X					
		prise de sang/cholestérol	X		X											
		prise de sang/pilule	X					X			X					
		questionnement sur le rôle de la mammographie				X			X							
		questionnements sur l'utilité du BS											X			
		questionnements/bénéfices-risques de la mammographie						X								
		rôle du FCU = diagnostique des cancers du col						X			X		X	X	X	
		sécurité sociale				X										
		souhait de bilan sanguin pour faire le diagnostic de maladie										X				
	Connaissances et représentations sur les maladies	cancers gynécologiques indépendants du mode de vie						X								
		danger du THS								X						

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		développement de maladie entre deux rdv/examens								X	X				X	
		développement rapide des maladies					X		X							
		développement de maladies avec la lactation?												X		
		diagnostique tardif en l'absence d'examen				X										
		homéopathie					X									
		internet			X											X
		mode de vie sain						X								
		papillomavirus			X											
		pas d'inquiétude pour d'autres organes						X								
		pense être trop jeune pour avoir un cancer du sein										X				
		questionnements sur le THS								X						
		risque majoré en vieillissant													X	
		risque plus important d'être malade quand on est une femme										X				
Violence ressentie du suivi gynécologique	Violence ressentie du suivi gynécologique	absence d'empathie/de respect											X			
		appréhension de la mammographie									X					
		appréhension de l'examen pelvien		X					X					X		
		appréhension du FCU		X										X		
		appréhension du rdv		X	X				X	X			X	X	X	
		appréhension spécifique à ce domaine médical											X			
		banalisation de la douleur par les professionnels							X							
		banalisation des symptômes			X						X					
		blocage "physique" ou "psychologique"			X								X			
		brutalité			X				X							
		examen d'emblée									X					
		examen désagréable		X			X	X			X				X	
		examen douloureux			X	X			X	X	X			X		

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		examen intrusif			X				X							
		examen jugé (trop) rapide/bâclé	X	X							X		X			
		examen non douloureux													X	
		intimité/pudeur/gêne		X	X	X		X	X	X			X	X	X	X
		mal à l'aise avec le gynécologue											X			
		mauvaise expérience			X								X			
		méfiance			X				X							
		moins de pudeur en vieillissant						X								
		moins de pudeur pour l'examen des seins				X										
		nudité						X			X		X			
		pas d'appréhension					X									
		pas de brutalité									X			X		
		pose douloureuse du DIU												X		
		préservation de l'intimité											X			
		prise en charge mécanique											X			
		pudeur plus importante en vieillissant								X						
		rdv non honoré											X			
		soulagement à la fin du rdv						X					X			
		speculum désagréable								X		X		X		
		sujet tabou				X			X		X	X			X	
		ton autoritaire/violence verbale								X	X		X			
Attentes des patientes	Attentes vis-à-vis de l'examen clinique	choix d'être examinée ou non											X			
		examen physique jugé nécessaire		X	X		X				X					X
		nudité complète versus partielle								X	X		X			
		pas de multiplication des examens											X			
		pas d'intérêt à un examen clinique systématique				X										
		souhait examen systématique					X		X					X		

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		souhait/utilité examen pelvien		X								X	X			
		table d'examen											X			
		totalité de l'examen jugée utile						X			X	X	X		X	X
		utilité de la palpation mammaire		X									X			X
	Attentes vis-à-vis du contenu du suivi	aimerait ne pas avoir besoin d'être suivie												X		
		apprécie l'examen radio-clinique								X	X					
		examens complémentaires jugés utiles/nécessaires	X	X					X			X			X	
		examens complémentaires pour un diagnostic précoce		X												
		FCU jugé nécessaire							X				X			X
		fréquence des examens complémentaires jugée bonne														X
		fréquence des FCU jugée trop espacée/souhait FCU plus fréquent					X							X	X	
		fréquence des mammographies trop espacée													X	
		fréquence des rdv jugée trop éloignée					X									
		fréquence du FCU jugée bonne										X				
		fréquence idéale des mammographies				X	X									
		fréquence idéale des rdv		X	X		X	X		X		X	X	X	X	X
		fréquence idéale des rdv = celle des examens						X								
		fréquence idéale du FCU							X				X		X	
		fréquence souhaitable des bilans sanguins						X								
		fréquence trop rapprochée des rdv		X				X								
		la sexualité pourrait être abordée												X	X	X
		mammographie jugée utile			X	X			X	X			X			
		n'apprécie pas les bilans sanguins						X						X		X
		pas d'attente particulière		X												

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		pas d'avis sur la fréquence idéale des examens						X			X					
		pas demandeuse d'examens complémentaires									X					
		prise de sang/pilule											X			
		prise de traitement uniquement si nécessaire							X							
		quantité insuffisante de gynécologue									X					
		rdv/suivi uniquement en cas de besoin?		X		X	X									
		sexualité = sujet évité ou jugé inutile											X	X	X	
		souhait de radio												X		
		souhait d'un rdv plus personnalisé	X				X									
		souhait d'un suivi "complet"				X	X								X	
		souhait d'une échographie	X		X											
		souhait d'une prescription plus longue pour la contraception		X												
		souhait examens complémentaires si symptômes												X		
		souhait mammographie plus précoce												X	X	X
		suivi plus souple en vieillissant								X						
		utilité d'aborder la sexualité										X				
		utilité/souhait d'un bilan sanguin	X	X	X	X	X	X			X	X		X	X	
	Attentes vis-à-vis du professionnel	apprécie un médecin paternaliste						X	X		X					
		apprécie un suivi au-delà de la consultation												X		
		attente de compétences actualisées								X						
		autonomie							X							
		besoin d'écoute							X		X					
		besoin d'être mise en confiance						X								
		besoin d'être respectée									X		X			
		besoin d'informations/d'explications			X	X	X		X			X	X			
		compétences médicales/techniques						X			X		X			
		disponibilité du praticien							X							

Catégories	Sous catégories	Codes ouverts	Patiente													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		douceur							X			X	X	X		
		importance de la qualité de la relation médecin/patient			X									X		
		importance de l'interrogatoire/discussion					X	X						X		X
		manque de communication/d'informations		X	X				X		X	X				
		MG= rôle d'information en gynécologie						X								
		n'apprécie pas les médecins paternalistes											X			
		pas d'anonymat							X							
		patience							X							
		prévention du harcèlement										X				
		prévention du risque suicidaire										X				
		prise en charge globale											X			
		rassurant										X				
		réactivité							X							
		rôle d'aide/de conseil			X		X		X	X						
		rôle de proposition					X									
		rôle de suivi								X						
		vocabulaire non adapté			X											
Divers	Divers	2è rdv accompagné d'un majeur pour IVG										X				
		aide reçue de la famille							X							
		fiche médicale										X				
		grandes villes versus province							X							
		hôpital versus clinique					X									
		MG informé de l'IVG										X				
		rapports non protégés										X				

Vu, la Directrice de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a central vertical stroke, resembling a stylized 'S' or a calligraphic flourish.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

BLIN Aurélie

73 pages, 2 tableaux, 1 figure

Résumé :

Introduction : Le suivi gynécologique n'est pas obligatoire mais la Haute Autorité de Santé a émis en 2010 des recommandations invitant les femmes à consulter pour le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. En pratique, un suivi annuel avec un examen laissé à l'appréciation du professionnel est souvent proposé. Quel est le contenu idéal des consultations de suivi gynécologique, en dehors de la grossesse, selon les patientes ?

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. L'échantillonnage a été raisonné selon l'âge, le statut marital, la parité, le niveau socioéconomique et l'existence ou non d'un suivi gynécologique. La trame d'entretien explorait le suivi gynécologique habituel, l'utilité ressentie ou non des examens, la prévention en gynécologie, la relation médecin-patient, la sexualité et les attentes des patientes. Une analyse thématique a été conduite dans une perspective de théorisation ancrée.

Résultats : 14 patientes du Loir et Cher et d'Indre-et-Loire ont été interrogées. La suffisance théorique des données a été obtenue au onzième entretien. 395 codes ouverts ont été créés. Il se détache une image taboue de la gynécologie et les femmes séparent leur génitalité du reste de leur suivi. Les patientes ont fait le lien entre démarche de prévention et peur du cancer. La consultation peut être vécue comme violente. Les recommandations médicales ne sont pas bien suivies. Les attentes des patientes sont multiples, variées et changeantes, influencées par leur âge et leur histoire personnelle. Elles sont demandeuses d'informations et souhaiteraient des examens de dépistage (mammographie et frottis cervico-utérin) plus précoces et plus fréquents.

Conclusion : Les connaissances et les représentations des patientes sont en décalage avec les données actuelles de la science. Elles attendent des médecins de l'empathie. Aux médecins de prendre en considération leurs attentes et de les aider à s'approprier un suivi plus près des données de la science.

Mots-clefs : recherche qualitative, suivi gynécologique, mammographie, frottis cervico-utérin, peur du cancer, violence ressentie

Jury :

Présidente du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Directrice de thèse : Docteur Delphine LE GOFF

Membres du Jury : Professeur Henri MARRET

Professeur Sylvain MARCHAND-ADAM

Date de soutenance : 11 décembre 2017