

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2010

THESE N°

**VISION DE LA CONSULTATION GYNECOLOGIQUE
PAR LES PATIENTES DANS LE CABINET DE
MEDECINE GENERALE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} décembre 2010 à la faculté de médecine de
Toulouse

PAR

M^{elle} Valérie MEGRET

Née le 21 juin 1982 à Châlons sur Marne (51)

Directeur de thèse : Madame le docteur Brigitte ESCOURROU

JURY DE LA THESE

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Daniel BUCHON	Assesseur
Monsieur le Professeur Philippe CARON	Assesseur
Monsieur le Docteur Jacques RIMAILHO	Assesseur
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur

UNIVERSITE PAUL SABATIER
118, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex
Président de l'Université : G. FOURTANIER

TABLEAU DU PERSONNEL
Des Facultés de Médecine groupées dans l'Université Paul Sabatier
(SEPTEMBRE 2009)

HONORARIAT

Doyen Honoraire	M. LAZORTES G.	Professeur Honoraire	M. JUSKIEWNISKI
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. PUTOL
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. RUMEN.)
Professeur Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. PAGES
Professeur Honoraire	M. CADRAT	Professeur Honoraire	M. BESOMBES
Professeur Honoraire	M. COTVEVIANAY	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. SUC
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE
Professeur Honoraire	lvtrne ENJALBERT L.	Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER G.
Professeur Honoraire	M. PASOUIE	Professeur Honoraire	M. CARTON
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. DOUSTE-BLAZY L.	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. BOUISSOU	Professeur Honoraire	M. BECLIE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER F.
Professeur Honoraire	M. DELAUDE	Professeur Honoraire	M. PASCAL JP.
Professeur Honoraire	M. RIBS	Professeur Honoraire	M. MURÂT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. FAB1É
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. GHISOLF1
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	Mme LARENC.; M.B.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CATHA LA
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTES
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	tv. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. MORON	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	

Professeurs Emérites

Professeur GHISOLFI	Professeur SOLEILHAVOUP
Professeur JUSKIEWNSKI	Professeur SARRAMON
Professeur LARROUY	Professeur CARATERO
Professeur ALBAREDE	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur CONTÉ	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur MURAT	Professeur JL. ADER
Professeur MANELFE	Professeur Y. LAZORTES

P.U.,P,H. Classe Exceptionnelle et 1 ère classe		P.U.. 2ème classe	
M. AMAL M.	Immunologie	M. ACAR Ph,	Pédiatrie
M. ARLET Ph. (C.E.)	Médecine Interne	M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARNAL	Physiologie	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOCCALON H. (C.F.)	Médecine Vasculaire	M. BROUCHET L.	Chir, Thoracique et cardio-vasculaire
M. BOUTAULT F.	Stomatologio et Chirurgie Maxillo-Faciale	Mrne BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL L.	HéoateGastro-Entérologie	M. CTIABANON G.	Bactériologie Virologie
M. CANTAGRELA.	Rhumatologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CAPON Ph	Endocrinologie	M. CHAUFOR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CERENE A.	Chili Thoracique et cardio-vasculaire	M. CORBE RAND J.	Hématologie
M. CHAMC)NTIN B. (CE)	Thérapeutique	Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. CHAVOIN J.P. (CE.)	Chirurgie Plastique et Reconsructive	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Trbracique et Cardiovasculaire
M CHIRON Ph,	Chlrargie Orthopédique et Traumatologie	M. DELABESSE E,	Hématologie
MÉc DEUSLE M.B.	Anatomie Pathologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. GALINIER M.	Cardiologie
M. DURAND D. (Cf.)	Néphrologie	M. GALINIER ph.	Chirurgie Infantile
M. ESCOURROU J.	Hépat-Gastro-Entérologie	M. GOURDY p	Endocrinologie
M. FAUVEL J.M.	Cardiologie et Maladies Vasculaires	M. GROLLEAU RA-OU J.L.	Chirurgie plastique
M. FOURNIAL G. (CE)	Chir. Thoracique et Cardio-Vasculaire	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. FOURTANIER G.	Chirurgie Digestive	M. LARRUE V.	Neurologie
M. FREXINOS J. (C.E.)	Hépat - Castro Entérologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. GERAUD G.	Neurologie	tvIrne MAZEREEUWJ.	Dermatologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. OTAL Ph,	Radiologie
M. GRAND A.	Epidérib, Eco, de ta Santé et Prévention	M. PATHAK A	Pharmacologie
Mme HANAIRE H	Endocrinologie	M. RITZ P.	Nutrition
M. HOFF J.	Chirurgie Générale	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. JOFFRE F. (C.E.)	Radiologie	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. LAGARRIGUE J. (C.E.)	Neurochirurgie	M. SAILCER L	Médecine Interne
M. LAURE-NT G. (CE.)	Hématologie	M. SOULAT J,M.	Médecine du Travail
M. LEVADE T.	Biochimie	M. &DULIE M.	Urologie
M. MALECAZI F.	Ophtalmologie	M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme MARY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M.TACK I...	Physiologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	MTVAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. MAOERES B.	Rhumatologie		
M. PESSEY J.J. (CE)	O. R. L.		
M. PLANTE P.	Urologie		
M. PUGET J. (CE,)>	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie		
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile		
M. RENIE J.M.	Gynécologie-Obstétrique		
M. ROCHE H.	Cancérologie		
M. ROSTAING L	Néphrologie		
M. ROUGE D. (CE)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU H.	Radiologie		
M. SALVAYRE R. (C.E.)	Biochimie		
M. SAMII E K. (CE)	Anesthésiologie		
M. SCHMITT L	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E.	O. R. t,		
Mme TALIBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B.	Gériatrie		

Professeurs Associés de Médecine Générale
NICODEIVIE
Or VIDAL M.

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN		FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL	
ral.C,U. PH.		P.H.	
M. APOIL R A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Baciério, Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	M. ALLARD J.	Physiologie
Mme BAURIAUD R.	Bactériologie Virologie	Mme ARCHAM BAUD M.	Bactédo, Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BONGARD V,	Epidémiologie	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
mme COUR BON C.	Pharmacologie	Mme BESSIERES M.H.	Parasitologie
Mme. CASPAR BAUGUIL	Nutrition	Mme BROUCHET-G0tviEZ A.	Anatomie Pathologique
Mme CASSAING S.	Parasitologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	M. CMBUS J.P.	Hématologie
M.CORRE J.	Hématologie	Mme CANTER() A.	Biochimie
M. COULAIS Y.	Biophysique	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	tvIrne CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVa C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DELORD J.P.	Cancérologie	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme DUGUET A.tyS.	Médecine Légale	M. DE BOISSEZCN X.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. FOURNIE P.	Ophtalmologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
M. GAN1ET P.	Biophysique	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GUILBEALI-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HAMD1 S.	Biochimie	Mme HOFF M.	Biophysique
Mme HITZEL A.	Biophysique	M. HUYGI-IE E.	Urologie
Mme KULHEIN E.	immunologie	M. KAMA.R N.	Néphrologie
Mme LAPEYRE MAESTRE M.	Pharmacologie	M. LAGENTE M.	Biochimie
M. LAUWERS F.	Anatomie et Ci* Maxillo Faciale	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
Mme LE TINNIEI2 A.	Médecine du Travail	M. LEANDRI R.	Biologie du dévot, et de la reorOductue
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. LEOBON C.	Histologie - Embryologie
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme LINAS M.D.	Parositoloaie
mme MOREAU M.	Physiologie	M. MARQUES B.	Histologie - Embryologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme tvIAUPAS F.	Biochimie
M. PAR ENTE J.	Neurologie	M. tvIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduct
M. PAYOUX P.	Biophysique	Mme MRINI C.	Physiologie
M. PILLARD F.	Physiologie	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
Mme PLANTAVID M.	Biochimie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	immunologie	M. PRADERE j.	Biophysique
lvIrne. RAGAB J.	Biochimie	M. RAMI J.	Physiologie
Mme RAJON A.M.	Epidémiologie et Eco. de la Santé	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONCALLI J.	Cardiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme SELVES J.	Anatomie Pathologique	Mme URO COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. TAFANI J.A.	Biophysique	M. VICTOR G.	Biophysique
Mile TRE.MOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICO1RE J.L.	Anatomie et Chirurgie Odhopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		

tvlaIre_rie Co'nférences Associé de Médecine Générale

Dr. MESTFIÉ P.
Dr STIIMUNKES. A

Dr Ensmuni s.
Dr ESCOURROU B.

Jen,icr et°



DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (OS)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Française (OS)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (OS)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEAULIEU Pierre	ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (OS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (OS)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (OS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (OS)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COU RATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (Sur 31108/2011)	PEDIATRIE
DENIS François (Sur 31/0812011)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (Sur 31/08/2013)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (C.S)	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (Sur 31/08/2012)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FEISS Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (OS)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (OS)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (OS)	REANIMATION MEDICALE
GUIGONIS Vincent	PÉDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (OS)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (OS)	PEDIATRIE
LIABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (C.S)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques (C.S)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE

MOULIES Dominique (C.S)
MOUNAYER Charbel
NATHAN-DENIZOT Nathalie (OS)
PARAF François
PLOY Marie-Cécile (C.S)
PREUX Pierre-Marie
RIGAUD Michel (Sur 31/08/2010)
ROBERT Pierre-Yves
SALLE Jean-Yves (OS)
SAUTEREAU Denis (C.S)
SAUVAGE Jean-Pierre (Sur 31/08/2011)
STURTZ Franck (C.S)
TEISSIER-CLEIVIENT Marie-Pierre
TREVES Richard
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (Sur 31/08/2011)
VERGNENEGRE Alain (OS)
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (OS)
YARDIN Catherine (OS)

CHIRURGIE INFANTILE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
OPHTALMOLOGIE
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
RHUMATOLOGIE
CANCEROLOGIE
NEUROLOGIE
ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
MEDECINE INTERNE
REANIMATION MEDICALE
CARDIOLOGIE
MALADIES INFECTIEUSES
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel
ANTONIN! Marie-Thérèse (C.S)
BOURTHOUMIEU Sylvie
BOUTEILLE Bernard
CHABLE Hélène
DURAND-FONTANIER Sylvaine
ESCLAIRE Françoise
FUNALOT Benoît
HANTZ Sébastien
LAROCHE Marie-Laure
LE GUYADER Alexandre
MOUNIER Mamelle
PICARD Nicolas
QUELVEN-BERTIN Isabelle
TERRO Faraj
VERGNE-SALLE Pascale
VINCENT François
WEINBRECK Nicolas

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PHYSIOLOGIE
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ANATOMIE — CHIRURGIE DIGESTIVE
BIOLOGIE CELLULAIRE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PHARMACOLOGIE CLINIQUE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
BACTERIOLOGIE —VIROLOGIE-- HYGIENE HOSPITALIERE
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
BIOLOGIE CELLULAIRE
THERAPEUTIQUE
PHYSIOLOGIE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François

NEUROCHIRURGIE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel
BUISSON Jean-Gabriel

MÉDECINE GÉNÉRALE
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOMER Nathalie
PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE
MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS



Merci au **Professeur Stéphane OUSTRIC** d'avoir bien voulu présider mon jury de thèse. Je vous remercie de m'avoir fait confiance , de m'avoir encouragée et de m'avoir aidé à faire mes débuts de remplaçante. Nos échanges durant mon stage réalisé au sein de votre cabinet, à vos côtés ainsi qu'à ceux des docteurs Serge Bismuth et Marc Viguié, m'ont permis de mieux comprendre les spécificités inhérentes au rôle et aux devoirs du médecin généraliste.

Merci de m'avoir donné l'opportunité de réaliser un de mes rêves : celui de pouvoir transmettre mon savoir de jeune médecin et ma passion pour la médecine générale auprès de mes plus jeunes confrères.

Professeur CARON, je vous remercie pour votre soutien et votre bienveillance dans toutes mes épreuves. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, ce qui est très symbolique à mes yeux.

Docteur RHMAILHO, il y a beaucoup de souvenirs avec vous. Merci d'abord d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Je ne peux pas dire que vous ne m'avez pas marquée pendant mes études. A l'origine, pendant ma première année de médecine, avec vos magnifiques dessins du cours d'anatomie que vous réalisiez à main levée à la craie, vous m'avez fait aimer cette discipline. J'ai pu vous rencontrer ensuite lors d'un de mes stages d'externat, et j'ai découvert un médecin ayant une approche bienveillante avec ces patientes, ce qui ne pourra jamais s'apprendre dans un livre mais uniquement auprès d'un maître de stage tel que vous. C'est d'ailleurs grâce aux discussions menées avec vos patientes que mon sujet de thèse à commencer à prendre forme. J'ai pu aussi découvrir l'homme que vous êtes à travers nos nombreux échanges, toujours très enrichissants pour moi.

À mon directeur de thèse le **docteur Brigitte ESCOURROU**. Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse, de m'avoir donné la force nécessaire pour la mener à son terme, grâce à votre suggestion d'une nouvelle approche. Merci pour ces discussions critiques et objectives et pour votre disponibilité. Merci aussi pour votre engagement tout au long du cursus d'interne en médecine générale.

Merci au **Professeur BUCHON**, d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse, malgré la distance. Qu'il me soit permis, au travers lui, de remercier l'ensemble de la faculté de médecine de Limoges pour son soutien permanent et l'efficacité de ses services.





Je remercie l'**URML de Midi Pyrénées**, qui a contribué à la réalisation et au financement de cette étude.

Merci **aux médecins et aux équipes** des mes différents stages d'externat et d'internat qui m'ont tant appris, et en particulier la générosité, la bienveillance, le partage, l'implication professionnelle, l'amour de la médecine, tout ce qui fait un « bon médecin ».

Merci à mon père et ma soeur qui ont subit mon stress, mes doutes, et qui ont toujours été présents, malgré les difficultés et l'éloignement. Je regrette que ma petite soeur soit trop loin pour assister à ce grand jour à mes yeux, ma soutenance de thèse.

Merci à mes amis pour avoir été présents dans le moments de haut et surtout de bas, pour ces nombreux fous rires.

Fabrice, merci pour ton aide quotidienne, de comprendre mon amour pour mon métier et mon implication qui parfois envahissent beaucoup notre maison.

Merci pour ta patience dans la réalisation de cette thèse, toi qui m'a assisté pour les statistiques et les nombreuses relectures.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

EXPOSÉ

I. INTRODUCTION

II. ÉTAT DES LIEUX

1. POPULATION MÉDICALE
2. RECOMMANDATIONS
3. INFORMATIONS DES PATIENTES

III. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. OBJECTIFS ET MATÉRIEL
2. MÉTHODES

IV. RÉSULTATS

1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES
2. QUESTIONS MÉDICALES
3. OUVERTURE VERS UNE AMÉLIORATION DES PRATIQUES

V. DISCUSSION

1. LES LIMITES DE L'ÉTUDE
2. APPORTS DU TRAVAIL

VI. CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages et articles

II. Thèses de doctorat

III. Ressources électroniques

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE

EXPOSÉ

I. INTRODUCTION

Depuis plusieurs années les syndicats médicaux tirent la sonnette d'alarme face à la diminution de la population médicale en France. Les médias parlent très souvent des « déserts médicaux » actuels et de la difficulté globale d'accès aux soins de la population française.

Nous savons grâce aux études faites par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) depuis quelques années que la population médicale vieillit effectivement et que beaucoup de médecins partant à la retraite ne seront pas remplacés.

La répartition des médecins est par ailleurs très disparate suivant les régions.¹

Avec la nouvelle loi Hôpitaux, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, le législateur évoque les notions de « permanence des soins » et de « continuité des soins », déjà mentionnés dans l'article 47 du code de déontologie médicale. Les modifications portent surtout sur l'accessibilité aux soins et la nécessaire proximité des soins vis-à-vis des populations, et ce, théoriquement, en tout point du territoire.

Or, selon les statistiques actuelles, on observe une diminution des effectifs des spécialistes et des médecins généralistes qui, selon les projections, se poursuivra jusqu'en 2020. Le déficit du nombre de médecins généralistes devrait toutefois être plus rapidement comblé avec l'augmentation récente des effectifs formés².

Ces éléments soulèvent ainsi un problème potentiel de santé publique lié à une diminution du nombre des gynécologues médicaux et des gynécologues obstétriciens, engendrant des perspectives de rendez-vous de plus en plus longues. L'évolution démographique de la population féminine (accroissement de la population et allongement de l'espérance de vie³) implique au contraire un accroissement des besoins en matière de suivi médical. Ce dernier évolue de plus durant les différentes phases de la vie féminine. On perçoit ainsi la difficulté, dans un futur proche, d'un accès total aux soins dans cette spécialité.

Quelles solutions concrètes peuvent-elles être envisagées pour réagir face à cette situation prévisible ? Une des voies de recours est sans doute à rechercher dans la récente évolution de la formation des médecins généralistes et à leurs obligations en matière de formation médicale continue (au titre de l'article 11 du code de déontologie médicale). Le médecin

¹ CNOM, *Atlas de la population médicale*, 2009.

² INSEE, *Quelles perspectives pour la démographie médicale ?*, 2010.

³ INSEE, *Projections régionales de population à l'horizon 2030*, 2006.

généraliste est considéré comme médecin omnipraticien et de premier recours. Il doit ainsi être de plus en plus à même de prendre en charge le suivi gynécologique régulier de la femme, et de pratiquer à ce titre des actes techniques facilement réalisables au cabinet. De plus, les effectifs, même si ceux-ci sont réduits par les départs en retraite, seront toujours plus importants que ceux des spécialités gynécologiques. Par ailleurs, la répartition sur le territoire des cabinets de médecine générale permettra une plus grande proximité et un accès aux soins facilité.

Il est de la responsabilité de l'État d'évaluer les besoins médicaux en fonction de la population mais il faut prendre en compte une autre réalité : le souhait des patientes. D'après le code de déontologie médicale, le patient est libre de choisir son médecin, le médecin ne pouvant s'opposer à ce droit (article 6 du code de déontologie médicale).

De plus, l'article 56 de ce même code engage les médecins à manifester entre eux des rapports confraternels, tandis que l'article 60 impose au médecin d'accéder à la demande du patient dans le cas où celui-ci souhaiterait consulter un autre médecin. Comment dès lors, et sans contrevenir à ces obligations légales, encourager les patientes à accepter un suivi gynécologique réalisé par un médecin généraliste ?

Les patientes sont donc bien protégées par le code de déontologie médicale, mais la permanence et la continuité de soins paraissent difficiles à atteindre dans la pratique. Dans la situation actuelle de la démographie médicale, le meilleur compromis serait possiblement une complémentarité de la médecine générale et de la gynécologie médicale ou obstétrique. Plusieurs thèses et recherches ont porté sur le thème de la formation des médecins généralistes et des actes faits au cabinet en matière de gynécologie, mais le fait de recueillir et d'étudier les préférences des patientes, et ce qui constituerait éventuellement un obstacle à leur prise en charge gynécologique par un médecin généraliste, n'a jusqu'alors que peu retenu l'attention. Une telle étude permettrait pourtant de contribuer à élaborer les procédures et protocoles devant être mis en oeuvre pour que l'acceptation de l'intervention des généralistes dans la consultation gynécologique de la part des patientes soit meilleure, et d'ainsi répondre aux objectifs de santé publique précédemment évoqués. Cette thèse se propose donc de répondre à ces objectifs, en se focalisant toutefois sur la région Midi-Pyrénées, afin de couvrir un champ d'étude à la fois raisonnable et pertinent.

II. ÉTAT DES LIEUX

1. POPULATION MÉDICALE

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) propose chaque année un atlas de la population médicale. Cet organisme attira dès 2002 l'attention des pouvoirs publics sur la diminution de la population médicale et la nécessité d'adapter en conséquences le *numerus clausus*, mais celui-ci n'a été effectivement révisé à la hausse de façon significative qu'à compter de 2008. Les nouveaux médecins prêts à s'installer et correspondant à cette augmentation seront donc présents que d'ici une douzaine d'années.

Au 1^{er} janvier 2009, le CNOM estimait le nombre de médecins actifs en France métropolitaine et inscrits au tableau de l'Ordre à 209 143. Selon les mêmes données statistiques, la densité de la population médicale est très disparate suivant les régions et s'étend de 250 médecins à 409 médecins pour 100 000 habitants⁴ (Voir Annexe 1).

L'âge moyen des médecins en activité (y compris les médecins temporairement sans activité et les médecins remplaçants) est de 51 ans au 1^{er} janvier 2009.

A. GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX ET OBSTÉTRIQUES

a. Population et répartition

Au 1^{er} janvier 2009, il y avait 1 875 gynécologues médicaux et obstétriciens en activité régulière en France métropolitaine. Parmi ces praticiens, 53% était des femmes.

L'âge moyen dans cette spécialité médicale en France était de 56 ans⁵.

La répartition géographique des praticiens est très hétérogène selon les régions, et directement corrélée à la répartition de la population générale, puisque l'on remarque de fortes densités de cette population médicale autour des plus grandes agglomérations françaises⁶.

⁴ Voir Annexe 1.

⁵ Voir Annexe 2.

⁶ Voir Annexe 3.

Au 1^{er} janvier 2009 en région Midi-Pyrénées on recensait 75 gynécologues médicaux et obstétriques. Leur âge moyen était de 55 ans, et 44% d'entre eux étaient des femmes. Comme à l'échelle nationale, la répartition géographique de leur cabinet au sein de la région est très disparate (voir tableau page suivante).

Globalement, la région Midi-Pyrénées est bien dotée en médecins spécialistes en gynécologie, notamment en raison de leur grand nombre en Haute Garonne. La moyenne d'âge des praticiens y est identique à la moyenne nationale.

Département	Nombre total de médecins gynécologues	Âge moyen
Haute Garonne	34	55
Tarn	10	56
Aveyron	7	56
Gers	6	52
Hautes Pyrénées	5	58
Tarn et Garonne	5	57
Ariège	4	57
Lot	4	56

Tableau 1: Population de gynécologues en Midi -Pyrénées en 2009

Dans la même zone géographique, la population féminine la plus susceptible d'avoir recours à cette spécialité peut être évaluée à 962 558 femmes de 20 à 75 ans ⁷.

On peut ainsi estimer que le nombre moyen de médecins gynécologues médicaux et obstétriques par patiente potentielle en Midi-Pyrénées était de 1 pour 12 834 femmes, et se situait donc à un niveau légèrement supérieur à la moyenne nationale, qui peut être estimée à 1 médecin pour 11 825 femmes âgées de 20 à 75 ans ⁸.

⁷ INSEE, *Population française par département au 1^{er} janvier 2009*, 2010.

⁸ Moyenne nationale obtenue à l'aide du rapport statistique de l'INSEE publié en 2010 sur la Population française par région au 1^{er} janvier 2009.

b. Evolutions des Coursus de formation

De nombreuses réformes ont eu lieu depuis 1979, date à laquelle une disposition légale (loi du 6 juillet 1979) sépara l'internat et le résidanat dans le cursus des études médicales.

De 1979 à 1984, la formation des gynécologues obstétriciens était sanctionnée par l'obtention du Certificat d'Etudes Spécialisées (CES) de gynécologie obstétrique, d'une durée de quatre ans, ou par le CES de gynécologie médicale, d'une durée de trois ans.

A partir de 1984 fut introduit à la place du CES un nouveau cursus, l'internat qualifiant. La spécialité de « gynécologie médicale » disparaît alors en tant que telle car elle n'est plus dès lors enseignée isolément mais dans le cadre de la « gynécologie médicale et chirurgicale » ou de la gynécologie obstétrique.

En 2000 une nouvelle réforme institua un tronc commun obligatoire de deux années postérieures à l'Internat (et donc à l'Examen National Classant depuis 2004). Au terme de ce tronc commun, l'étudiant peut s'orienter vers la gynécologie médicale ou opter pour la filière de gynécologie obstétrique.

La dernière réforme en date, en 2003, a institué un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de gynécologie médicale, dont le cursus peut être intégré directement après le passage de l'internat ceci, et ce pour une durée de quatre ans.

Le DES de gynécologie médicale comporte sous sa forme actuelle :

- Trois semestres de stage dans des services de gynécologie obstétrique agréés au titre du DES de gynécologie obstétrique
- Trois semestres de stage dans des services agréés au titre du DES de gynécologie médicale ou du DES d'endocrinologie et métabolisme .
- Deux semestres de stages libres.
- 250 heures d'enseignements théoriques spécifiques.

c. Evolution démographique

Comme évoqué précédemment, on note un vieillissement important de la population de gynécologues médicaux et obstétricaux (âge moyen 56 ans en France métropolitaine, 55 ans en Midi-Pyrénées, en 2009).

Le *numerus clausus* connaît une augmentation depuis environ une décennie (4 100 places en 2001, 4 700 en 2002, 5 100 en 2003 , 5 600 en 2004, 7 400 en 2010 [°]), mais est longtemps demeuré sensiblement plus bas au cours des décennies précédentes (environ 3 500 étudiants admis chaque année).

De plus, le concours de l'internat auquel sont soumis les étudiants à la fin de leur sixième année d'études limite encore le nombre de places disponibles pour cette spécialité.

Quelques données chiffrées méritent d'être mentionnées :

- En gynécologie médicale, 16 postes étaient ouverts au concours de l'internat en 2004, 20 l'étaient en 2007 et 27 en 2009. Ces chiffres ne permettront pas de couvrir les besoins liés aux départs en retraite des spécialistes en activité, selon le Conseil National des Concours d'Internat (CNC[°]).

En gynécologie obstétrique, on comptait 155 postes en 2004, 145 en 2007 et 162 en 2009.

L'arrêté du 12 juillet 2010 consécutif à la loi HPST définit par avance La dernier arrêté du 12 juillet 2010 avec la réforme HSPT défini par avance le nombre d'internes appelés à être formés chaque année, dans chaque subdivision et ceci pour la période 2010-2014.

Le nombre établi de gynécologues obstétriciens s'élèvera à 925 gynécologues obstétriques (231 par an) tandis que seuls 122 gynécologues médicaux (30 par an) seront formés dans la même période.

Au vu de cette évolution démographique, qui ne permettra pas de remplacer tous les médecins de la spécialité partant en retraite, le taux de couverture de la population dans cette spécialité médicale est appelé à diminuer. Nous pouvons donc avancer l'hypothèse selon laquelle l'accès aux soins et la qualité du suivi des patientes sera de plus en plus problématique au cours des prochaines années.

[°] *Journal Officiel des Lois et Décrets*, 27 janvier 2010.

B. MÉDECINS GÉNÉRALISTES AVANT 2004

a. Population et répartition

La population de médecins généralistes comprend les médecins généralistes (diplôme avant 2004, ancien résident) et les « spécialistes » de médecine générale (depuis 2004 et ceux ayant demandé que leur diplôme obtienne l'équivalence de spécialité).

La population de praticiens s'élevait au 1^{er} janvier 2009 à 91 716 médecins. La moyenne d'âge dans cette population était de 51 ans. On notera que plus des trois quarts de cette population exerce de manière libérale avec une répartition territoriale très hétérogène ¹⁰.

Il y a 39% de femmes dans cette discipline.

En Midi-Pyrénées, au 1^{er} janvier 2009, la population des médecins généralistes s'établissait à hauteur de 4 482 praticiens, avec une moyenne d'âge d'environ 51,5 ans. Leur répartition géographique s'établissait comme l'indique le tableau 2 ci-après.

La densité de médecins généralistes en Midi-Pyrénées correspondait à environ 1 médecin généraliste pour 215 femmes âgées de 20 à 75 ans. Ce chiffre s'avère supérieur à la moyenne nationale, qui s'établit à hauteur d'un médecin généraliste pour 230 patientes ¹¹. La région Midi-Pyrénées se trouve donc sur ce point en position relativement favorable.

Département	Nombre total de médecins généralistes	Âge moyen
Haute Garonne	1 962	50,5
Tarn	559	51
Hautes Pyrénées	435	52,5
Aveyron	399	52,5
Tarn et Garonne	322	51,5
Gers	277	53
Lot	276	52,5
Ariège	254	50,5

Tableau 2: Population de médecins généralistes en Midi-Pyrénées en 2009

¹⁰ Voir Annexe 4.

¹¹ Chiffres obtenus à partir des rapports statistiques de l'INSEE précédemment mentionnés.

b. Formation avant 2004

Avant 2004, les futurs médecins généralistes devaient franchir l'obstacle du *numerus clausus*, au terme de leur première année d'études, mais, dans la suite de leur cursus, le passage de l'externat au résidanat n'était pas soumis au concours. Le nombre de postes ouverts était alors équivalent au nombre d'internes n'ayant pas souhaité entrer en spécialité ou ayant obtenu des résultats insuffisants au concours de l'externat. Les résidents demeuraient dans leurs subdivisions administratives d'origine.

Les années d'externat permettaient d'accumuler un certain volume de connaissances théoriques, dont une part était relative aux questions de gynécologie médicale. Un stage pratique d'externat pouvait être effectué, mais celui-ci était de brève durée et peu de lieux de stage étaient effectivement disponibles pour les étudiants.

En matière de gynécologie, la formation pouvait ainsi sembler sommaire ou pour le moins mal structurée pour un futur médecin généraliste appelé à réaliser des consultations médicales de gynécologie au sein de son cabinet.

Les médecins généralistes pouvaient toutefois, après leurs cursus, avoir accès à des formations individuelles et des diplômes universitaires, ainsi qu'à une abondante littérature médicale apte à les assister dans le perfectionnement de leurs connaissances, s'ils le souhaitaient.

c. Evolution démographique et apparition de nouvelles pratiques

Malgré un nombre important de médecins généralistes sur le territoire français, le taux de couverture médicale de la population globale est là encore appelé à diminuer, en raison de la non compensation de la totalité des départs en retraite, compte tenu de l'âge moyen des praticiens actuels.

De plus, au cours de cette dernière décennie, cette spécialité s'est fortement féminisée, ce qui implique une modification des modes d'exercices, en raison d'une préférence manifestée par les praticiennes en faveur de l'exercice salarié face à l'exercice libéral.

Il faut également tenir compte du fait que de nombreux médecins retardent leur installation définitive, préférant exercer en tant que remplaçant pendant quelques années supplémentaires.

On observe par ailleurs une tendance à privilégier l'exercice de groupe, plus confortable sur le plan des horaires et des fréquences de gardes, au détriment de l'exercice en solitaire, longtemps majoritaire.

C. INTERNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE DEPUIS 2004

a. Bases exigibles en gynécologie à la fin du DCEM4

Depuis la réforme des études médicales initiée en 2002 et totalement mise en oeuvre en 2004, il a été instauré un programme théorique que chaque étudiant doit avoir préparé afin de pouvoir présenter le concours de l'internat.

Les bases de l'examen gynécologique régulier au cabinet, les motifs les plus fréquents de demandes et leurs traitements, le suivi de grossesse normale constituent les thèmes majeurs de la formation en matière de gynécologie.

Lors de l'externat, l'étudiant est tenu d'effectuer un stage en service de gynécologie obstétrique d'une durée de deux mois, au cours duquel il se voit offrir l'opportunité de mettre en pratique ses connaissances théoriques et de réaliser des actes techniques simples.

b. Nombres de postes et répartition aux Examens Classant Nationaux

Depuis 2002, la médecine générale étant officiellement devenue une spécialité médicale, les futurs praticiens sont soumis au concours de l'internat. Un nombre de postes à pourvoir en fonction des subdivisions administratives fut instauré. Cette décision eut notamment pour conséquence de former localement des internes n'ayant pas forcément débuté leur externat dans la même subdivision, le but avoué étant de contribuer à réduire les inégalités dans la répartition de la population médicale sur le territoire, en encourageant ainsi l'installation dans la région des jeunes médecins généralistes à la fin de leur cursus, bien que ceux-ci disposent du droit de « libre installation sur le territoire ».

Le nombre de médecins généralistes formés depuis 2004 a connu une sensible augmentation, conséquence logique de l'évolution du *numerus clausus*. On dénombrait ainsi 1. 775 postes de médecins généralistes en 2004, 2 270 postes en 2007 et 3 280 en 2009.

Au titre de la nouvelle loi HPST, 20 027 postes d'internes en médecine générale ont été prévus pour la période 2010 — 2014 en France métropolitaine. Le nombre de postes ouverts dans chaque subdivision administrative a été estimé en fonction des densités de populations et des arbitrages territoriaux.

c. Nouveaux cursus et stages obligatoires

Le DES de médecine générale correspond à présent à un cursus durant trois ans après le concours d'internat.

Il se compose de stages d'une durée de six mois chacun, auxquels s'ajoute un ensemble d'enseignements théoriques.

Les stages cliniques sont organisés selon la composition suivante :

- Un stage de « médecine adulte. »
- Un stage dans les services des urgences.
- Un stage chez un praticien de médecine générale.
- Un stage libre.
- Un stage de gynécologie et/ou de pédiatrie.

Un stage de professionnalisation dit « stage SASPAS ».

L'interne peut donc théoriquement avoir accès à un stage de gynécologie afin de parfaire sa formation en ce domaine. Malheureusement, cependant, l'accès aux stages de ce type se révèle, dans les faits, difficile, en raison de la priorité donnée aux internes de gynécologie médicale et obstétrique pour les postes à pouvoir dans les services concernés.

De nouvelles possibilités commencent cependant à être explorées afin de former les internes de médecine générale, comme à Toulouse où depuis 2009 le stage de gynécologie et pédiatrie peut être effectué en cabinet de médecine générale. Cette nouvelle formule permet aux internes de médecine générale d'être formés sur le terrain dans des conditions d'exercice proches de celles qu'ils rencontreront plus tard et de se confronter aux motifs usuels des patientes.

Par ailleurs, en Midi-Pyrénées, une formation théorique et pratique sur des mannequins est maintenant obligatoire pour tout interne de médecine générale durant son cursus.

L'enseignement théorique et pratique s'avère dans son contenu relativement variable suivant les facultés. On relève, au niveau national, un manque d'uniformisation des connaissances pratiques et théoriques des internes en médecine générale en matière de gynécologie.

Il faut noter que le médecin généraliste à l'obligation de suivre des Formation Professionnelles Conventionnelles (FPC) pendant ses années d'exercice, afin que chaque praticien puisse être informé régulièrement de l'évolution rapide des modes de prises en charges et des moyens de traitement gynécologiques. Cet enseignement est complété par les facultés par l'intermédiaire de diplômes universitaires d'une durée d'une à deux ans, ouverts aux médecins généralistes sur la base du volontariat.

2. RECOMMANDATIONS

A. SUIVI ET SURVEILLANCE DES FEMMES

a. Contraception

La demande de contraception est sans conteste un moment important de la vie d'une femme et un épisode sensible dans la construction de la relation médecin-patiente. Il est à ce titre recommandé que l'instauration d'une contraception bénéficie d'une consultation à part entière.

L'information complète de la patiente en matière de contraception est nécessaire afin qu'elle puisse choisir en toute conscience son moyen de contraception, ce qui permettra ultérieurement une bonne observance de cette prescription.

Il est nécessaire que le médecin s'adapte à la situation économique, sociale et psychologique propre à chaque femme, ainsi qu'aux motivations de la patiente dans sa demande de contraception.

Différentes méthodes contraceptives sont envisageables pour chaque femme, à condition de respecter scrupuleusement un interrogatoire et un protocole précis. Il est à remarquer que les dispositifs intra-utérins constituent des méthodes de première intention pouvant être placés chez des nullipares.

A la suite d'une prescription de contraception, le médecin doit s'enquérir, lors des consultations ultérieures, des possibles oublis dans l'observance du traitement. Le médecin doit par ailleurs régulièrement (notamment pour une patiente de 35 à 40 ans) réévaluer les méthodes mises en place, la vie sexuelle d'une femme et donc ses besoins contraceptifs évoluant avec son âge et sa condition socio-familiale.

Au vu de ces recommandations¹², on discerne à la fois la complexité et la nécessaire spécificité individuelle de chaque consultation pour ce motif, ce qui implique, outre un matériel adéquat, un temps de consultation approprié.

¹² Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), 2004.

b. Grossesse

Chaque grossesse possède ses propres spécificités, qu'il est nécessaire d'identifier et de prendre en compte. L'accompagnement est essentiel, qu'il s'agisse ou non d'une première grossesse.

Les recommandations générales¹³ *a priori* valables pour chaque grossesse soulignent la nécessité d'avoir une écoute attentive et de consacrer du temps à la patiente enceinte, ainsi qu'au couple, à toutes les étapes de la grossesse. Le langage doit être adapté à chaque patiente afin que les informations essentielles puissent être comprises dans les meilleures conditions.

Pour favoriser une meilleure relation médecin/femme enceinte il semble souhaitable d'établir un programme d'examen et une planification des différentes consultations. Il est recommandé lors d'un suivi de grossesse de voir la femme enceinte en consultation chaque mois.

L'information écrite constitue un support utile pour les messages essentiels devant être délivrés lors des consultations. Le médecin devra à cette occasion prendre en compte les aspects de vulnérabilité (sociale, économique) de la patiente, dans le but d'une meilleure prise en charge et une orientation vers des structures adaptées.

Le but primaire des différentes consultations est de s'assurer de la bonne santé de la mère et de l'enfant qui ne peut être obtenue sans une éducation à la santé et à la prévention des différents risques, notamment ceux liés à l'automédication.

Ces recommandations générales sont complétées par des recommandations plus spécifiques, notamment autour de thématiques telles que :

- Grossesse et tabac.
- Grossesse et surveillance de la toxoplasmose et de la rubéole.
- Suivi de femmes enceintes en situation à risque.
- Grossesse et VIH.

La grossesse nécessite ainsi, tout comme la consultation pour contraception, une transmission d'information importante supposant un temps minimum incompressible de consultation, dans le but de parvenir à une qualité de prise en charge globale satisfaisante.

¹³ Haute Autorité de Santé, 2005.

c. Frottis cervico-utérin

Pour ce geste technique simple et fondamental du suivi médical d'une patiente, des recommandations pratiques ont là encore été émises¹⁴.

Le frottis doit être effectué à distance des rapports sexuels (délai de 48 heures), en dehors des périodes menstruelles, hors de toute thérapie locale ou d'infection et, si nécessaire, après traitement oestrogénique chez la femme ménopausée.

La patiente doit se voir expliquer le but de l'examen et sa technique, et doit être rassurée à son sujet.

Le toucher vaginal doit être effectué après le frottis et sans utiliser de lubrifiant.

Le col doit être exposé à l'aide d'un spéculum avant de procéder au frottis.

Le prélèvement doit concerner la totalité de l'orifice cervical et de l'endocol.

Le milieu d'étalement doit être adapté à la méthode ayant servi pour les prélèvements.

Il est nécessaire que toutes les personnes ayant à pratiquer ce geste aient suivi une formation spécifique, afin de que leur prélèvement soit suffisamment précis pour être lu par l'anatomopathologiste.

Le suivi répond à une régularité prédéfinie. Après un premier frottis cervico-utérin avec un résultat négatif, un second prélèvement doit être réalisé un an plus tard. En cas de nouveau résultat négatif, le troisième frottis devra être réalisé au bout de trois nouvelles années. Le rythme triennal sera conservé tant qu'aucune anomalie ne sera détectée.

Le suivi régulier permet de détecter au plus tôt les stades précoces de cancer et les stades précancéreux.

d. Dépistage et suivi du Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col utérin est le 2^e cancer féminin au niveau mondial. Il a cependant un taux de survie important. Nous retrouvons de nombreux facteurs de risques associés à ce cancer, parmi lesquels :

- La précocité des premiers rapports sexuels.
- La multiplication des partenaires sexuels.
- La multiparité.
- Les IST (HPV et herpès).

¹⁴ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), 2002.

- La consommation tabagique.
- L'immunodépression.

Dans certains cas, la pilule oestro-progestative.

Les circonstances de découverte d'un cancer du col de l'utérus sont nombreuses :

- Métrorragies de sang rouge (indolores, souvent provoquées lors de rapports sexuels ou lors d'un toucher vaginal).
- Pertes muco-puru lentes liées à une infection associée.
- Douleurs pelviennes, cystites, épreintes.
- A l'occasion d'un examen gynécologique, car il peut être asymptomatique.

Ces motifs peuvent être rencontrés en médecine générale. Un examen systématique gynécologique pourrait permettre de diminuer l'incidence, ou de contribuer à une détection à un stade précoce, et donc à une prise en charge plus rapide.

Le bilan pré-thérapeutique nécessite toutefois une consultation gynécologique appropriée, auprès d'un spécialiste.

Après la prise en charge thérapeutique, il ne faut pas oublier la surveillance systématique de la patiente. En effet, le rôle du médecin généraliste est de détecter les complications post-thérapeutiques, dans le cadre du suivi réalisé en association avec les spécialistes.

La fréquence d'un tel suivi est d'une consultation tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans, puis enfin annuellement. Ce schéma de suivi doit être adapté suivant le type de cancer. Le frottis cervico-utérin devra être systématique à 6 mois et à 12 mois sauf en cas de radiothérapie car le prélèvement est alors beaucoup plus difficile à interpréter. Une surveillance par frottis du dôme vaginal de manière régulière est possible dans les cas de chirurgie importante.

e. Dépistage et suivi du cancer du sein

Il existe un dépistage organisé par mammographie pour les femmes âgées de 50 à 75 ans. Il est également possible de réaliser un dépistage personnalisé.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, en France.

Des facteurs de risques de cancer du sein ont été établis. Il existe des facteurs hormonaux, des facteurs familiaux et, selon toute probabilité, des facteurs environnementaux.

Les circonstances de découverte peuvent être multiples :

- Lors du dépistage mammographique.
- Par la découverte fortuite d'une tuméfaction.

- Par la détection d'une anomalie du mamelon.
- Par autopalpation d'une masse par la patiente.
- Par la manifestation d'une inflammation du sein.
- En raison d'une adénopathie persistante.

L'examen clinique est comparatif et bilatéral. Un schéma daté et annoté doit être rédigé le jour de l'examen. Cet examen clinique doit être réalisé à chaque consultation gynécologique et au minimum une fois par an.

L'examen complémentaire de première intention sera la mammographie bilatérale sous deux incidences. Le bilan d'extension et le diagnostic de certitude seront effectués par un spécialiste.

Après le traitement de la lésion, un suivi par examen clinique des seins doit être effectué selon un planning régulier. Une consultation de contrôle doit être organisée tous les 6 mois pendant cinq ans, puis annuellement. Une mammographie sera réalisée annuellement pendant cette période, ainsi qu'un examen clinique à chaque consultation.

B. ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

a. Suivi médical régulier

Il est recommandé aux médecins de participer à l'éducation pour la santé, qui doit débiter chez les patientes dès le plus jeune âge. En effet il est nécessaire de sensibiliser les adolescentes à la nécessité d'un suivi médical, et notamment gynécologique, régulier.

Il est indispensable, lors de la première consultation pour un motif gynécologique, de correctement expliquer le déroulement ultérieur des consultations, ainsi que le rythme des suivis. Une adolescente ou une femme n'ayant pas eu de rapports sexuels qui se présente pour une demande de contraception, doit se voir préciser qu'un frottis cervico-utérin devra être effectué dans la première année d'activité sexuelle. Le médecin doit par ailleurs expliquer le déroulement de la consultation gynécologique, à savoir :

- Un interrogatoire minutieux, afin de suivre l'évolution de la vie sexuelle et de bien cibler les demandes.
- Un examen gynécologique régulier au rythme de une fois par an, sauf plainte fonctionnelle d'ordre gynécologique. Cet examen comprend un examen des seins par palpation, un examen au spéculum et un toucher vaginal.

- Un frottis cervico-utérin, selon un rythme recommandé par la Haute Autorité de Santé, soit un frottis dans l'année suivant le début de l'activité sexuelle puis un second durant l'année suivante et ultérieurement, si aucune anomalie n'est détectée, un frottis tous les trois ans.

Cette information initiale facilite considérablement le suivi ultérieur des patientes.

b. Information sur les IST (Infections Sexuellement Transmissibles)

Deux rôles définissent la mission du médecin généraliste : le rôle de prévention et celui de dépistage. La notion d'éducation pour la santé à destination de la population est une part essentielle du champ de la prévention. Cette information transmise par le médecin est essentielle.

L'éducation pour la santé suppose notamment l'information des personnes au sujet des risques encourus en cas de rapports sexuels non protégés.

Actuellement, on observe en France une recrudescence de syphilis et d'infection par le VIH¹⁵.

Le médecin généraliste doit s'employer à rechercher les signes d'infection, à expliquer les risques de complications et les moyens de protection.

Les IST regroupent : infection par *chlamydia trachomatis*, gonococcie, syphilis, condylomes, VIH, hépatite B et hépatite C.

Ces infections n'ont pas les mêmes conséquences une fois contractées et le protocole de surveillance en découlant est de ce fait très différent. Il est nécessaire de cibler les populations à risques afin de réaliser une prévention efficace.

En cas de dépistage positif, le médecin doit insister sur la nécessité de dépister le partenaire de la patiente et d'associer ce dernier au traitement, dans la mesure du possible. Une information claire et loyale auprès des femmes est indispensable, en particulier au sujet du risque d'infertilité post-IST, puisque la plupart du temps celle-ci est asymptomatique chez le partenaire masculin.

¹⁵ HAS, *Evaluation a priori du dépistage de la syphilis en France*, mai 2007

c. Information sur la contraception

La demande de contraception est un motif courant de consultation en médecine générale, que ce soit pour son instauration ou son renouvellement.

La Haute Autorité de Santé, en collaboration avec l'AFSSAPS et l'Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé (INPES), ont publié des recommandations¹⁶ sur la façon d'aider une patiente à choisir sa contraception.

La mise en place d'une contraception demande une consultation dédiée, afin de faire le point sur la demande de la patiente, de connaître ses connaissances sur le sujet et ses *a priori*. Un examen clinique initial est indispensable, afin de s'assurer de l'absence de motifs de contre indication. Une explication claire doit être communiquée quant aux différentes méthodes de contraception mais le choix final en revient à la patiente. La prescription de la méthode contraceptive dépasse ce cadre, puisqu'elle implique également d'en expliquer le fonctionnement exact et de réévaluer la contraception ultérieurement afin de s'assurer que la méthode convienne. L'implication de la femme dans le choix de la méthode contraceptive est indispensable pour en favoriser l'acceptation et l'observance.

Dans le rapport susmentionné, la pilule cestro-progestative et le DIU sont présentés comme des choix de contraception de première intention. L'information délivrée doit toutefois évoquer les préservatifs féminins et masculins, qui demeurent les seuls moyens de protection efficaces contre les IST. Le médecin doit par ailleurs mentionner l'existence de la contraception d'urgence, et son mode de délivrance. Enfin, il est indispensable d'aborder auprès de la patiente la conduite à tenir en cas d'oubli de sa pilule, et la méthode envisageable de « rattrapage » du comprimé oublié.

Les recommandations explicitent que pour une femme de 35 à 40 ans, une réévaluation de la méthode de contraception doit être effectuée, en raison du risque accru de cancers hormonaux lors de la pré-ménopause.

L'ensemble de ces recommandations fait de la consultation pour demande de contraception une situation particulière, qui nécessite une consultation dédiée et des réévaluations ultérieures fréquentes suivant les besoins et l'évolution personnelle de la vie de la patiente. Une étude réalisée en 2007 ayant pour thème les représentations des Français face à la contraception¹¹ a montré que les connaissances et les utilisations sont très disparates

¹⁶ HAS, AFSSAPS et INPES, *Stratégies des choix des méthodes contraceptives chez la femme*, décembre 2004.

suivant l'âge et le niveau socioculturel des personnes interrogées. Elle conclut à l'impérieuse nécessité de continuer à informer les populations, notamment *via* les médias de masse.

d. Vaccination contre le HPV

Depuis 2006, deux vaccins sont disponibles sur le marché, chacun agissant contre différents types d'HPV. Nous savons actuellement qu'il existe 120 types de HPV mais seuls deux sont fréquemment oncogènes (le 16 et le 18), les vaccins disponibles étant efficaces contre l'un et l'autre. Un seul des vaccins inclut toutefois les types 6 et 11, qui peuvent générer des condylomes à faibles risques oncogènes.

L'infection à HPV est une des trois premières ISI en France. La primo-infection est inapparente. 70% des adultes connaissent une primo-infection au cours de leur vie. Plus de 60% des jeunes femmes en sont affectées dans les cinq ans qui suivent leurs premiers rapports sexuels (ceux-ci débutant en moyenne à 17,5 ans pour les jeunes filles.).

Les recommandations actuelles¹⁸ engagent à vacciner les jeunes filles à partir de 14 ans, avant que elles ne soient exposées à l'HPV. Une vaccination de rattrapage pourra être proposée aux jeunes filles de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard dans la première année après le début des rapports sexuels.

Il est recommandé de vacciner par l'intermédiaire du vaccin quadrivalent plutôt qu'avec la version bivalente. Le schéma vaccinal avec le vaccin quadrivalent est d'une vaccination à 0,2 et 6 mois. Le schéma vaccinal du vaccin bivalent est 0,1 et 6 mois.

Il est bien souligné dans les recommandations que la vaccination seule ne suffit pas. On rejoint ici les missions de prévention précédemment évoquées, notamment en matière d'usage des préservatifs. Il est également spécifié que la vaccination recommandée a un objectif de prévention du cancer du col de l'utérus mais que son efficacité n'est pas absolue. La surveillance régulière des patientes par frottis cervico-utérin doit donc être maintenue, afin de contribuer à la diminution de l'incidence du cancer du col de l'utérus.

INPES, *Les français et la contraception*, étude BVA mars 2007.

¹⁸ HAS, *Guide Affection de Longue Durée n.30, Cancer invasif du col utérin*, janvier 2010.

3. INFORMATIONS DES PATIENTES

A. CAMPAGNES DE DÉPISTAGE

a. *Dépistage de masse avec le cancer du sein*

Depuis plusieurs années une campagne de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie pour les femmes de 50 à 74 ans a été mise en place. La mammographie est un examen essentiel pour dépister ce cancer aux stades précoces, ce qui constitue un enjeu de santé publique majeur, tant en matière d'efficacité du traitement que de bien-être des patientes ou de coût du traitement.

Afin de sensibiliser les femmes à la nécessité de réaliser cet examen à partir de 50 ans, et ceci tous les deux ans, une campagne d'information nationale a été financée en partie par l'assurance maladie. En conséquence, chaque femme à partir de 50 ans est appelée à recevoir à domicile une invitation à réaliser une mammographie de dépistage. La lettre contient une notice explicative détaillée sur les modalités du dépistage et sur sa gratuité.

Dans les cabinets de médecine générale et de gynécologie, une campagne d'information via des affichettes et des dépliants (voir annexes) vient compléter la précédente, afin de sensibiliser les patientes, ceci en dehors des campagnes d'informations utilisant d'autres médias (presse, télévision, radio, Internet). A Toulouse, la structure relevant de l'assurance maladie appelée « DOC31 » organise ce dépistage.

En complément de ce dispositif, une campagne publicitaire d'affichage a été instaurée depuis quelques années au plan national. Elle s'ouvre annuellement au début du mois d'octobre, qui correspond à la période durant laquelle sont effectués les envois d'invitation au dépistage par mammographie auprès des femmes concernées. Cette opération, baptisée « Octobre Rose », bénéficie pour la campagne 2010 de nouvelles affiches ¹⁹.

L'information liée à la campagne de dépistage est également relayée par la radio, grâce à des spots qui prennent appui sur les craintes manifestées par les femmes ²⁰ pour transmettre leur message.

¹⁹ Voir Annexe.

²⁰ Ainsi par exemple la campagne organisée par l'Institut National du Cancer. Voir www.e-cancer.fr

b. Dépistage individuel avec le cancer du col de l'utérus

Ce dépistage est essentiel pour chaque femme, mais il n'y a pas actuellement de campagne de dépistage de masse, car celle-ci s'avérerait difficile à organiser²¹. Le dépistage individuel s'appuie essentiellement sur le suivi médical régulier des femmes. Des affiches de sensibilisation ainsi que des dépliants²² sont disponibles dans les cabinets des médecins généralistes et des gynécologues. Une information est par ailleurs délivrée *via* les radios. L'inconvénient de ce dépistage est que la femme doit volontairement consulter un médecin et que celui-ci se doit de vérifier si le frottis est pratiqué de façon régulière. Il doit pas hésiter à le proposer si la patiente ignore la date du dernier examen de ce type, ou si elle appartient à une population à risque.

B. CAMPAGNES D'INFORMATION

a. Contraception

Il existe des dépliants mis à disposition dans les cabinets médicaux qui le souhaitent. Les femmes sont surtout informées par l'intermédiaire de la presse féminine, qui propose régulièrement des articles consacrés à ce thème. Les patientes les plus jeunes sont théoriquement informées au collège et au lycée par les campagnes d'informations intégrées à leur cursus scolaire. Le planning familial est également un lieu d'information, qui présente l'avantage d'être anonyme et gratuit.

En réaction à l'augmentation constatée des IVG chez les jeunes femmes en France²³, une campagne d'information télévisuelle a été instaurée, dans le but d'améliorer la sensibilisation des jeunes à la contraception.

On peut regretter qu'aucune campagne équivalente n'existe pour les femmes plus âgées, car d'après une étude BVA réalisée à la demande de l'INPES²⁴ a démontré que de nombreuses femmes de plus de 20 ans manifestent des idées fausses sur la contraception.

²¹ École des Hautes études en santé publiques, *Dépistage organisé du col de l'utérus en Bretagne : enjeux et faisabilité*, 2009

²² Voir Annexe.

²³ DRESS, *Les interruptions volontaires de grossesse en 2007*, décembre 2009.

²⁴ BVA-INPES, *Les Français et la contraception*, mars 2007.

b. Sexualité et IST

Une campagne de sensibilisation à destination du grand public a été lancée peu après la découverte du VIH, et cette diffusion massive d'information s'est maintenue jusqu'à un passé récent. On utilisait précédemment les termes de « Maladies Sexuellement Transmissibles », mais cette dénomination a été remplacée par celle « d'Infections Sexuellement Transmissibles » depuis peu de temps. Cette appellation, cependant, peine à être adoptée par la population, ce qui a justifié une accentuation des campagnes d'information consacrées aux IST, notamment grâce à des affiches murales. Il existe par ailleurs un petit dépliant évoquant IST et sexualité et pouvant être consulté dans les salles d'attente de certains médecins.

Actuellement, une recrudescence observée²⁵ des IST dénote celle des conduites à risque, peut être en raison de la faible ampleur relative des campagnes d'information actuelles.

c. Vaccination contre le HPV

Le vaccin contre le HPV a fait parler de lui lors de sa commercialisation en 2006, l'information ayant été relayée par les médias de manière intense (information nationales, revues scientifiques ou revues féminines). Une campagne d'information par affiches et dépliants a été instaurée dans les salles d'attentes afin de sensibiliser les femmes pouvant être vaccinées ou les mères ayant des filles pouvant entrer dans le cadre de cette vaccination²⁶. L'information est fréquemment relayée par des articles dans des magazines féminins ou destinés aux adolescentes.

C. SITES WEB

a. Sites institutionnels

L'amélioration des capacités d'accès à Internet de la population générale au cours de la dernière décennie confère le statut de vecteurs importants d'informations médicales à des sites institutionnels tels que ceux de l'HAS, de l'AFSSAPS, de l'INPES, du ministère de la Santé

²⁵ INPES, *Dépistage VIH et /ST, repère pour votre pratique, actualisation, 2007.*

²⁶ Voir Annexe 18.

ou de l'assurance maladie. Chaque femme peut librement les consulter et donc être informée des différentes recommandations, du déroulement des suivis et des personnes ressources devant être contactées près de son domicile pour obtenir une consultation personnalisée consacrée au sujet qui l'inquiète.

L'information sur ces sites est la plupart du temps aisément compréhensible et toujours sûre, vérifiée et vérifiable, comme le prouve le respect du HON code.

b. Sites non institutionnels

Ces sites peuvent être trouvés à partir d'une simple discrimination par mots clefs effectuée dans des moteurs de recherche tels que Google, MSN ou Yahoo. Le nombre de réponses obtenu est très important mais la qualité de ces sites librement consultables est très inégale, certaines informations étant partielles, voire inexactes. Ils peuvent toutefois contribuer à l'ouverture d'un premier dialogue sur ces thèmes entre une patiente et son médecin. Parmi les sites pouvant être considérés comme qualitativement valables, on peut citer doctissimo, macontraception.fr, sante-az.aufeminin.com, sidaweb.com, sexoconseil.com, wikipedia.fr, cancerducol.fr, esculape.com. Une partie de ces sites est sponsorisée par un laboratoire pharmaceutique.

c. Les forums

Certaines femmes tendent à préférer en matière d'information les échanges directs sur le mode du dialogue, et se tournent de ce fait vers les forums féminins, dans lesquels chacune expose sa problématique personnelle et reçoit les conseils ou le récit de l'expérience d'une autre femme ayant connu une situation similaire. Les plus utilisés sont accessibles depuis les sites non-institutionnels précédemment mentionnés.

L'information de ces sites est diverse et variée, mais très souvent stéréotypée et peu fiable, ce qui n'encourage que peu à une discussion avec un médecin. Les modérateurs de ces forums ne sont pas des professionnels de santé, ce qui contribue à appauvrir leur valeur qualitative.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. OBJECTIFS ET MATÉRIEL

A. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est de répondre à l'interrogation suivante :

Quels processus, protocoles ou méthodes mettre en œuvre pour que l'acceptation de la part des patientes de l'intervention des généralistes dans la consultation gynécologique soit plus aisée ?

Les questionnements secondaires étaient :

- Quelles connaissances les femmes ont-elles de la notion de « suivi gynécologique régulier » ?
- L'information des patientes est-elle suffisante quant à la compétence du médecin généraliste pour les questions de gynécologie ?
- Quelles sont les motivations et attentes des femmes qui consulteraient un médecin généraliste pour une question de gynécologie ?
- Quelles sont les souhaits des patientes pour leur prise en charge dans le cadre des consultations de gynécologie ?

B. MATÉRIEL

Une demande de financement auprès de l'URML de Midi-Pyrénées a été déposée afin de pouvoir palier aux dépenses engendrées. Une demande d'aide pour la sélection aléatoire des médecins généralistes a également été effectuée.

En accord avec ma directrice de thèse, décision a été prise d'adopter une méthodologie basée sur une étude d'opinion auprès de 1000 patientes dans 100 cabinets de médecine générale en région Midi-Pyrénées.

2. MÉTHODES

A. RECHERCHE SITOGRAPHIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche documentaire a été réalisée par l'intermédiaire d'Internet et des catalogues de la bibliothèque de la faculté de médecine de Toulouse, et élaborée grâce au logiciel de gestion bibliographique BIBUS.

Sites institutionnels : Haute autorité de santé (HAS), Conseil de l'ordre national des médecins (CNOM), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), *Le Journal Officiel des Lois et Décrets*, Conseil National des Concours d'Internats (CNCI), www.sanie.gouv.fr, Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES), Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF), Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), Organisation Mondiale de la Santé (OMS), www.amelie.fr, Institut National de Veille Sanitaire (INVS), Institut National du Cancer, Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE).

Autres sites : www.e-cancer.fr, La ligue contre le cancer, TN Sofres santé, Sites de FMC (formation médicale continue)

Revues : *La Revue du Praticien en Gynécologie Obstétrique*, *La Revue du Praticien Médecine Générale*.

Moteurs de recherches : Google, Medline, Sudoc-abes.

Une autre part de la recherche bibliographique complémentaire a été réalisée à partir de la consultation de différentes thèses de médecine sous format papier ou électronique (voir la liste dans la section « bibliographie »).

B. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE PATIENTE

Une lettre de présentation figurant à la première page du questionnaire remis à la patiente permettait d'explicitier auprès d'elle le thème et le but du questionnaire, ainsi que de stipuler la garantie de son usage anonyme.

Le questionnaire comprenait treize questions rédigées sous forme de questionnements à choix multiples. Dix questions proposaient des réponses fermées. Trois au contraire

laissaient la place à une réponse ouverte, grâce à une case « autres » et à des lignes prévues pour permettre à la patiente de librement s'exprimer.

Les questions étaient divisées en trois groupes :

Le premier (questions 1 à 4) avait pour objectif de cerner les caractéristiques démographiques et socioculturelles de la population effectivement étudiée et de pouvoir la comparer aux données moyennes de la population nationale, afin de s'assurer une représentativité relative satisfaisante.

Le second groupe (questions 5 à 10) avait pour but de dresser un bilan du suivi effectif des femmes et de connaître le cas échéant leurs motifs usuels de consultation d'un médecin généraliste dans le cadre de la gynécologie.

Le troisième groupe (questions 11 à 13) permettait de préciser les souhaits des patientes, d'identifier les obstacles et de dégager quelques pistes en matière d'améliorations possibles.

A de nombreuses questions, il a été nécessaire d'associer l'item « ne se prononce pas » ou « sans opinion » afin de laisser aux patientes le droit de ne pas répondre à une question et ainsi éviter un biais potentiel d'analyse.

Les questionnaires portaient une indication chiffrée (« référence questionnaire ») dans le but de faciliter leur enregistrement et de permettre une meilleure analyse statistique, sans pour autant s'opposer à leur anonymat.

Le questionnaire a initialement été testé sur le personnel féminin de mon lieu de stage actuel. Les « patientes » volontaires à cette occasion étaient des femmes ayant entre 24 et 60 ans et n'ayant pas pour la plupart de notions poussées en gynécologie. Le test a eu lieu avec un échantillon de 15 personnes. Le recueil des remarques de chacune des participantes a eu lieu de manière individuelle.

Le test a notamment permis de déterminer la meilleure mise en forme du questionnaire, par souci de lisibilité et de limitation de l'encombrement (format A4 et sous forme de livret).

C. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Un questionnaire médecin généraliste a été envoyé en même temps afin de déterminer si le médecin effectuait ou non des actes de gynécologie dans son cabinet, afin de pouvoir confronter cette donnée aux réponses des patientes.

La première page du questionnaire présentait le but de la thèse et détaillait le contenu de l'enveloppe d'envoi, qui comprenait un questionnaire médecin généraliste, dix questionnaires patientes et une enveloppe retour pré-timbrée.

Les consignes de recrutement et la date retour limite des questionnaires étaient notifiés sur cette page de présentation.

Le questionnaire comprenait une « référence médecin » attribuée avant les envois correspondant au numéro de département associé à une numérotation dépendante du nombre de médecins retenus par départements.

Le questionnaire était là encore divisé en groupe de questions :

Le premier (questions 1 à 6) permettait d'analyser les caractéristiques générales du cabinet (volume de la patientelle, démographie de la commune d'exercice, etc.)

Le second (questions 7 à 14) contribuait à dresser un bilan des actes réalisés et du matériel disponible au cabinet du médecin en matière de gynécologie.

Le troisième groupe (questions 15 à 17) avait pour but de déterminer les souhaits des médecins généralistes et leurs constatations dans le cadre de leur pratique quotidienne.

Les questions étaient formulées de manière fermée, pour la plupart, par souci de simplicité de traitement et afin d'éviter une diminution de la participation à l'enquête du fait d'un questionnaire trop chronophage.

Le choix d'une présentation « aérée » ayant été arrêté, la maquette retenue reposait sur un questionnaire de format A4, agrafé sous forme de livret.

Le test préalable du questionnaire a été réalisé auprès de mon médecin responsable de service et de ma Co-interne.

Ce questionnaire avait pour objectif principal de constituer un support d'ouverture et de discussion dans le cadre de cette thèse.

D. SÉLECTION DES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

L'enquête consistait en un envoi postal auprès de 100 médecins de la région MIDI-PYRÉNÉE. A l'aide des données INSEE 2009 sur la démographie générale de Midi-Pyrénées, nous avons réalisé un tirage au sort de cabinets de médecine générale, le nombre retenu pour chacun des huit départements étant fonction de la répartition de la population au sein de la région. Au total 43 envois ont ainsi été réalisés en Haute-Garonne, 13 dans le Tarn, 10 en Aveyron, 9 en Hautes-Pyrénées, 8 en Tarn-et-Garonne, 6 dans le Gers, 6 dans l'Ariège et 6 dans le Lot. Un tableur Excel avec code de réception et adresse du cabinet a été réalisé afin de déterminer le taux de réponse par département.

Lors de l'envoi, chaque médecin généraliste pouvait à réception me contacter par téléphone ou par email afin d'obtenir des précisions sur l'étude. Dans les faits, seuls deux médecins m'ont contacté par email pour m'avertir du retour de leur pli avec des questionnaires remplis car ils pensaient être hors délais.

Les envois ont débuté en mai 2010, les retours devant avoir lieu, dans la mesure du possible, avant le 20 juin 2010. Considérant le nombre décevant de réponses fin juin et l'approche des grandes vacances, il a été nécessaire d'accepter de nouveaux questionnaires jusqu'au 10 octobre 2010 et de procéder à un appel téléphonique auprès des cabinets de médecins généralistes afin que les retardataires le souhaitant puissent participer à l'étude.

E. ANALYSE STATISTIQUE

Une « base de données patiente » a été réalisée à partir d'un tableur Excel. Ce dernier a été complété selon une présentation binaire (« 0 » pour une réponse non formulée, « 1 » pour une réponse donnée) afin de faciliter l'élaboration ultérieure des statistiques et des graphiques de synthèse. L'absence de réponse a été considéré comme une réponse négative (et donc enregistrée sous forme de « 0 »). En cas de réponse manuscrite aux propositions ouvertes « autres », celle-ci a été rapportée *in extenso* dans la feuille de calcul Excel.

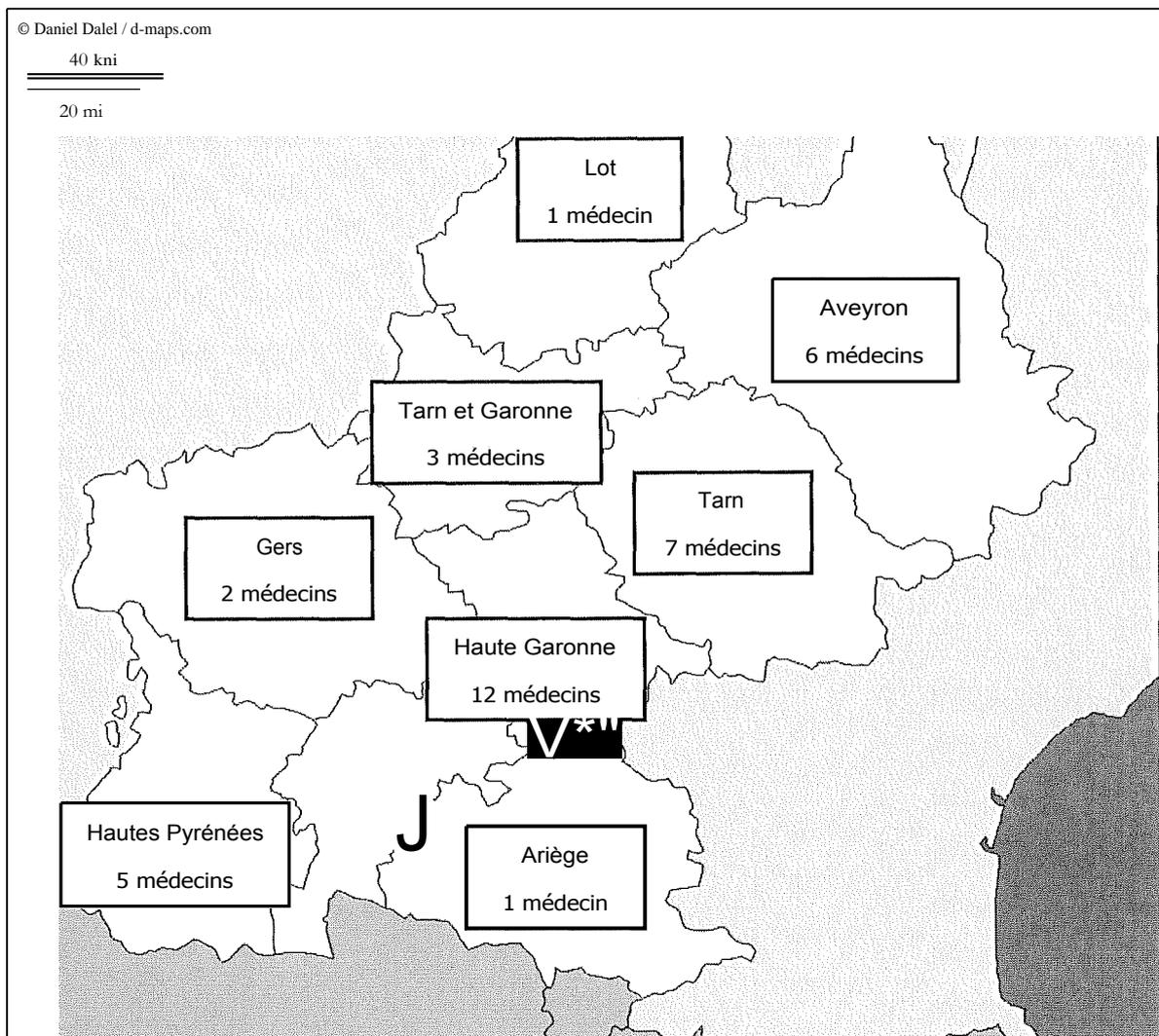
Une base de données médecins généralistes a été réalisée selon des principes identiques, à l'exception de la question 14 portant sur les fréquences de rencontre des différents motifs gynécologiques, dont les réponses ont été enregistrées selon un code variant de 0 à 3 (respectivement, pour les réponses « jamais », « moins de une fois par semaine », « de 1 à 5 fois par semaine », « plusieurs fois par jour »).

Les résultats ont été présentés sous formes de graphiques et de tableaux statistiques.

IV. RÉSULTATS

Pendant la période de mai 2010 à septembre 2010, nous avons reçu 37 réponses de médecins généralistes ayant distribué les questionnaires à leurs patientes, pour un total de 337 questionnaires réexpédiés et intégrés aux statistiques ici présentées (chaque médecin ayant renvoyé 9 questionnaires en moyenne).

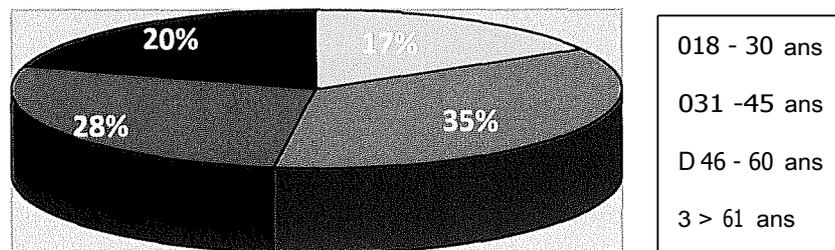
Les médecins ayant participé à l'étude se répartissent géographiquement comme suit :



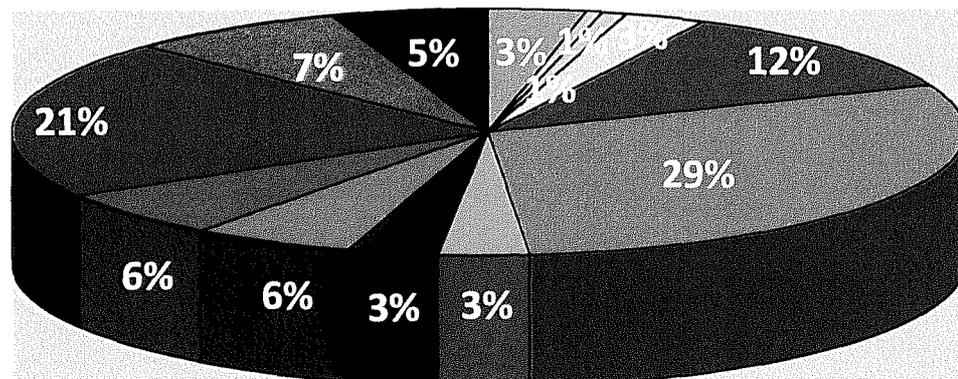
1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Le graphique 1 présente la répartition par tranches d'âge du corpus de patientes étudié.

- 56 patientes, soit 17% du corpus étudié, ont entre 18 et 30 ans.
- 120 patientes, soit 35% du corpus étudié, ont entre 31 et 45 ans.
- 93 patientes, soit 28% du corpus étudié, ont entre 46 et 60 ans.
- 65 patientes, soit 20% du corpus étudié, ont plus de 61 ans.



Graphique 1: Patientes interrogées : Répartition par tranche d'âge (%)

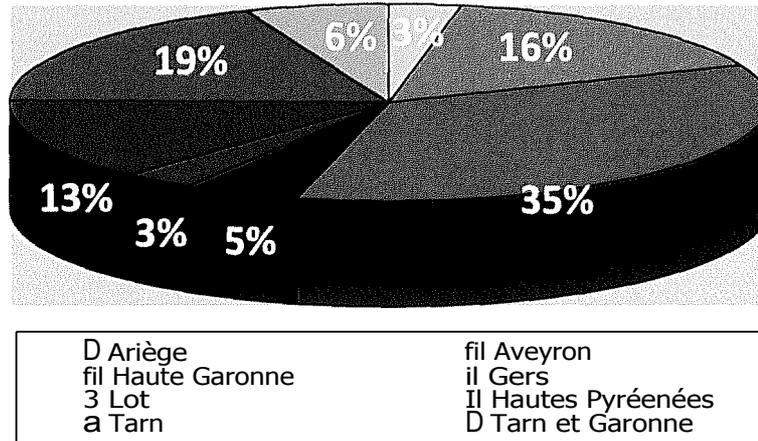


D Agricultrices	D Employées agricoles
D Ouvrières	D Artisans, commerçantes
D Fonctionnaires	ID Employées
D Profession libérale	a Cadres supérieures
ES Profession médicale ou paramédicale	ID Etudiantes
II Retraitées	EI Autres
II Sans profession	

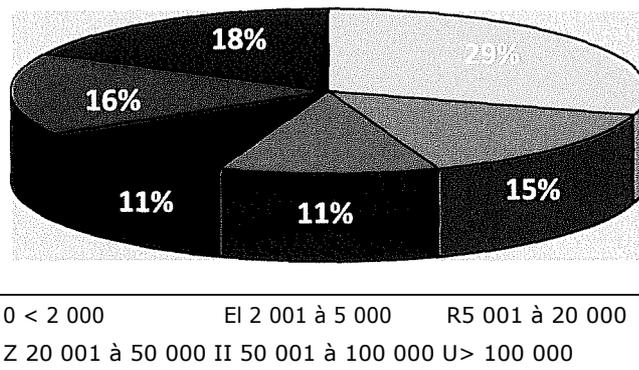
Graphique 2 : Patientes interrogées : Répartition par catégories socioprofessionnelle (%)

Les professions des patientes ont également été analysées, afin de s'assurer de la validité sur ce point de l'échantillon de population obtenu. Les catégories socioprofessionnelles

retenues sont celles traditionnellement utilisées par l'INSEE pour ses études démographiques. Les résultats, présentés dans le graphique 2 ci-après, démontrent l'hétérogénéité socioculturelle des patientes ayant participé à notre étude.



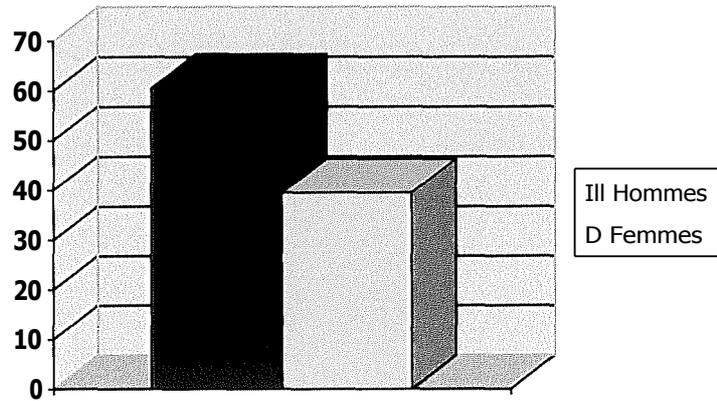
Graphique 3: Patientes interrogées : Répartition par département de résidence (%)



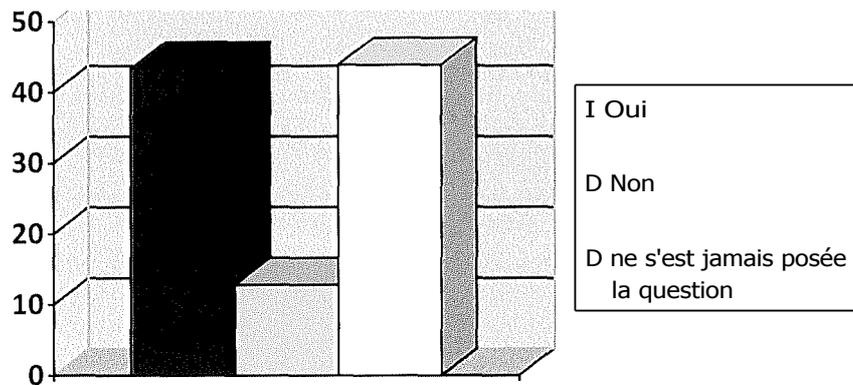
Graphique 4: Patientes interrogées : Population de la commune de résidence (%)

2. QUESTIONS MÉDICALES

La première question posée aux patientes concernait le sexe de leur médecin généraliste. Le résultat obtenu indique une majorité d'hommes (22 sur 37) parmi les médecins traitants des patientes interrogées.

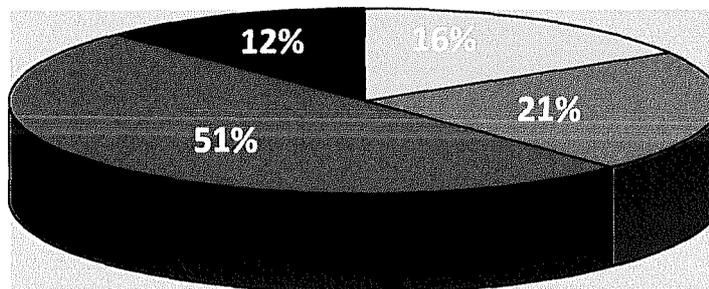


Graphique 5 : Patientes interrogées : Sexe du médecin généraliste traitant (/0)



Graphique 6: Patientes interrogées : connaissance du fait que leur médecin généraliste réalise des consultations gynécologiques (`)/0)

Nous pouvons voir que seulement 43% des patientes savent que leur médecin traitant réalise des consultations de gynécologie dans son cabinet. 12% pensent que cela n'est pas le cas, alors que tous les médecins ayant participé à l'étude ont signifié prendre en charge ce type de consultations. 44% des patientes interrogées ne se sont jamais posé la question de savoir si leur médecin généraliste pourrait répondre à une demande de consultation gynécologique.

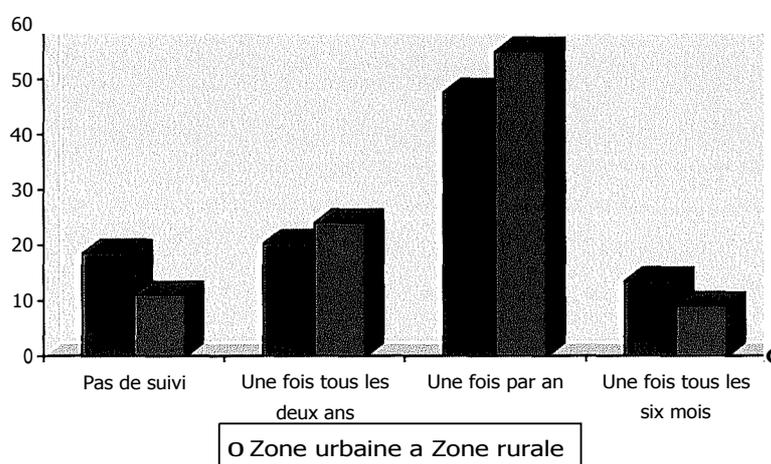


D Pas de suivi	E Une fois tous les deux ans
E Une fois par an	III Une fois tous les six mois

Graphique 7 : Patientes interrogées : Fréquence du suivi gynécologique (%)

Nous avons demandé aux patientes quelle était la fréquence de leur suivi gynécologique.

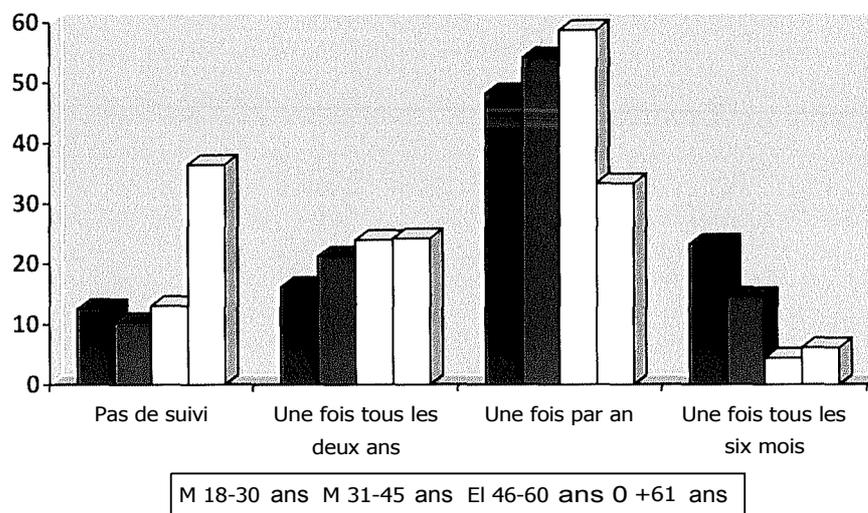
Nous constatons que 51% des patientes interrogées disposent d'un suivi annuel, mais que 16% d'entre elles déclarent ne pas avoir de suivi.



Graphique 8: Patientes interrogées : Fréquence du suivi gynécologique, comparaison entre zone urbaine et zone rurale (%)

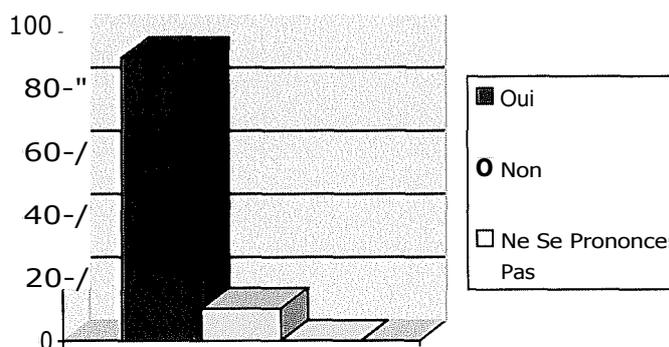
Nous avons étudié par suite la fréquence du suivi gynécologique en fonction du type de commune de résidence, en différenciant zone rurale et zone urbaine.

Nous constatons que les patientes de la zone rurale ont un suivi plus régulier que les patientes de la zone urbaine (respectivement 55% contre 47,6% pour le suivi annuel). De plus, nous voyons que dans notre groupe 18% des femmes en zone urbaine n'ont pas de suivi gynécologique contre seulement 11% en zone rurale.

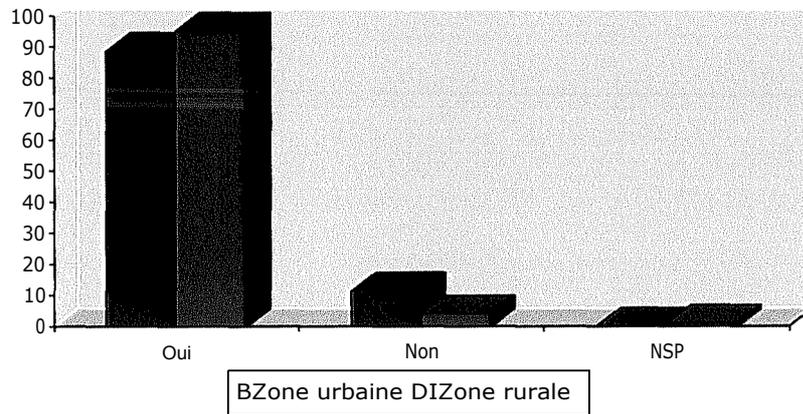


Graphique 9 : Patientes interrogées : Fréquence du suivi gynécologique, comparaison par tranches d'âge (%)

En examinant ce résultat par tranche d'âge, nous constatons que la régularité du suivi gynécologique annuel s'améliore progressivement (48% entre 18 et 30 ans, 54% entre 31 et 45 ans et 59% entre 46 et 60 ans). Toutefois, on observe également que les patientes n'ayant pas de suivi sont plus nombreuses dans la tranche des plus de 61 ans (36% des 68 femmes de plus de 61 ans interrogées).



Graphique 10: Patientes interrogées : Acte passé de frottis cervico-utérin

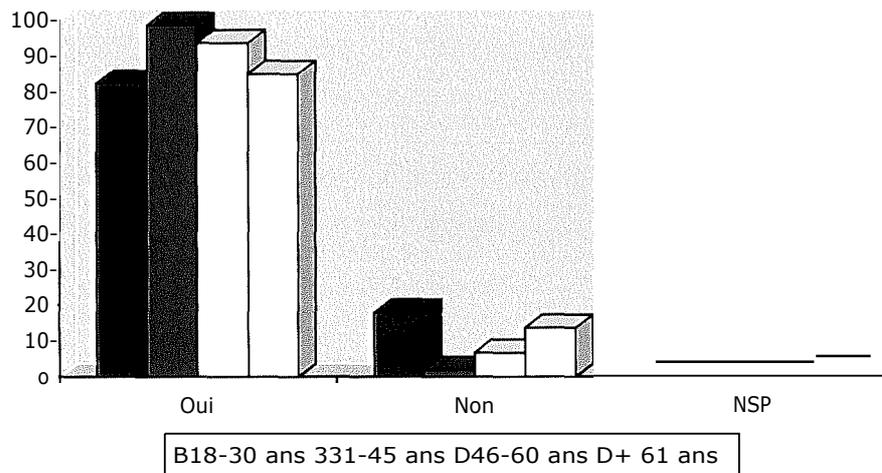


Graphique 11 : Patientes interrogées : Acte passé de frottis cervico-utérin, comparaison entre zone urbaine et zone rurale (%)

90% des femmes interrogées ont déjà eu un frottis cervico-utérin au cours de leur vie.

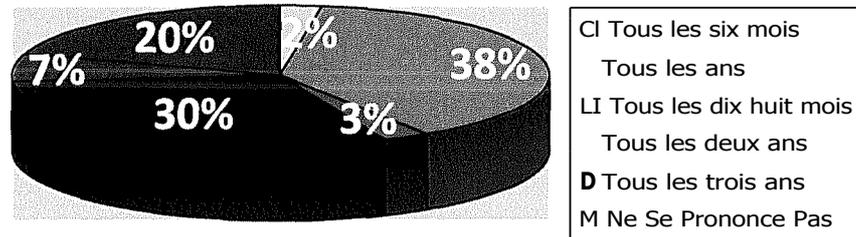
Nous constatons que les patientes demeurant en zone rurale ont un suivi gynécologique incluant un frottis cervico-utérin avec davantage de régularité.

Les patientes ayant répondu qu'elles n'avaient pas encore eu de frottis cervico-vaginaux, soit 9% du total, résident en majorité en zone urbaine.

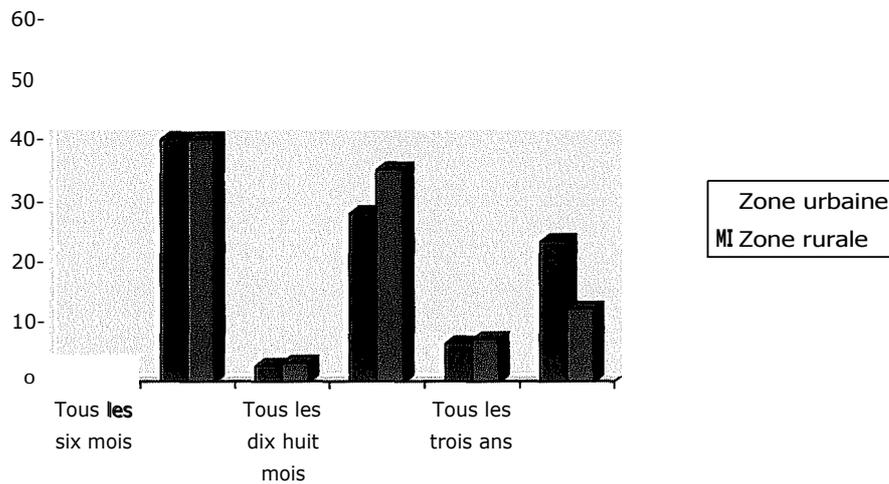


Graphique 12 : Patientes interrogées : Acte passé de frottis cervico-utérin, comparaison par tranches d'âge (%)

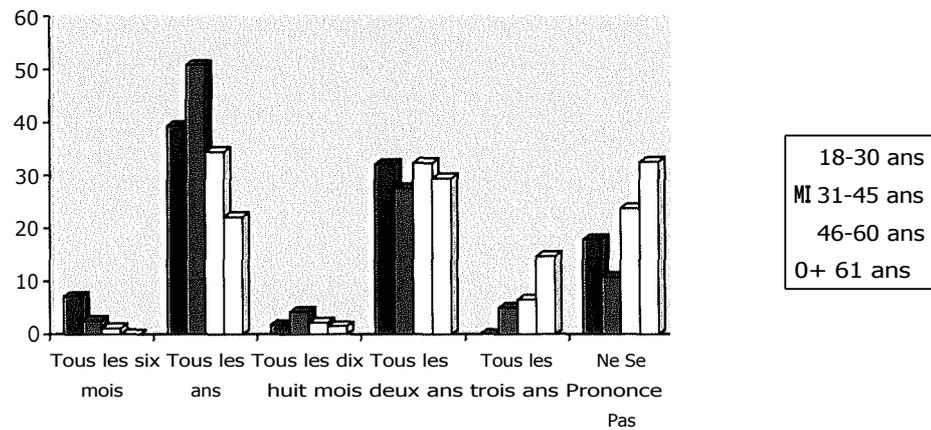
Le pic de fréquence des frottis cervico-vaginaux est atteint au regard des patientes âgées de 31 à 60 ans. Une part sensible (18%) des patientes plus jeunes déclarent ne jamais avoir réalisé cet examen.



Graphique 13 : Patientes interrogées : Fréquence du frottis cervico-utérin (/0)



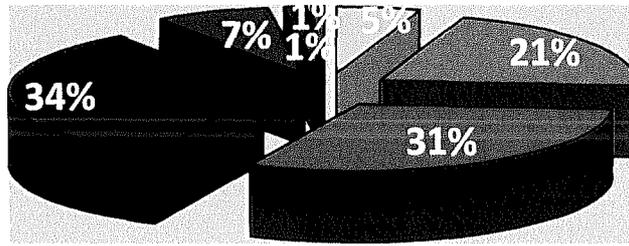
Graphique 14: Patientes interrogées : Fréquence du frottis cervico-utérin, comparaison entre zone urbaine et zone rurale (%)



Graphique 15 : Patientes interrogées : Fréquence du frottis cervico-utérin, comparaison par tranches d'âge %

Catégories de réponses	Motifs de consultation	Nombre total	Réponses (%)	zone urbaine (%)	zone rurale (%)	18-30 ans (%)	31-45 ans (%)	46-60 ans (%)	61+ ans (%)
<i>Sexualité</i>	Information sur la sexualité	34	2,3	2,4	2,1	7,9	2,2	1,6	0,7
	Troubles sexuels	37	2,5	2,6	1	7,9	2,3	2,2	0,7
	<i>Sous total Sexualité</i>	71	4,8	5	3,1	15,8	4,5	3,8	1,4
<i>Contraception et Grossesse</i>	Contraception (pilule, stérilet,...)	148	10,1	9,6	11,2	12,2	13,3	6,3	2
	Pilule du lendemain	49	3,3	3,7	2,3	4,5	4,4	1,4	0
	IVG	29	2	2,3	1,2	3,1	2	1,1	1,4
	Retard de règles	93	6,3	6,8	5,2	8,2	7,9	4,1	1,4
	Suivi de grossesse	64	4,4	4,2	4,7	6,8	5,2	1,6	2
	<i>Sous total Contraception et Grossesse</i>	290	22,5	26,6	24,6	34,8	32,9	14,4	6,8
<i>Pathologies</i>	Démangeaisons / Infections	125	8,5	8,8	7,7	6,8	8,6	10,3	6
	Saignements vaginaux	98	6,7	6,6	6,8	5,1	6,6	7,6	8,7
	Sensations de pesanteur, douleurs	100	6,8	6,6	7,6	6	6,1	7,4	10,7
	Dépistage ou traitement d'une IST	54	3,7	4	7,3	5,4	3,3	3,5	1,4
	Complications lors de l'allaitement	44	3	3	3	4,5	3,5	1,4	1,4
	<i>Sous total Pathologies</i>	421	28,7	29	32,4	20,4	28,2	30,2	28
<i>Prévention et examens de contrôle</i>	Vaccination contre le cancer du col de l'utérus	65	4,4	4,9	3,3	7,1	4,7	2,7	1,4
	Anomalie du sein	136	9,3	9,9	7,7	6,5	9,5	10,6	12
	Ménopause	143	9,7	9,4	10,5	3,1	6,8	17,2	19,3
	Examen systématique de surveillance	119	8,1	7,2	10,3	4,5	5,4	3,3	18
	<i>Sous total Prévention et examens de contrôle</i>	463	31,5	31,4	31,8	21,2	26,4	42,5	50,7
<i>Difficulté structurelle</i>	Temps d'attente pour l'obtention d'une consultation en cabinet de gynécologie	99	6,7	7,1	5,9	6,4	6,1	7,4	8
<i>Autres réponses</i>		20	1,4	1,1	2,1	0,6	1,3	1,6	2,7
<i>Ne se Prononce Pas</i>		11	0,7	0,6	1,2	0,8	0,5	0,3	2,7
	<i>Total</i>	1 468	100	100	100	100	100	100	100

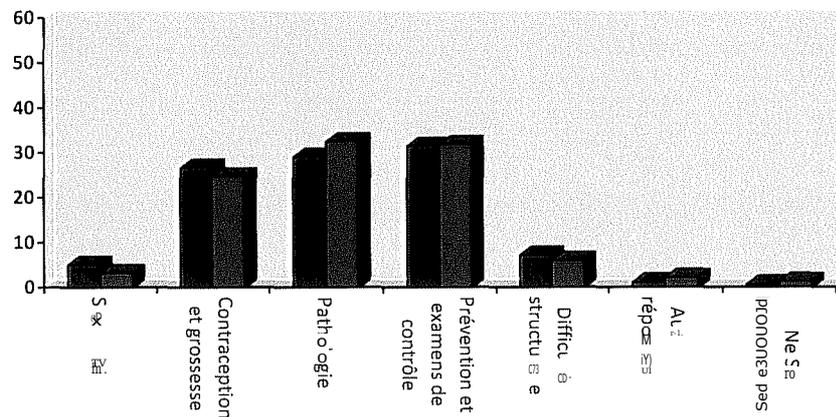
Tableau 3: Patientes interrogées : Motifs de consultation d'un médecin généraliste en matière de gynécologie



- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| D Sexualité | D Contraception et grossesse |
| M Pathologie | • Prévention et examens de contrôle |
| • Difficulté structurelle | • Autres réponses |
| • Ne Se Prononce Pas | |

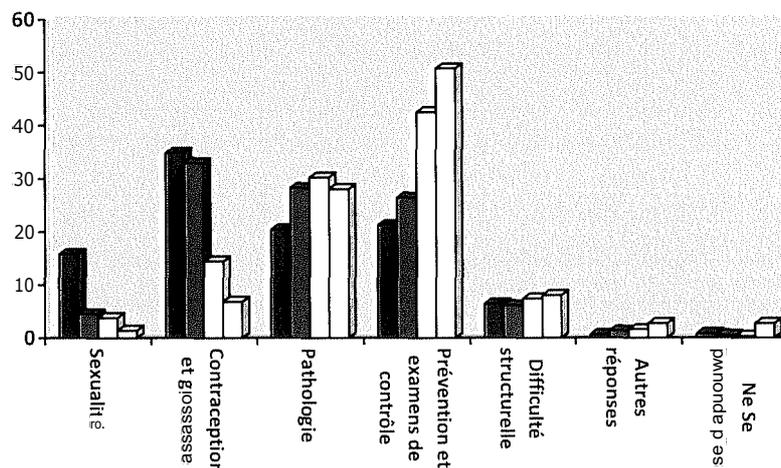
Graphique 16: Patientes interrogées : Motifs de consultation d'un médecin généraliste en matière de gynécologie (/0)

Là Zone urbaine D Zone rurale



Graphique 17 : Patientes interrogées : Motifs de consultation d'un médecin généraliste en matière de gynécologie, comparaison entre zone urbaine et zone rurale (%)

fi 1 8-30 ans •31-45 ans 046-60 ans D+ 61 ans

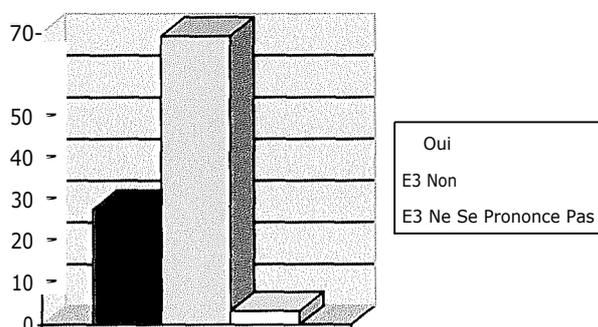


Graphique 18: Patientes interrogées : Motifs de consultation d'un médecin généraliste en matière de gynécologie, comparaison par tranches d'âge (/0)

Les motifs prédominants dans les consultations de médecine générale sont constitués des sous-ensembles « prévention et examens de contrôle » et « pathologies », motivant au total près de 60% des consultations.

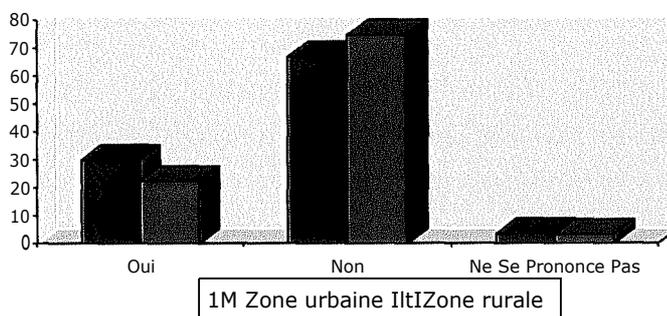
Les patientes résidant en zone urbaine consultent fréquemment pour des motifs liés à la sexualité ou à la contraception, alors que les aspects liés aux « pathologies » et au dépistage sont davantage sollicités en zone rurale.

On constate une notable évolution des motifs de consultation en fonction de l'âge des patientes. Les jeunes femmes âgées de 18 à 30 ans consultent souvent pour des informations sur la sexualité ou la contraception. Celles appartenant au groupe des 31-45 ans consultent plus fréquemment pour des questions liées aux examens de contrôle ou aux pathologies infectieuses. Ce groupe est également le dernier à manifester un fort pourcentage de consultations relatives à la contraception.



Graphique 19 : Patientes interrogées : consultation passée auprès d'un médecin généraliste pour une urgence gynécologique ((Vo)

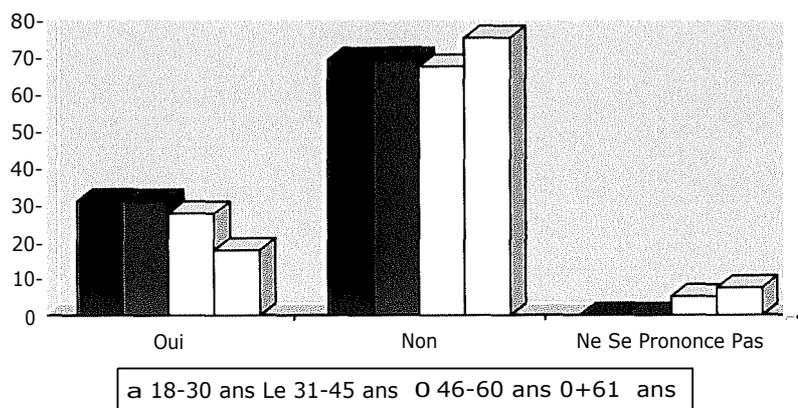
69% des patiente n'ont jamais eu recours à leur médecin généraliste pour une urgence gynécologique.



Graphique 20 : Patientes interrogées : consultation passée auprès d'un médecin généraliste pour une urgence gynécologique, comparaison entre zone urbaine et zone rurale (`)/0)

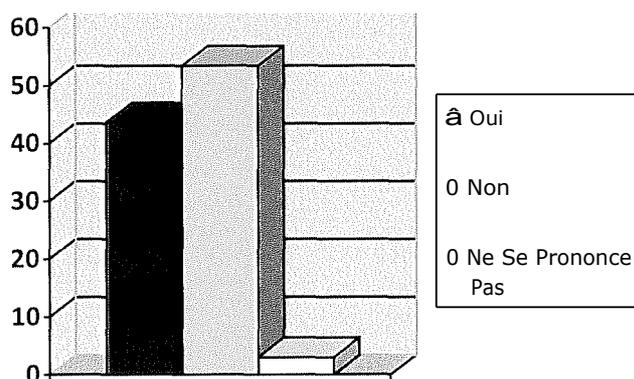
Les femmes ayant déjà eu recours à leur médecin généraliste traitant pour une urgence gynécologique résident plutôt en zone urbaine.

La population rurale ici interrogée semble à l'inverse se tourner préférentiellement en cas d'urgence gynécologique vers un spécialiste ou une autre structure plutôt que leur médecin généraliste.

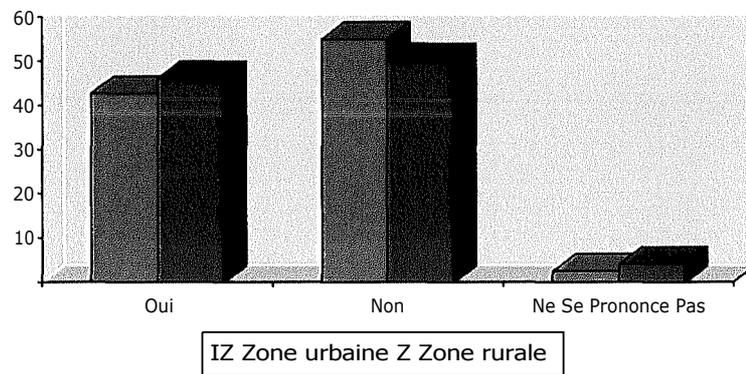


Graphique 21 : Patientes interrogées : consultation passée, auprès d'un médecin généraliste pour une urgence gynécologique, comparaison par tranche d'âge (%)

Ce sont en majorité les 18/45 ans qui ont déjà eu recours à leur généraliste pour une urgence gynécologique.



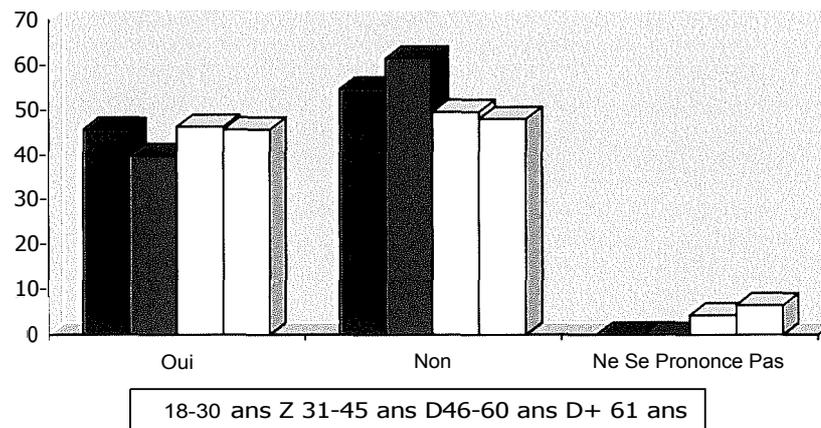
Graphique 22: Patientes interrogées : consultation passée auprès d'un médecin généraliste pour une consultation gynécologique non urgente (%)



Graphique 23 : Patientes interrogées : consultation passée auprès d'un médecin généraliste pour une consultation gynécologique non urgente, comparaison entre zone urbaine et zone rurale (%)

Contrairement aux résultats présentés dans le graphique 20, les données concernant les communes de résidence des patientes ayant consulté leur médecin généraliste pour un motif gynécologique non urgent habitent majoritairement en zone rurale.

La proportion des patientes résidant en zone urbaine et se montrant réfractaires à faire appel à leur médecin traitant en matière de gynécologie demeure importante.



Graphique 24: Patientes interrogées : consultation passée auprès d'un médecin généraliste pour une consultation gynécologique non urgente, comparaison par tranches d'âge (%)

Les plus réfractaires face à une consultation gynécologique non urgente chez leur médecin généraliste sont les femmes entre 31 et 45 ans. Le taux de femmes qui ont déjà eu une consultation gynécologique non urgente est stable dans le reste des sous groupes.

3. OUVERTURE VERS UNE AMÉLIORATION DES PRATIQUES

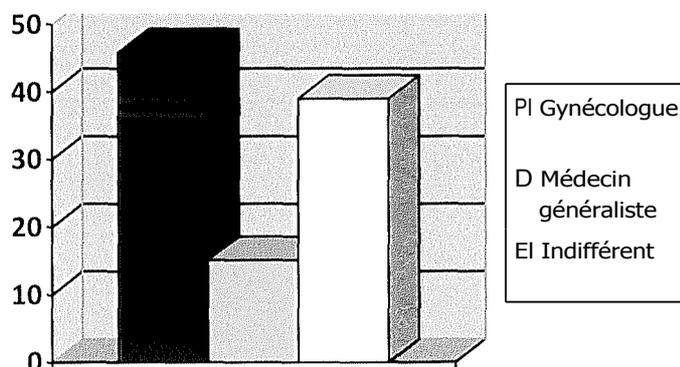
Motifs de refus	Nombre total	% global de réponse	% zone urbaine	% zone rurale	% 18 - 30 ans	% 31 - 45 ans	% 45 - 60 ans	% + 61 ans
Aucun	220	55,3	53,4	59,5	45,6	51	57,5	67,6
Homme	21	5,3	4,6	6,9	8,8	4,8	5,3	5,4
Difficulté face à l'intimité	45	11,3	11,7	10,3	10,3	11	10,6	13,5
Supposition d'une formation insuffisante	27	6,8	7,4	6,9	8,8	8,3	6,2	2,7
Relation patiente/médecin impropre	15	3,8	3,9	3,4	4,4	3,4	4,4	2,7
Ignorance de la possibilité d'une telle consultation	49	12,3	13,1	10,3	16,2	14,5	11,5	5,4
Ne Se Prononce pas	13	3,3	3,2	3,4	1,4	4,8	2,6	2,7
Autres réponses	8	1,9	2,5	0,9	4,4	2	1,7	0

Tableau 4: Patientes interrogées : Motifs de refus d'une consultation d'un médecin généraliste en matière de gynécologie

De manière générale, 53% des patientes déclarent qu'elles n'hésiteraient pas le cas échéant à consulter leur médecin généraliste pour un motif de gynécologie.

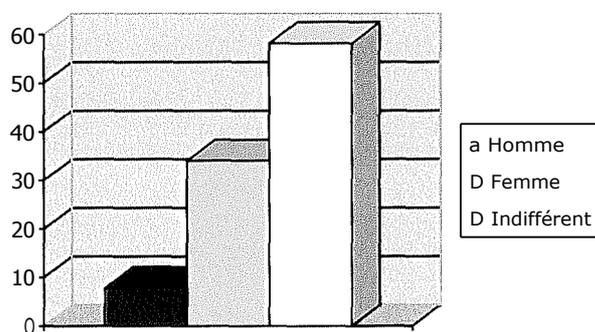
L'ignorance de la possibilité d'une telle consultation est soulignée par plus de 12% des patientes en moyenne, ce qui suggère un manque d'information. Par ailleurs, certaines patientes manifestent une forme de pudeur qui entrave leur disposition à demander de telles consultations à leur médecin de famille, connu depuis de nombreuses années (environ 11% des patientes soulignent une difficulté liée à leur intimité).

Le fait que le médecin généraliste soit un homme semble peu gênant pour les femmes sauf pour la tranche d'âge la plus jeune, mais cette différence est peu marquée.

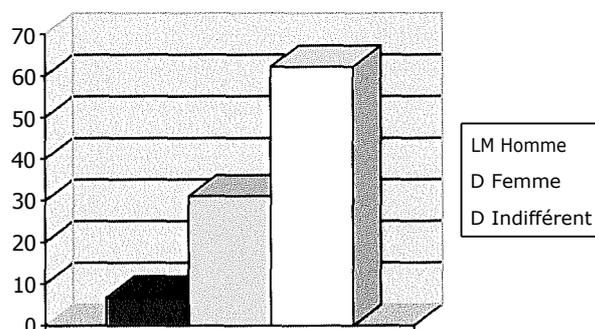


Graphique 25: Patientes interrogées : Préférence entre gynécologue et médecin généraliste en matière de consultation gynécologique (%)

Une grande partie des patientes préfère spontanément se tourner vers un gynécologue spécialiste (45%) mais une part non négligeable d'entre elles déclare n'avoir aucune préférence en la matière.



Graphique 26 : Patientes interrogées : Préférence entre médecin masculin ou féminin en matière de consultation gynécologique (/o)



Graphique 27: Patientes interrogées : Préférence entre médecin masculin ou féminin en matière de consultation gynécologique parmi les patientes envisageant de consulter un médecin généraliste (%)

Le sexe du médecin consulté est en revanche plus discriminant. Une très large majorité des patientes se déclare il est vrai indifférente en la matière, mais un nombre sensible d'entre elles (environ 30%) manifeste une nette préférence en faveur d'un médecin féminin.

Motifs de changement d'opinion	Nombre total	% global de réponse	% zone urbaine	% zone rurale	% 18-30 ans	% 31-45 ans	% 46-60 ans	% 61+ ans
Meilleurs délais d'attente	75	19,1	18,8	20	18,7	22,1	17,3	15,2
Médecin généraliste référent de soins	48	12,2	11,7	13,7	11,5	12,1	12,2	13,6
Autre médecin généraliste du même cabinet	16	4,1	4	4,2	2,1	4,3	6,1	3
Organisation spécifique du planning des consultations	36	9,2	10,4	5,3	11,5	9,3	8,2	7,6
Médecin généraliste est une femme	44	11,2	10,7	12,6	11,6	7,1	15,3	12,1
Médecin généraliste ayant reçu une formation spécifique	82	20,9	22,5	15,8	21,5	22,1	17,3	21,2
Renforcement de la relation de confiance	38	9,7	10,1	8,4	11,6	7,8	9,2	13,6
Ne se prononce pas	47	12	10,4	16,8	11,5	12,1	11,2	13,6
Autres réponses	7	1,6	1,3	3,2	0	3,1	3	0

Tableau 5: Patientes interrogées : Motifs de changement d'opinion quant à l'acceptation d'une consultation gynécologique au sein du cabinet de médecine générale

Lorsqu'on étudie les raisons qui pourraient encourager les patientes à se tourner plus volontiers vers leur médecin généraliste pour des consultations gynécologiques, les réponses obtenues présentent une notable homogénéité quel que soient les sous-ensembles examinés (zone rurale/zone urbaine ou division par tranches d'âge).

V. DISCUSSION

1. LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Il importe en premier lieu de souligner les limites et biais divers inhérents à la méthodologie d'étude choisie.

Nous pouvons constater un manque de participation important des médecins du Lot et de l'Ariège (un seul participant pour chacun de ces départements), et ceci bien que le nombre de questionnaires envoyés dans chaque département ait été initialement déterminé en tenant compte des données démographiques récentes. Ce fait a entraîné une sous-représentation des populations de ces départements dans notre étude.

Bien que les questionnaires initiaux aient été envoyés à un nombre identique de médecins hommes et de médecins femmes, cette équivalence n'a pas été préservée en raison de la plus faible proportion de médecins femmes ayant souhaité participer à notre étude (15 sur 37 médecins au total). Ce résultat toutefois est conforme à la structure actuelle de la population médicale²⁷.

Mis en perspective avec les données démographiques publiées par l'INSEE en 2009²⁸, le corpus présente une surreprésentation des patientes âgées de 31 à 45 ans, et une sous-représentation des patientes de plus de 61 ans (peut être en raison d'une sélection plus ou moins consciente des patientes sollicitées pour l'étude dans les cabinets). L'ensemble, cependant, demeure proche de la structure démographique réelle de la population féminine de Midi-Pyrénées et donc de la patientelle moyenne des cabinets de médecine générale.

²⁷ 44% des médecins généralistes français étaient des femmes en 2009. CNOM, *Atlas de la population médicale*, 2009.

²⁸ Selon les données les plus récentes de l'INSEE, en 2009, 20,2% des Françaises vivant en Midi-Pyrénées avaient un âge compris entre 18 et 30 ans, 21,5% entre 31 et 45 ans, 23,9% entre 46 et 60 et 34,4% de plus de 61 ans.

La surreprésentation des patientes relevant de la profession d' « employées » (graphique 3) n'est qu'apparente, puisque cette catégorie socioprofessionnelle est généralement celle choisie par les personnes interrogées exerçant une activité salariée et ne parvenant pas à choisir une catégorie socioprofessionnelle plus précise parmi celles proposées.

Il y a possiblement eu un biais de compréhension pour certaines femmes dans la catégories des plus de 61 ans. L'examen mammographie, par exemple, a-t-il été implicitement pris en compte dans la notion de « consultation gynécologique » par ce groupe de patientes ? La questions mérite d'être posée, compte tenu des campagnes de dépistage de masse concernant les femmes de plus de 54 ans qui auraient dû mécaniquement impacter cette catégorie statistique. De plus, les médecins généralistes interrogés déclarent réaliser fréquemment ce type d'examen ²⁹.

Par souci d'exhaustivité, nous n'avons pas éliminé de notre étude les patientes les plus jeunes n'ayant pas encore bénéficié d'un examen gynécologique. Ce choix a cependant entraîné un biais dans les résultats présentés pour cette tranche d'âge dans le graphique 12 (18% des patientes de 18-30 ans déclarant ne pas avoir eu de frottis dans les trois ans précédents). Le résultat de même type concernant les femmes de plus de 61 ans n'a quant à lui pu être clairement explicité. S'agit-il de patientes ayant cessé leur suivi gynécologique ? Ont-elles omis de répondre car elles doutaient de la date de leur dernier examen ?

2. APPORTS DU TRAVAIL

A. Les données démographiques

Compte tenu du nombre de médecins généralistes initialement sollicité dans le cadre de cette étude (100), le taux de réponses obtenu (37) peut être considéré comme significatif.

Dans notre étude, 29% des patientes interrogées résident en zone rurale, c'est-à-dire, selon la définition officielle de l'INSEE, dans une commune dont la population totale est inférieure à 2 000 habitants agglomérés. 18% des patientes interrogées habitent une commune de plus de 100 000 habitants, ce qui ne laisse qu'une unique possibilité, puisque, en Midi-Pyrénées,

²⁹ Voir Annexe 23, tableau 2.

seule la ville de Toulouse atteint une telle population. Le reste de la population interrogée se répartit de façon relativement homogène parmi les grandes, moyennes et petites communes urbaines.

La répartition par département de résidence des patientes interrogées est assez disparate, compte tenu de l'implantation géographique des médecins sollicités et de ceux ayant souhaité participer à notre enquête. La Haute Garonne est le département de résidence dominant, mais la majorité des patientes interrogées (65%) demeurent dans un autre des départements de la région. Le corpus d'étude peut ainsi être considéré comme significatif sur ce point.

Les médecins ayant participé à notre étude se situent pour 48% dans la tranche d'âge des 41-54 ans et 33% d'entre eux ont plus de 55 ans¹, ce qui est conforme à la structure actuelle de la population médicale, dont l'âge moyen en 2009 est de 50 ans à l'échelle nationale et de 51 ans en Midi Pyrénées³¹.

B. Les questions médicales

Remarquons en tout premier lieu que le fait que les motifs de consultation gynécologique déclarés par les patientes sont corrélés aux estimations réalisées par les médecins généralistes ayant participé à notre étude (voir graphique 16 et Annexe 23, tableau 2), ce qui constitue une indication empirique quant à la sincérité et la cohérence des données collectées dans le cadre de notre analyse statistique.

Les médecins ayant participé à notre étude exercent en libéral pour 90% d'entre eux. 72% font partie d'une structure collective, mais la corrélation entre les réponses formulées par les patientes d'une part, par les praticiens d'autre part suggère que chaque médecin a bien conservé ses propres questionnaires et ne les a pas distribués à ces confrères afin d'en accélérer le traitement, au risque de générer un biais d'étude.

Dans notre corpus d'étude, 75% des patientes interrogées déclarent effectuer des frottis cervico-utérin avec une fréquence comprise entre 6 mois et 2 ans (graphique 15). La plupart

³⁰ Voir Annexe 23, graphique 1.

³¹ CNOM, *Atlas de la population médicale*, 2009.

adoptent donc une fréquence de suivi de ce type nettement supérieure aux recommandations officielles³² relatives à la fréquence du suivi cervico-utérin, qui préconisent qu'après deux frottis à un an d'intervalle n'ayant rien révélé d'anormal, la fréquence de suivi doit être d'un frottis tous les trois ans. Nous notons à l'inverse que 20% des patientes ne connaissent pas la fréquence de leur frottis, ce qui suggère que celui-ci est irrégulier et donc là encore potentiellement incompatible avec les recommandations précédemment mentionnées. Ces données engagent à envisager l'hypothèse de l'existence de certaines lacunes dans l'information dispensée auprès des patientes et dans les suivis mis en oeuvre.

Nous pouvons aussi remarquer que 16% des patientes interrogées n'ont pas de suivi gynécologique, bien que l'offre de soins actuellement proposée en Midi Pyrénées soit importante. Ce fait constitue le signe indirect d'un manque de sensibilisation d'une partie de la population féminine quant à l'importance d'un suivi gynécologique régulier. Selon notre corpus d'étude, les patientes résidant en zone urbaine sont moins suivies que celles vivant en zone rurale (graphique 8), ce qui est paradoxal par rapport à l'offre de soins actuelle.

69% des patientes n'ont jamais eu recours à leur médecin généraliste pour une urgence gynécologique (graphique 19), mais ce résultat peut probablement s'expliquer en partie par une divergence de représentations entre les patientes sur ce qui constitue ou non une urgence gynécologique, qui a pu induire une hésitation quant à la réponse à donner à cette question.

D'après le graphique 20, nous pouvons déceler le fait que les patientes vivant en milieu rural — qui disposent pourtant d'une offre de soins moins importante — ne consultent pas leur médecin généraliste pour une urgence gynécologique, mais tentent de trouver une autre solution. Les femmes ayant déjà eu recours à leur médecin généraliste traitant pour une urgence gynécologique résident ainsi plutôt en zone urbaine, là où pourtant se concentre une grande partie de l'offre médicale en matière de gynécologues.

On pouvait supposer que les patientes appartenant à la tranche d'âge la plus haute avait recours à leur médecin généraliste plus facilement en cas d'urgence gynécologique, mais cette hypothèse semble infirmée par les réponses obtenues, puisqu'elles manifestent une réticence similaire aux patientes plus jeunes (voir graphique 21).

³² Haute Autorité de Santé, *Guide Affection Longue Durée— Cancer invasif du col utérin*, 2010.

Nous notons (graphiques 19 et 22) qu'en cas de consultation non urgente pour un motif de gynécologie, il y a toujours une forte réticence des patientes à consulter leur médecin généraliste, mais celle-ci est sensiblement moins importante (54% contre 69% dans le cas d'une consultation urgente). Ceci suggère que les patientes estiment leur médecin généraliste moins apte à les prendre en charge pour ce qu'elles jugent constituer au regard de leurs représentations ou de celles de leur entourage — et peut être parfois à tort — des « urgences » gynécologiques. On peut ici probablement percevoir un doute latent des patientes quant aux compétences des médecins généralistes pour les actes gynécologiques « importants. » Cette tendance est particulièrement marquée chez les patientes âgées de 31 à 45 ans (voir graphique 23), c'est-à-dire celles les plus exposées aux situations liées aux thématiques centrales grossesse (prénatale et postnatale) et de la pré-ménopause.

Selon les résultats présentés dans le tableau 3 (« motifs de consultation d'un médecin généraliste en matière de gynécologie »), les difficultés structurelles d'accès à un spécialiste ne semblent pas réellement constituer une gêne pour les patientes au vu des réponses formulées. Il convient toutefois de rappeler — ceci a été souligné précédemment — que ce type de difficultés est appelé à s'accroître au cours des prochaines années.

C. Ouverture : vers une amélioration des pratiques

La comparaison des résultats de notre étude révèle un paradoxe qui s'avère n'être qu'apparent. En effet 53% des femmes déclarent « qu'elles n'hésiteraient pas à consulter leur médecin traitant » (tableau 4) alors que 45% d'entre elles indiquent dans le même temps préférer une consultation avec un gynécologue si elles bénéficiaient librement de cette possibilité (graphique 25). On retrouve ici la préférence marquée des patientes en faveur des spécialistes, implicitement considérés dans les représentations intériorisées par les patientes comme plus compétents dans le domaine d'exercice considéré.

Soulignons ici que 56% des patientes interrogées déclarent ne pas s'être demandé si leur médecin généraliste pratiquait des consultations gynécologiques ou être persuadées que tel n'est pas le cas (voir graphique 6), ce qui semble bien suggérer qu'une sensible proportion des femmes ne considèrent pas systématiquement le médecin généraliste comme pouvant être sollicité pour des consultations de ce type.

Nous notons d'ailleurs que 12% des patientes suggèrent un manque d'information sur le fait que leur médecin généraliste effectue ou non des consultations de gynécologie (voir tableau

4). Ce chiffre est en adéquation avec les réponses des médecins ayant participé à l'étude, qui voient, pour 42% d'entre eux, dans une meilleure information des patientes un possible moyen d'amélioration de la vision de ces dernières sur leur aptitude à réaliser ces consultations³³.

Le sexe du médecin généraliste influe peu sur le choix des patientes, qui se déclarent indifférentes à cet aspect pour 60% d'entre elles environ (graphiques 26 et 27).

Les patientes, pour 21% d'entre elles, seraient rassurées de savoir que leur médecin généraliste ait bénéficié d'une formation spécifique en gynécologie. 60% des médecins ayant participé à notre étude ont suivi une telle formation³⁴. Or, le croisement des données obtenues montrent que 53 des 337 patientes interrogées (voir tableau 5) ignorent que leur médecin généraliste a effectivement reçu la formation complémentaire qu'elles appellent de leurs vœux.

Par ailleurs, un délai d'attente plus long dans les cabinet de gynécologie encouragerait plus de femmes à consulter leur médecin généraliste (75 patientes sur 337 interrogées, voir tableau 5). Compte tenu de l'évolution prévisible de la population médicale précédemment évoquée, une large proportion d'entre elles sera effectivement amenée à une telle alternative.

Bien que ne constituant pas le coeur de notre étude, les données collectées auprès des médecins généralistes y ayant participé recèlent des données qui corroborent une partie des remarques précédentes.

On constate tout d'abord qu'en matière de gynécologie la formation initiale des médecins interrogés présente des facteurs d'hétérogénéité, liés au centre universitaire de formation d'une part, à l'époque de suivi du cursus, d'autre part. La formation spécifique reçue en internat par 22% des médecins interrogés, par exemple, n'a de fait pu bénéficié qu'aux seuls praticiens formés en 2004 et ultérieurement³⁵.

89% des médecins ne jugent pas nécessaire d'adopter une organisation spécifique pour les consultations à motifs gynécologiques³⁶.

³³ Annexe 23, graphique 11.

³⁴ Annexe 23, graphique 9.

³⁵ Annexe 23, graphique 8.

³⁶ Annexe 23, graphique 7.

L'équipement des cabinets de médecine générale. face aux besoins spécifiques des consultations gynécologiques apparaît satisfaisant pour les éléments basiques (spéculum à usage unique et doigtiers dans 90% des cas, par exemple ³⁷). 75% des médecins sont informatisés ³⁸, ce qui leur permet de déterminer plus aisément les fréquences des suivis gynécologiques de leurs patientes et d'assurer une meilleure régularité des actes nécessaires. On remarque que les anciennes méthodes de prélèvement des frottis cervico-vaginaux (spatule d'Ayre et étalement sur lame avec fixation) semblent toujours emporter l'adhésion des praticiens, qui les préfèrent aux méthodes plus récentes (Cervex Brush présent dans 58% des cabinets et milieu liquide dans seulement 36% ³⁹).

Les difficultés principales des médecins généralistes face à la consultation gynécologique sont la réticence des patientes (ce qui corrobore les résultats principaux de notre étude), un déficit de formation et un manque d'expérience face à certains gestes spécifiques ⁴⁹.

³⁷ Annexe 23, tableau 1.

³⁸ *Idem.*

³⁹ *Ibidem.*

⁴⁰ Annexe 23, graphique 10.

VI. CONCLUSION

Bien que la région Midi-Pyrénées dispose à ce jour d'une offre de soins plus importante que d'autres régions françaises moins bien loties, notre étude a contribué à mettre en lumière un certain nombre de difficultés appelées à s'affirmer au cours des prochaines années.

L'augmentation de la moyenne d'âge des gynécologues médicaux et obstétriques en activité, en effet, engendrera dans un futur proche des difficultés structurelles dans l'offre de soins, qui diminuera.

La population féminine démontre pourtant une tendance — assimilable par certains aspects à un phénomène transgénérationnel — à privilégier la consultation d'un gynécologue en tant que médecin de premier recours. Les patientes, de plus, ne semblent pas avoir réellement pris conscience des difficultés à venir pour accéder aux spécialistes. Il est à craindre qu'une part d'entre elles ne soit tentée de cesser tout suivi, ou ne l'envisage de façon plus irrégulière. Le rôle de conseil des médecins généralistes sensibilisés à cette question sera ici essentiel, mais leurs actes concrets de prise en charge de ce type de consultation le sera tout autant, afin de contribuer à désengorger les cabinets surchargés des gynécologues médicaux et obstétriques et de travailler en collaboration afin d'avoir un parcours de soins coordonné, dans un souci non pas de concurrence mais d'efficacité et d'intérêt des patientes.

Les motifs de consultation gynécologique sont très variés, mais nombre d'entre eux relèvent de problématiques de santé publique (contraception, suivi de grossesse, dépistages,...). Ce fait rend impérieuse la nécessité de palier le déficit de spécialistes par la mise en contribution accentuée des médecins généralistes, afin de continuer à offrir une qualité de prévention, de prise en charge et de suivi à la population.

Le médecin généraliste occupe une place clef dans l'organisation des soins en raison de la spécificité de son rôle dans le champ des relations patientes-professionnels de santé. Par sa connaissance du passé médical de ses patientes, des contextes socioéconomiques, des éléments psychologiques et familiaux, il possède un certain avantage au regard des médecins spécialistes. Il est bien entendu de sa responsabilité de faciliter les diagnostics et décisions des spécialistes en leur confiant toutes les informations utiles.

Mais notre étude contribue à souligner qu'il est probablement nécessaire d'aller au-delà de ces recommandations déjà observées par une part sensible des professionnels de santé concernés. Considérant les réticences exprimées par les patientes, il apparaît indispensable

que les médecins généralistes anticipent les obstacles inhérents aux représentations parfois erronées de leur patientelle en explicitant directement leur capacité à prendre en charge la plupart des situations gynécologiques. Cette indication pourrait par exemple être donnée à l'occasion d'une consultation générale, ou faire suite à une première information dispensée par l'intermédiaire d'une affiche ou d'un dépliant mis à la disposition des patientes dans les salles d'attente. Délivrer un tel message apparaît incontournable, afin de ne pas entretenir l'idée semble-t-il courante selon laquelle une « urgence » gynécologique nécessite obligatoirement l'intervention d'un gynécologue. L'accentuation de l'information transmise aux patientes en la matière pourrait de plus contribuer à préciser dans leur esprit les contours de la notion « d'urgence gynécologique » et d'éviter ou du moins atténuer les risques d'une mauvaise appréciation des situations. On retrouve ici la problématique essentielle de l'éducation pour la santé, dans laquelle le médecin généraliste, en matière gynécologique notamment, doit assumer toute la place qui lui incombe, et sera amené à le faire avec une acuité croissante dans le futur.

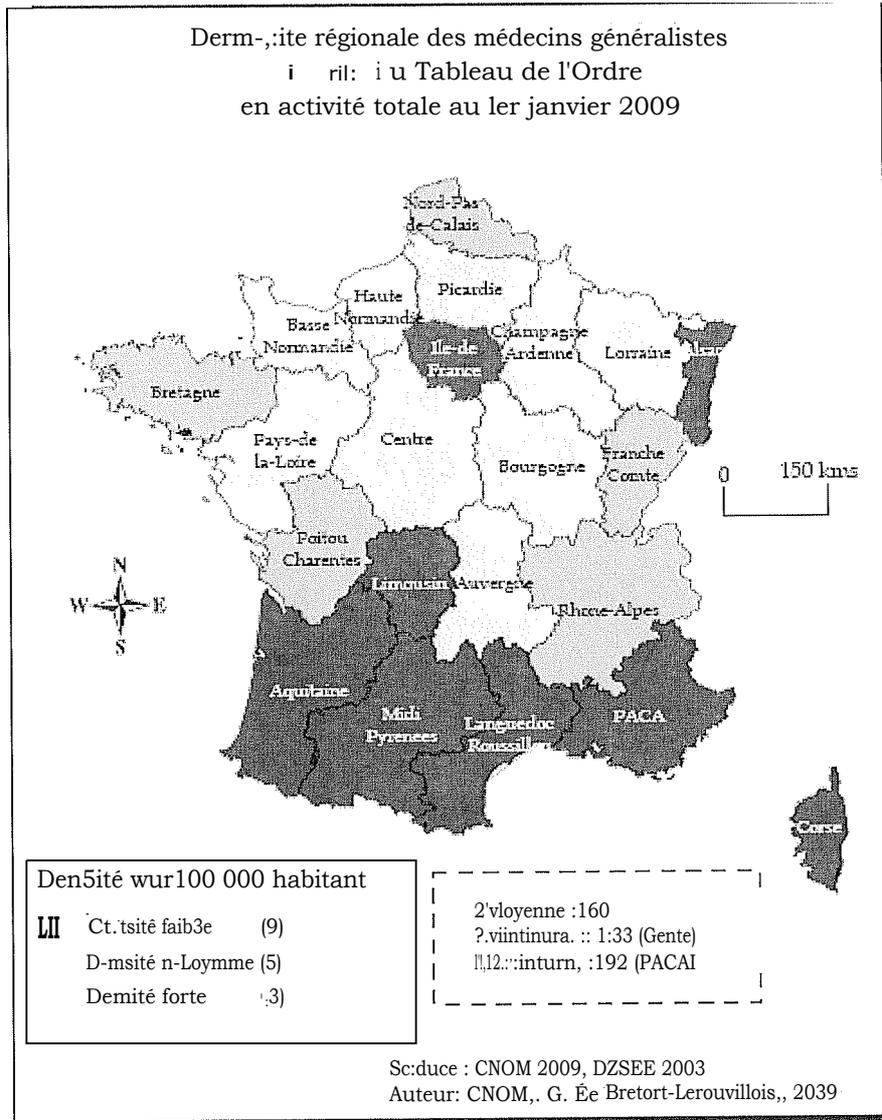
La féminisation progressive de la profession actuellement en cours facilitera probablement l'établissement de relations médecin-patient favorables à ce type de dialogue. Mais il convient toutefois de souligner, comme notre étude l'a démontré, que la confiance des patientes en matière gynécologique est avant tout liée à la compétence explicitement démontrée par le professionnel de santé et non à son statut (généraliste/spécialiste) ou à son sexe.

Un autre volet de mesures envisageables concerne probablement les médecins eux-mêmes, et en particulier leur formation, au sein de laquelle des formations pratiques obligatoires plus nombreuses pourrait compléter les enseignements théoriques. Toutefois, chaque médecin généraliste s'adaptera aux demandes des patientes et fera ses choix suivant ses centres d'intérêts et ses décisions en matière d'orientation professionnelle. La mention directe sur les plaques des cabinets et/ou sur les ordonnances de la possession d'une formation complémentaire reconnue par l'Ordre des Médecins — à l'image de la mention « médecin du sport » déjà utilisée — pourrait s'avérer bénéfique et contribuer à renforcer la confiance spontanée des patientes envers leur médecin traitant pour ce type de consultation.

Il serait enfin souhaitable de voir être réalisées d'autres études dans d'autres régions afin de confirmer — ou de nuancer — les conclusions de notre analyse.

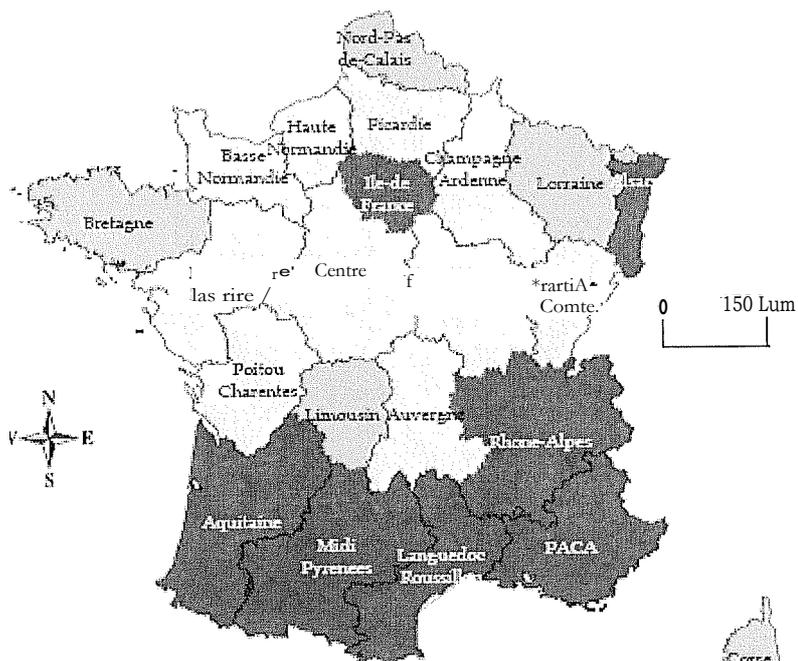
AN I\IE ES

ANNEXE 1



ANNEXE 2

Densité régionale des médecins spécialistes
inscrits au Tableau de l'Ordre
en l'année au 1er janvier 2009



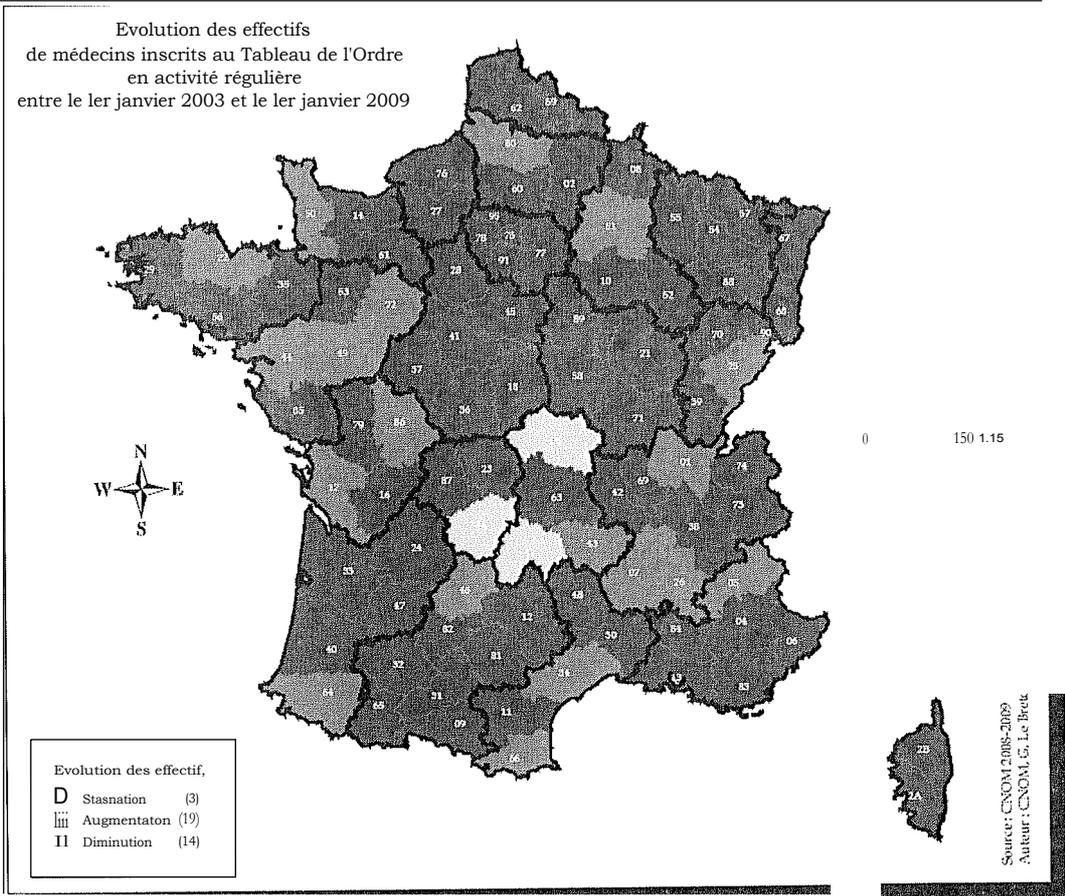
Densité pour 100 000 habitants	
f	Densité faible (1.0)
D	Densité moyenne (0.5)
I	Densité forte

Moyenne : 153	
112 (Picardie)	
233 (Île-de-France)	I

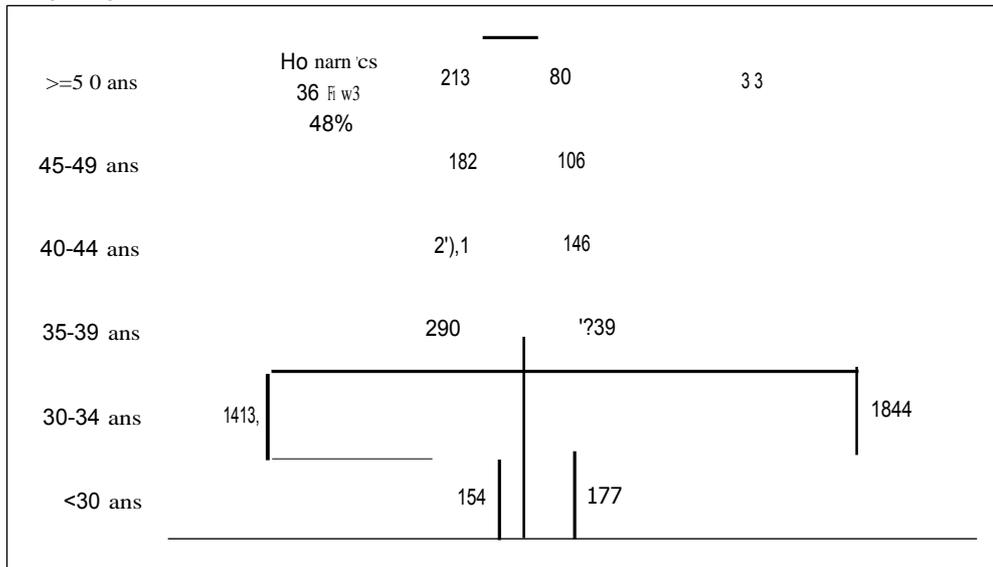
Source : CNLVI 2009, INSEE 2005
Auteur CNOM, G. Le Breton-Larouillois, 2009

ANNEXE 3

Carte n°3 : Évolution des effectifs en activité régulière entre le 1 er janvier 2008 et le 1 er janvier 2009

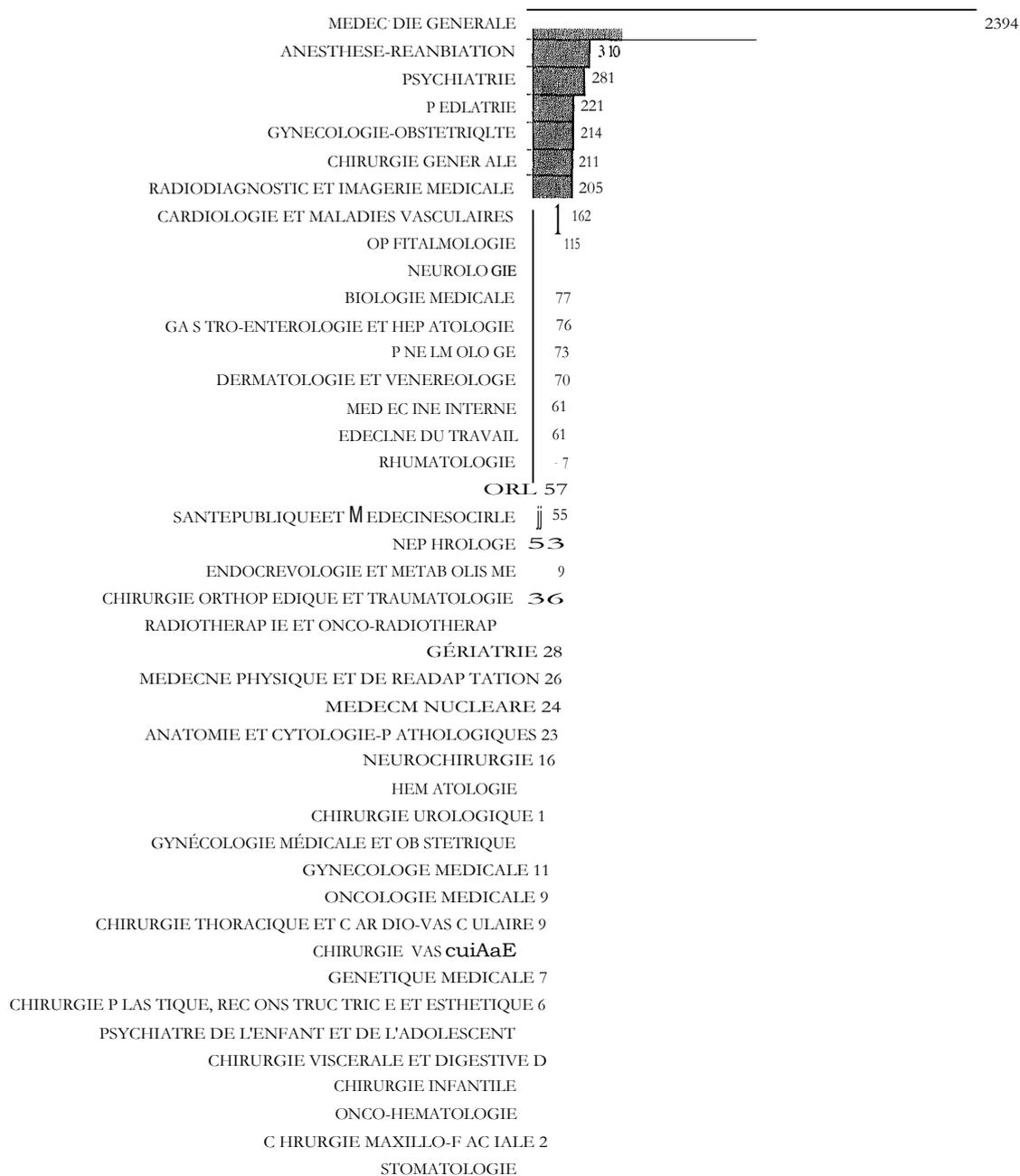


Graphique n°5 Pyramide des âges des nouveaux inscrits au 1 er janvier 2009



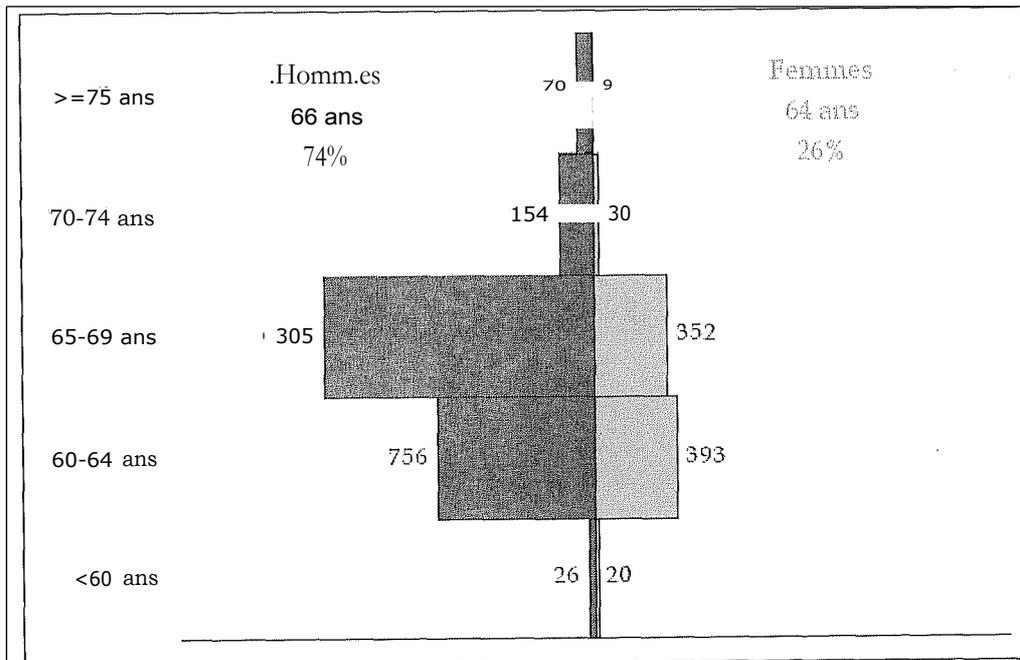
ANNEXE 4

Graphique n°7 : Effectifs des nouveaux inscrits par spécialité

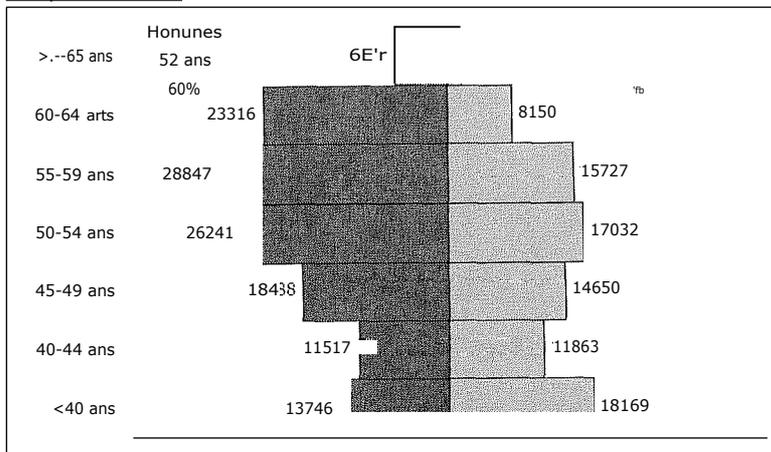


ANNEXE 5

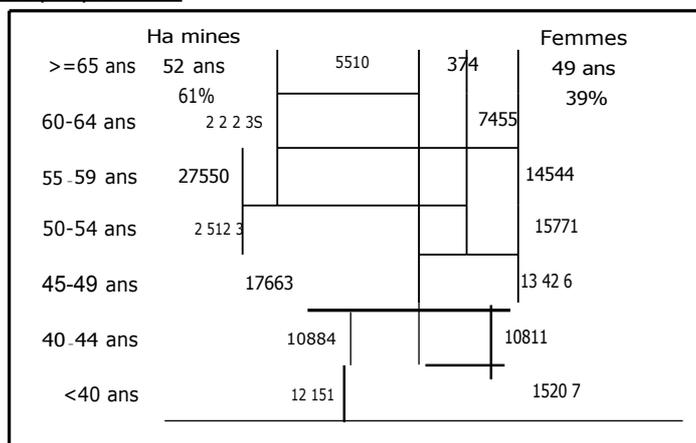
c ric 8 : Pyramide des âges des départs à la retraite



Graphique n°11 : Pyramide des âges des 216 017 médecins inscrits en activité totale (France entière)



Graphique n°12: Pyramide des âges des 199 736 médecins inscrits en activité régulière (France entière)



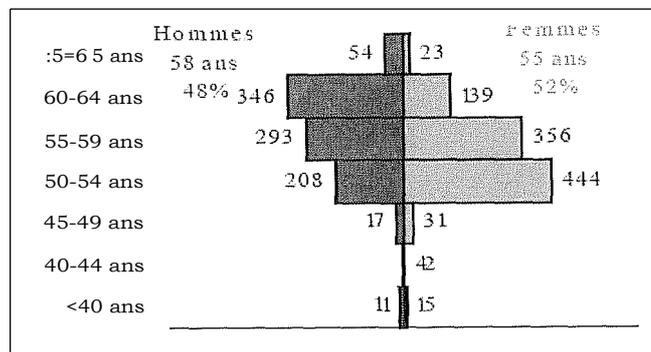
ANNEXE 6

21 - GYNECOLOGIE MEDICALE ET OBSTETRIQUE

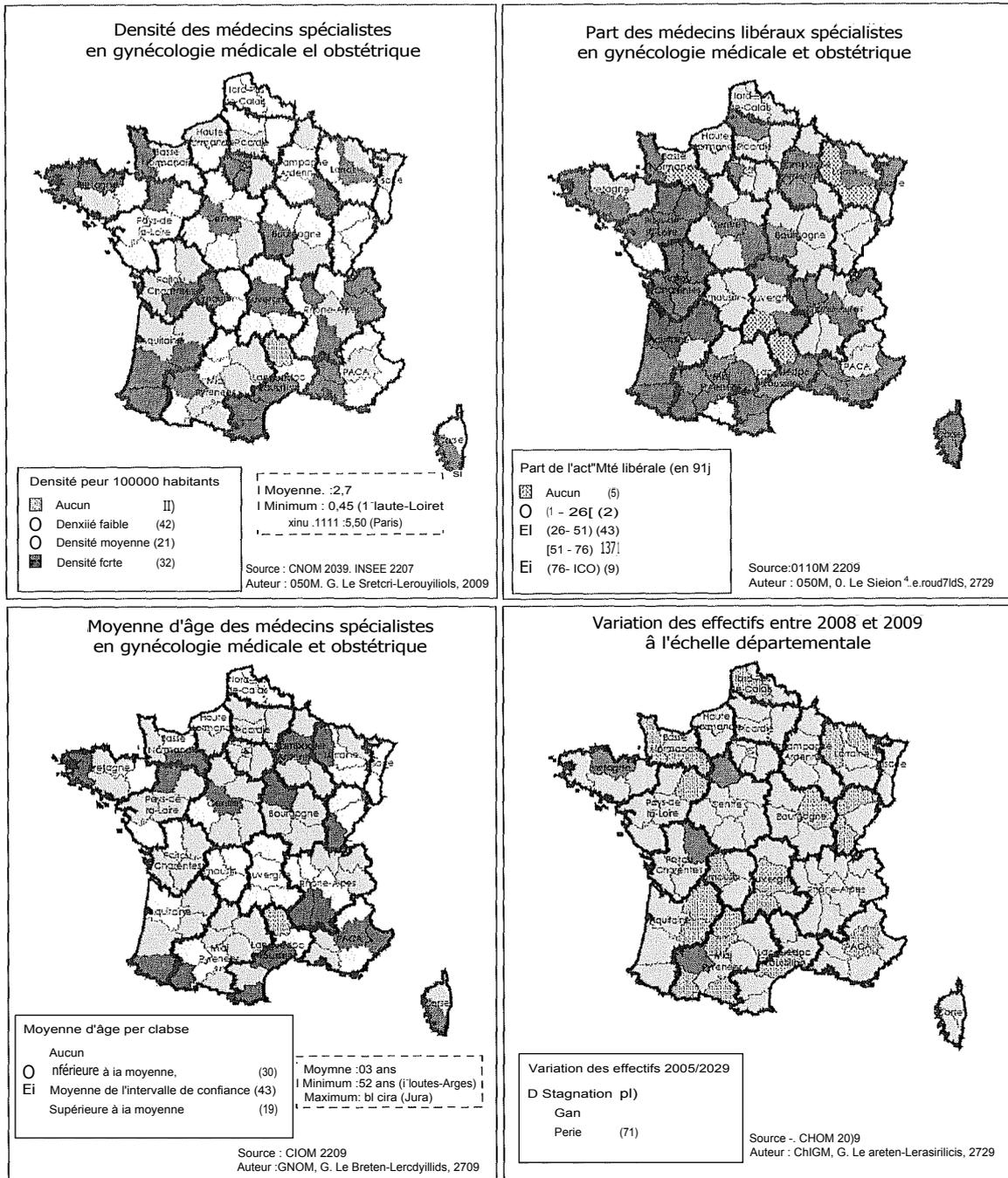
Tableau n°49 : Effectif par région de l'activité gynécologique et obstétricale

Région	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Alsace	23							
Auvergne-Rhône-Alpes	12							
Bretagne	35	7093	54					
Centre-Val de Loire	5	8	40%	55%	57			
Corse	17	23	56%	73%	55			
Grand Est	5	6	55%	82%	57			
Île-de-France	10	1	11	974	45%	56		
Normandie	1	9	23	39%	1574	58		
Occitanie	52	44	96	4656	67%	56		
Pays de la Loire	1	3	4	7501	75%	55		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1	0	1	0	0	53		
Reunion	1	0	1	5	100%	53		
Wallonie	15	19	7505	42%	54			
Autres	7	18	25	7274	50%	54		
Alsace	14	18	75%	3	54			
Alsace	13	6	19	32%	84	56		
Alsace	1	5	2074	0	50			
Alsace	42	5117	4374	55				
Alsace	11	36%	56					
Alsace	10	65%	56					
Alsace	14	36%	56					
Alsace	6	0	59					
Alsace	41	37%	51%	57				
Alsace	7	22	35%	56				
Alsace	13	30	56%	56				
Alsace	10	23	4374	460	55			
Alsace	20	40%	65%	56				
Alsace	35	93	41%	53%	57			
Alsace	3	9	33%	5324	56			
Alsace	5	10	50%	30%	57			
Alsace	5	5	40%	40%	57			
Alsace	6	6	12	50%	50%	55		
Alsace	11	5	16	31%	56%	50		
Alsace	14	57%	36%	56				
Alsace	415	495	57					
Alsace	3	8	387	05%	56			
Alsace	4	3	7	375	56%	56		
Alsace	5	6	cr5	5324	60			
Alsace	16				57			
Alsace	55				57			
Alsace	5	1	6	17%	56			
Alsace	11	3	14	21%	59			
Alsace	15	19	34	56%	74%	55		
Alsace	4	13	69%	62%	55			
Alsace	31	48	74	55%	51%	55		
Alsace	10	18	44%	50%	57			
Alsace	23	15%	61%	57				
Alsace	194				57%	56		
Alsace	16	6	22	27%	64%	60		
Alsace	2	2	4	50%	25%	56		
Alsace	10	15	33%	53%	60			
Alsace	10	6	46	36%				
Alsace	38	19	33%	46%				
Alsace	0	2	100%	581%	65			
Alsace	1	2	50%	10016	54			
Alsace	3	25%	75%	60				
Alsace	1	0		53				
Alsace	7			0				
Alsace	58			93%	57			
Alsace	37			79%	57			
Alsace	8	6	14		58			
Alsace	37			79%	57			
Alsace	8			100%	55			
Alsace	535	55%	54		50%			
Alsace	54%	50%	54		50%			
Alsace	43	54%	47%	51				

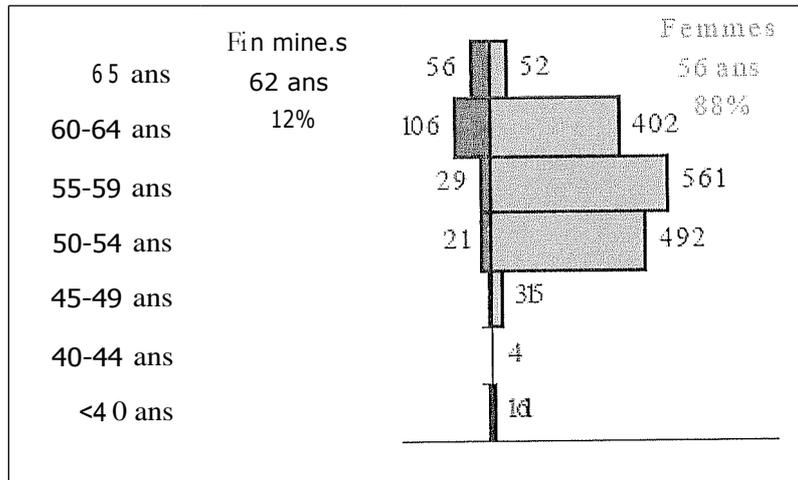
Graphique n°64: Pyramide des âges



Cartes 28: Densité, part des médecins libéraux, moyenne d'âge et variation des effectifs en gynécologie médicale et obstétrique



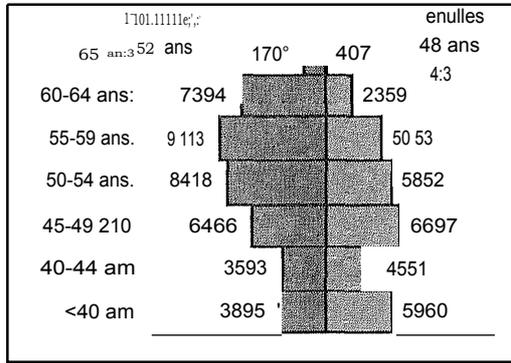
Graphique n'66 pyramide des (âges)



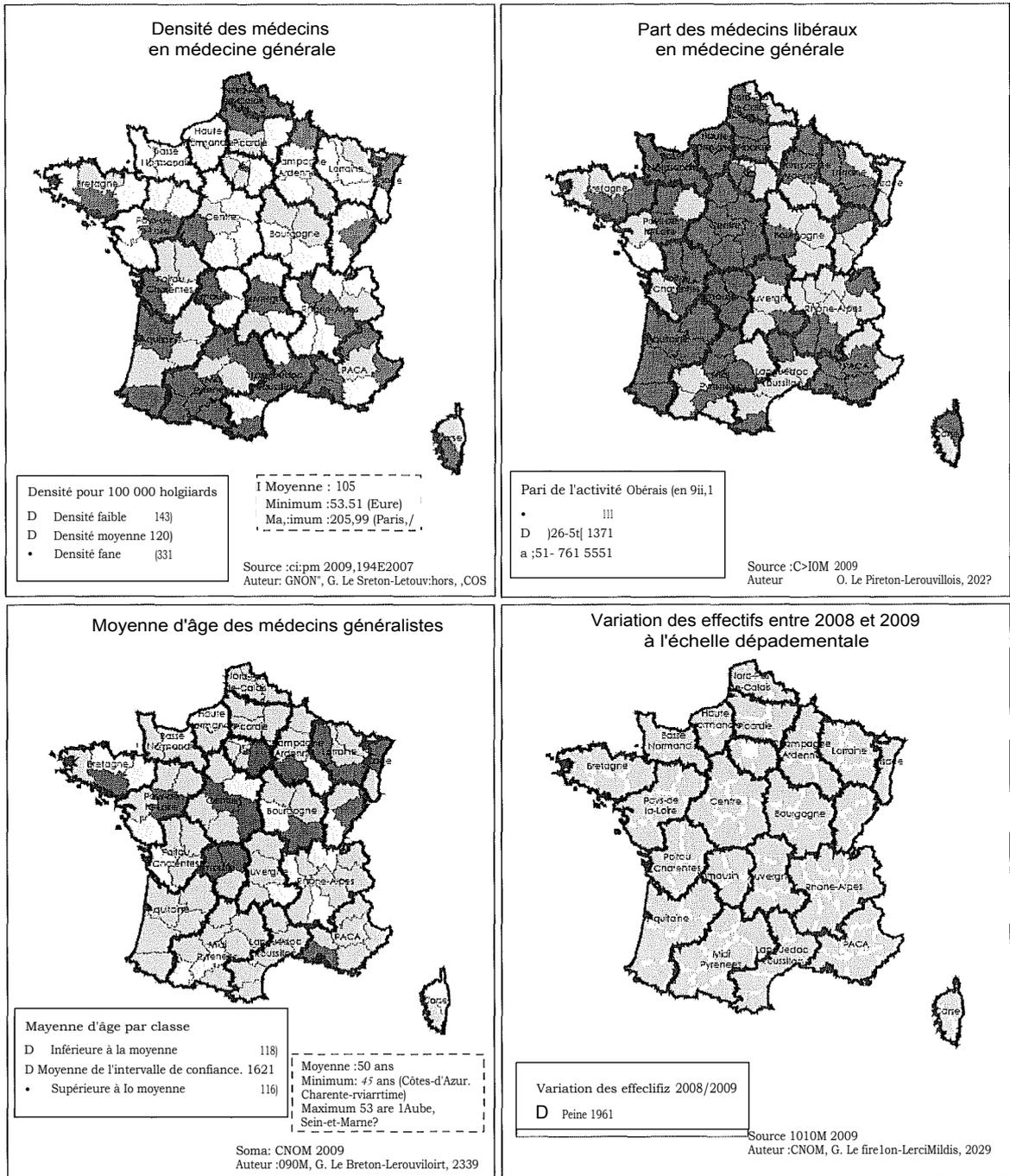
Cartes 29 : Densité, part des médecins libéraux, moyenne d'âge et variation des effectifs en gynécologie médicale

<p align="center">Densité des médecins spécialistes en gynécologie médicale</p>		<p align="center">Part des médecins libéraux spécialistes en gynécologie médicale</p>	<p align="center">Part de l'activité libérale (en %)</p> <p>D Aucun (16) D II - 261 (12) D os - 51 (12) a 151 - 76 (29) O (76 - 100) (45)</p> <p align="right">Source : CNOM 2339 Auteur : CN01..., G. Le Breton-Lerouillois, 2009</p>
<p align="center">Densité pour 100030 habitants</p> <p>EI Aucun (4) II Densité faible (47) E Densité moyenne (19) 2 Densité forte (26)</p>	<p align="center">[Moyenne : 2,14] Minimum : 0,09 (Océanie - Rhin) Maximum : 11,56 (Paris)</p> <p align="right">Source : CNOM 2509, INSEE 2D27 Auteur : O10M, G. Le Breton-Lerouillois, 2009</p>		
<p align="center">Moyenne d'âge des médecins spécialistes en gynécologie médicale</p>		<p align="center">Variation des effectifs entre 2008 et 2009 à l'échelle départementale</p>	<p align="center">Variation des effectifs 2008/2009</p> <p>igi Stagnation (37) Iti Ode (4) 111 Perte (55)</p> <p align="right">Source : O10M 2009 Auteur : O10M, G. Le Breton-Lerouillois, 2009</p>
<p align="center">Âge moyen d'âge par classe</p> <p>D Aucun (1) D Inférieure à la moyenne (1371) D Moyenne de l'intervalle de confiance (2) E Supérieure à la moyenne (2)</p>	<p align="center">[Moyenne : 57 ans] Minimum : 50 ans (Eas-Riri) Maximum : 66 ans (Lorient)</p> <p align="right">Source : C10M 2227 Auteur : CNom, G. Le Breton-Lerouillois, 2009</p>		

Graphique n°74 Pyramide des âges



Cartes 33: Densité, part des médecins libéraux, moyenne d'âge et variation des effectifs en médecine générale



M76 : Pyramide des âges

Hommes		Femmes	
65 ans	53 ans	448	312
60-64 ans	3511 r		941
55-59 ans	4952		1238
50-54 ans	39f. 'i		1208
45-49 ans	233\$ i		817
40-44 ans	1205 i		1210
<40 ans	L79		

Cartes 34: Densité, part des médecins libéraux, moyenne d'âge et variation des effectifs en « spécialité » médecine générale

<p>Densité des médecins spécialistes en "spécialité" médecine générale</p>	<p>Part des médecins libéraux spécialistes en "spécialité" médecine générale</p>
<p>Densité, pour 100 000 habitants</p> <p>D Densité faible (41)</p> <p>D Densité moyenne (101)</p> <p>D Densité forte (145)</p>	<p>Part de rooftop libérale (en %)</p> <p>3 [51- 76] (8)</p> <p>ta [76 -103] pa)</p>
<p>Moyenne d'âge des médecins spécialistes en "spécialité" médecine générale</p>	<p>Variation des effectifs entre 2008 et 2009 à l'échelle départementale</p>
<p>Moyenne d'âge par classe</p> <p>D Inférieure à la moyenne (32)</p> <p>1: 1.,/oyenne de l'intervalle de cor or (K1)</p> <p>Z Su,ce:reurn à fa moyenne (32)</p>	<p>Variation des effectifs 2008/2009</p> <p>N Gain (195)</p> <p>D -Perte (11)</p>
<p>Source : CNOM 2009 Auteur : CNOM, G. Le Ereton-Lerouvillois, 2009</p>	<p>Source : CNOM 2009 Auteur : CNOM, G. Le Ereton-Lerouvillois, 2009</p>

ANNEXE 10

«ELLE A TOUJOURS ÉTÉ LÀ POUR MOI, AUJOURD'HUI JE SUIS FIÈRE D'AVOIR FAIT LA MEILLEURE CHOSE POUR ELLE.»

ÉLÉNÉ, 21 ANS
A CONVAINCU SA TANTE.

**DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN
VOUS AUSSI, MOBILISEZ
LES FEMMES QUE VOUS AIMEZ.**

DES 50 ANS, ENCOURAGEZ-LES À SE FAIRE DÉPISTER.
DÉTECTÉES TÔT, 90% DES CANCERS DU SEIN SONT GUÉRIS.

«FINALEMENT JE NE SUIS PAS CHANGÉE D'AVIS...»

MUSA, 73 ANS
A CONVAINCU SA MÈRE.

**DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN
VOUS AUSSI, MOBILISEZ
LES FEMMES QUE VOUS AIMEZ.**

DES 50 ANS, ENCOURAGEZ-LES À SE FAIRE DÉPISTER.
DÉTECTÉES TÔT, 90% DES CANCERS DU SEIN SONT GUÉRIS.



«ELLE A TOUJOURS ÉTÉ LÀ POUR MOI, AUJOURD'HUI JE SUIS FIÈRE D'AVOIR FAIT QUELQUE CHOSE POUR ELLE.»

ÉTODIE, 36 ANS
A CONVAINCU SA MÈRE.

**DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN
VOUS AUSSI, MOBILISEZ
LES FEMMES QUE VOUS AIMEZ.**

DES 50 ANS, ENCOURAGEZ-LES À SE FAIRE DÉPISTER.
DÉTECTÉES TÔT, 90% DES CANCERS DU SEIN SONT GUÉRIS.

«ELLE N'A JAMAIS RIEN PU ME REFUSER, AU MOINS CETTE FOIS C'EST POUR LA BONNE CAUSE.»

BENJAMIN, 38 ANS
A CONVAINCU SA MÈRE.

**DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN
VOUS AUSSI, MOBILISEZ
LES FEMMES QUE VOUS AIMEZ.**

DES 50 ANS, ENCOURAGEZ-LES À SE FAIRE DÉPISTER.
DÉTECTÉES TÔT, 90% DES CANCERS DU SEIN SONT GUÉRIS.

u, **eleatv**
ein wen



MODE D'EMPLOI

Si vous avez entre 50 et 74 ans, une lettre d'invitation vous est envoyée tous les 2 ans par le centre départemental de coordination du dépistage.

Vous prenez alors rendez-vous avec le radiologue de votre choix parmi la liste jointe à votre lettre d'invitation.

Ce radiologue vous examine et réalise une mammographie complète, c'est-à-dire deux radiographies par sein. Il vous donne une première interprétation des résultats.

S'il n'a décelé aucune anomalie, votre mammographie est systématiquement lue par un autre radiologue. Dans un délai d'un mois, vous serez informé du résultat de cette seconde lecture.

Dans l'hypothèse où une anomalie est décelée, votre radiologue peut vous proposer des examens complémentaires. Il prendra soin de vous expliquer la suite à donner aux résultats.

Les résultats de votre mammographie sont envoyés à votre médecin traitant. Il vous conseillera la suite à donner.

DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN. LA MEILLEURE FAÇON DE SE FAIRE DÉPISTER.

Le dépistage du cancer du sein permet de déceler d'éventuelles anomalies très tôt, en l'absence de tout symptôme. Cela permet de se soigner plus facilement et d'avoir les plus grandes chances de guérison.

C'est pourquoi les pouvoirs publics invitent toutes les femmes de 50 à 74 ans à participer au dépistage organisé du cancer du sein.

Il repose sur des critères de qualité rigoureux afin de réduire fortement la mortalité dans cette tranche d'âge, la plus exposée au cancer du sein.

Les mammographies jugées normales sont systématiquement relues par un second radiologue. Cette deuxième lecture, qui n'existe pas dans le cadre du dépistage individuel, est un gage de qualité et de fiabilité : près de 8 % des cancers du sein sont détectés grâce à elle.

Les radiologues que vous consultez dans le cadre du dépistage organisé ont reçu une formation spécifique.

Le matériel de radiographie utilisé obéit à des normes strictes.

DÉPISTAGE ORGANISÉ OU CANCER DU SEIN. LA MEILLEURE FAÇON DE SE FAIRE DÉPISTER.

Parlez-en avec votre médecin traitant, votre gynécologue, votre radiologue. Pour toute information et pour connaître les coordonnées de la structure chargée d'organiser le dépistage dans votre département, contactez :

ASSURANCE MALADIE
CANCER-INFO SERVICE
0810 810 821
du lundi au vendredi

DÉPISTAGE

ELLE Y PARTICIPE ET VOUS ?

COMME LES MILLIERS DE FEMMES QUI S'Y FAISSENT DÉPISTER.

Ne pas jeter sur la voie publique - 3ème trimestre - DÉPISTAGE

0 www.Q-CWIC.fr

OUI. Après cinquante ans, même si on est en bonne santé, il est important de faire un dépistage du cancer du sein, tous les deux ans.

0110:RA.01010e.

OUI. Vous choisissez votre radiologue parmi une liste de professionnels agréés. Il est probable que votre cabinet de radiologie habituel figure dans cette liste de radiologues qui répondent aux critères de qualité du dépistage organisé.

Votre radiologue sait que vous pouvez ressentir parfois une certaine appréhension, tient à votre écoute et prendra soin de vous expliquer la manière dont va se dérouler l'examen. N'hésitez pas à lui faire part de vos interrogations et signalez lui toute gêne ou tout désagrément que vous pourriez ressentir.

C'est entre 50 et 74 ans que les femmes ont le plus de risques de développer un cancer du sein et que le dépistage est le plus efficace. En fonction de votre histoire personnelle, votre médecin peut vous proposer un suivi plus précoce ou après l'âge de 74 ans. On parle dans ce cadre de dépistage individuel.

"LA MAMMOGRAPHIE EST-ELLE PRISE EN CHARGE À 100% PAR L'ASSURANCE MALADIE ?"

OUI. Elle est prise en charge à 100% sans avance de frais. Des examens complémentaires, comme une échographie, sont parfois nécessaires. Ces examens sont pris en charge dans les conditions habituelles, ce qui peut vous conduire à en régler une partie.

Je ne fais pas de mammographie de dépistage car :

6'

Je mène une vie saine, je ne me sens pas concernée.

Je mange équilibré, je fais du sport régulièrement et je ne ruine pas. Je sais déjà ointes psi1 faut pour prévenir le cancer, j'ai peu de saisons d'être touchée.



1 / Je mène une vie saine, je ne me sens pas concernée.

Avoir une vie saine, c'est mettre toutes les chances de son côté pour vivre longtemps en bonne santé.

Et puisque vous vous souciez de votre santé, une mammographie tous les deux ans pourrait rejoindre les bonnes habitudes que vous avez déjà prises par ailleurs.

De nombreux facteurs que vous ne pouvez pas maîtriser interviennent dans la survenue d'un cancer du sein. Et pour toutes les femmes, à partir de 50 ans, le risque d'avoir un cancer du sein augmente. La mammographie de dépistage reste donc le meilleur moyen d'agir contre ce cancer.

FAIRE UNE MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE EST IMPORTANT POUR VOUS. PRENEZ DONC LE TEMPS DE FAIRE CET EXAMEN. UN COURRIER EST ENVOYÉ À VOTRE DOMICILE POUR VOUS RAPPELER QUE L'ÉCHÉANCE EST ARRIVÉE. VOUS N'AVEZ PLUS QU'À PRENDRE RENDEZ-VOUS.

Pour plus d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein, rendez-vous sur cancer.fr

Ta sens plus de mammographie de dépistage car :

Je ne rest. (e plu.)
î es surn,,),'

Je suis en pleine 'bone. je n'ai pas de boule, ni de grosseur, dusse mus va bien.



5 / Je ne ressens pas les symptômes.

Vents vont tenter de pleine forme, mais attention, au début, un cancer du sein peut passer inaperçu, sans provoquer de fatigue, de tumeur palpable!

Les tumeurs se développent en silence, sans douleur, pendant un temps de plusieurs années.

La mammographie de dépistage est donc le meilleur moyen de détecter des cancers à des stades où l'on peut les soigner plus facilement. Ainsi, on a une plus grande chance de guérir du cancer du sein grâce à un traitement efficace.

FAIRE UNE MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE EST IMPORTANT POUR VOUS. PRENEZ DONC LE TEMPS DE FAIRE CET EXAMEN. UN COURRIER EST ENVOYÉ À VOTRE DOMICILE POUR VOUS RAPPELER QUE L'ÉCHÉANCE EST ARRIVÉE. VOUS N'AVEZ PLUS QU'À PRENDRE RENDEZ-VOUS.

Pour plus d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein, rendez-vous sur cancer.fr

Jc ne rais pas lk mammographie de depisiage car

e nai pas *Je*

je n'ai pas les innyens d'avancer l'argent.
Il va lidloit 'attendre longtemps pour être remboursée.

à

Je n'ai pas de mammographie de dépistage car :

Les Cabinets sont trop loin de chez moi.

je vis à la campagne et les cabinets de radiologie se trouvent à des kilomètres de chez moi.

à

Je n'ai pas les moyens.

Le dépistage par mammographie est le seul moyen de détecter les cancers du sein avant qu'ils ne soient à un stade avancé. Plus le cancer du sein est détecté tôt, plus il peut être facilement traité. Les soins sont ensuite pris en charge à 100% par votre caisse d'assurance maladie.

FAIRE UNE MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE EST IMPORTANT POUR VOUS. PRENEZ DONC LE TEMPS DE FAIRE DE L'EXAMEN.

UN COURRIER EST ENVoyé À CHAQUE AN pour VOUS RAPPELER QUE VOUS DEVEZ FAIRE UNE MAMMOGRAPHIE.

VOUS DEVEZ FAIRE UNE MAMMOGRAPHIE. PRENEZ LE TEMPS DE FAIRE DE L'EXAMEN.

Où faire une mammographie de dépistage organisée du cancer du sein, rendez-vous sur cancer.fr.

Les cabinets de radiologie sont souvent trop loin de chez moi. Ce n'est pas toujours pratique pour moi.

Mais l'examen de dépistage par mammographie est très important.

Le dépistage par mammographie est le seul moyen de détecter les cancers du sein avant qu'ils ne soient à un stade avancé.

Plus le cancer du sein est détecté tôt, plus il peut être facilement traité. Les soins sont ensuite pris en charge à 100% par votre caisse d'assurance maladie.

Un courrier est envoyé à chaque an pour vous rappeler que vous devez faire une mammographie.

Vous devez faire une mammographie. Prenez le temps de faire de l'examen.

Où faire une mammographie de dépistage organisée du cancer du sein, rendez-vous sur cancer.fr.

545 MAMMOGRAPHIE ORGANISÉE POUR VOUS. PRENEZ LE TEMPS DE FAIRE DE L'EXAMEN.

UN COURRIER EST ENVoyé À CHAQUE AN pour VOUS RAPPELER QUE VOUS DEVEZ FAIRE UNE MAMMOGRAPHIE.

VOUS DEVEZ FAIRE UNE MAMMOGRAPHIE. PRENEZ LE TEMPS DE FAIRE DE L'EXAMEN.

Où faire une mammographie de dépistage organisée du cancer du sein, rendez-vous sur cancer.fr.

ut: fais pas de mammographie de ihipstage car :

64

Je ne su' s conee.,

J'ai plus de 70 ans. ic ne me sens plus concernée.
Il me semble que ee cancer frappe surtout lei reluqua:
plus jeunes !

8 / Je ne suis plus concernée à mon âge.

Avec l'âge, il est de plus en plus important de prendre
soin de soi et si la mammographie s'adresse à toutes les
femmes de 50 à 74 ans, c'est parce que c'est dans cette
tranche d'âge que les risques de cancer du sein sont les
plus élevés.

Toutes les femmes de cette tranche d'âge sont donc
parcieulm, xenientiAlcetim même après 70 ans.

Particip. su de) temE du cancer du sein, c'est
tionnergie deektoèter' é. a. noix in stade preece quand les
syntennes ege enere' eedld5k. avoir ainu bénéficier
de crairnients n'iadr' 2 pas; le dépistage
organisé du cancer du sein est pour les 2 ans, jusqu'à 74 ans.

GRAPHIE DE DÉPISTAGE EST IMPORTANT POUR VOUS.
DONC LE TEMPS DE FAIRE CET EXAMEN.
ENVOYÉ À VOTRE DOMICILE POUR VOUS RAPPELER
QUE L'ÉCHÉANCE EST ARRIVÉE.
VOUS N'AVEZ PLUS QU'À PRENDRE RENDEZ-VOUS.
Pour plus d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein,
rendez-vous sur cancer.fr.

Je ne fais pat dr mammographie de dépittage car

Je suis dépi siri f ,)ar mon te.]'; - pourquoi e_ dans DEI arche org,ciisée

Je n'aime pas les dispositifs de ma sse.,1 dm-mitage
confiance en l'avis de mon gynécologue et en celui
de mon radiologue.

9 / Je suis déjà suivie par mon gynécologue.

es: non t' .e.-?ec4ef" mutité; suivi et
d. e ses marneneMmes-e" est 4 que le

Il s'agit d'un . accompagnenna: PenUnditi4 weec l'envoi
d'une (due d'irmireidn vis l'ajp t'cik protide rendez-
VOUS nu vous voulez parmi un listo de .t.adiologuos, formés et
orpèrenentu It y a de grands chances pour:Gluck r idologue
ou VOUS nt.7. VOS hgbittUks et OÙ VOUS CROYOIC eurd aire votre
'gynécologue son dans cetreintro.

Les eadiolognesmui pards: mr air deFicaec dispocent
do nouèrkl pdrfumffutèt réenkeinci:nceenile...4 dépistage
orgaCii_à vous usage en phis une doulskkèuÈ.o (kid résultats
co quo vous rerez pas Edroànrid en dattes* eours.
sFiécialiuts.'duit cOnuntinkei résultats
r telle du nulda.Nous..

Yom pu êtes atudee. 'à la. qualité: de:,votr.c smvi, le dépistage

N'itési Z PLUS, emoiils IZ LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN.
Rur phi: d'iaoruied on sur le dépistage organisé du cancer du sein,
rendez-vous sur cancer.fr.

Je ne l'ai pas de mammographie de dépistage car :

4.0

“ Je ne suis pas droit, je pense que ça n'est pas pour moi. ”

Je ne suis pas partie des femmes qui sont invitées à participer au dépistage.

Je ne suis pas droit, je pense que ça n'est pas pour moi.

La mammographie proposée gratuitement dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans domiciliées en France (sauf avis médical contraire).

Vous devez donc recevoir tous les deux ans à votre domicile une lettre d'invitation. Elle vous permet de bénéficier d'une mammographie gratuite et sans avance de frais.

Si vous n'avez pas reçu cette lettre, contactez dès aujourd'hui le service du dépistage organisé dans votre département au numéro 0810 810 821.

Certains aidants proposent également de vous aider dans vos démarches si vous rencontrez des difficultés.

FAIRE UNE MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE EST IMPORTANT POUR VOUS.

Pour plus d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein, rendez-vous sur e-cancer.fr.

Je ne fais rien de mammographie de dépistage car :

4.0

“ Je ne peux rien faire contre le cancer. ”

On ne peut pas faire grand-chose contre le cancer. Je préfère encore ne pas savoir.

Je ne peux rien faire contre le cancer.

C'est un vrai problème. Il n'y a pas de moyen simple de faire ça.

Le dépistage organisé du cancer du sein permet de détecter les tumeurs à un stade précoce, quand les chances de guérison sont plus élevées.

La prise en charge est gratuite. Ainsi, les soins sont gratuits. Il n'y a rien à payer.

Pour bénéficier de la mammographie de dépistage, il faut être invité par lettre. Si vous n'avez pas reçu votre lettre, contactez le service du dépistage organisé au numéro 0810 810 821.

FAIRE UNE MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE EST IMPORTANT POUR VOUS.

Il est temps de faire cet examen. Votre domicile pour votre rappel de rendez-vous est arrivé.

Pour plus d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein, rendez-vous sur e-cancer.fr.

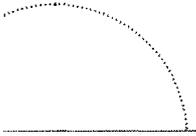
Il ne t'Us pus de manuneurapllie de dépistage car

66

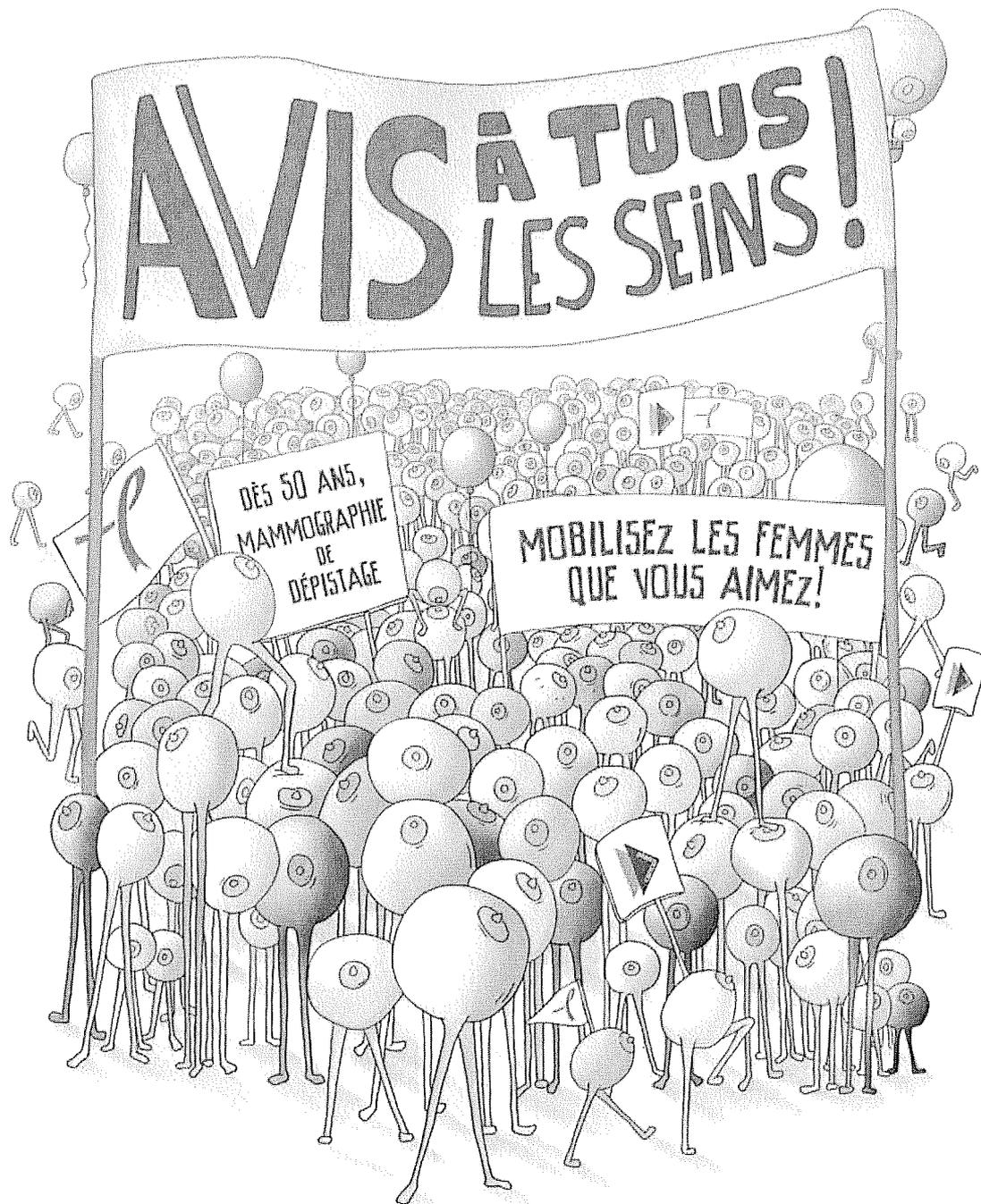
Je ne m% eLi

je n' en peux plus de tous es incssage
préernirs, luNquels je suis espo, ..éu
Et j'ai des doutes surleur réelle utilité.

àà



La snolsipheatn
att Proc'entf hir
société nan/d P
incitoure suie, ct pm
s'y perd eue' ne
L'intet dePittZen'Fne
of 'wer- m deux sacs
4 (4¹¹¹¹) Age etegnità Petact de
dés In pés indoloj
sont muées sfisquo snnio Ades
tue & dépistage: Pd
Gilet teGavent de4 ttetnecnt' m^{es}



PARLEZ-EN À VOS MÈRES, PROCHES ET AMIÈS.



Le dépistage organisé du cancer du sein

Merist.00 qu'un tinder d sain ?



Le sein est composé de glandes mammaires et de canaux qui mènent au mamelon. Les glandes mammaires produisent le lait maternel.

Le sein est également composé de tissu adipeux et de tissu conjonctif.

Le cancer du sein est une tumeur qui se développe dans les glandes mammaires.

In ductedl | -clP



Le cancer du sein est une tumeur qui se développe dans les glandes mammaires.

Il peut être détecté à l'œil nu ou au toucher.

Il peut également être détecté à l'aide d'un mammogramme.

L.ds stgilus 4' 0



Les ganglions lymphatiques sont situés dans le sein et dans les aisselles.

Ils aident à combattre les infections et les maladies.

Le cancer du sein peut se propager aux ganglions lymphatiques.

Utl 5d4do f'un nitofEwue ?



Le cancer du sein est une tumeur qui se développe dans les glandes mammaires.

Il peut être détecté à l'œil nu ou au toucher.

Il peut également être détecté à l'aide d'un mammogramme.

11:u (daal: s dcpinille utu àà:st:



Le cancer du sein est une tumeur qui se développe dans les glandes mammaires.

Il peut être détecté à l'œil nu ou au toucher.

Il peut également être détecté à l'aide d'un mammogramme.

Qui est concerné ?

Le cancer du sein est une tumeur qui se développe dans les glandes mammaires.

Il peut être détecté à l'œil nu ou au toucher.

Il peut également être détecté à l'aide d'un mammogramme.

À filin Clt f'pce:stago ?



Le cancer du sein est une tumeur qui se développe dans les glandes mammaires.

Il peut être détecté à l'œil nu ou au toucher.

Il peut également être détecté à l'aide d'un mammogramme.

Le dépistage organisé du cancer du sein dès 50 ans, c'est tous les 2 ans

P:niee; ni HUG Vetre neE .cdl

0810 810 821

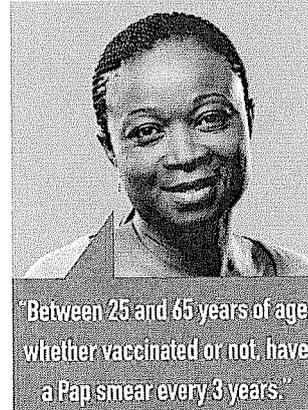
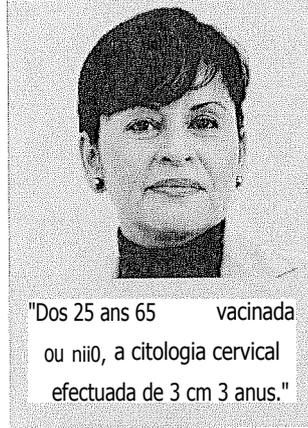
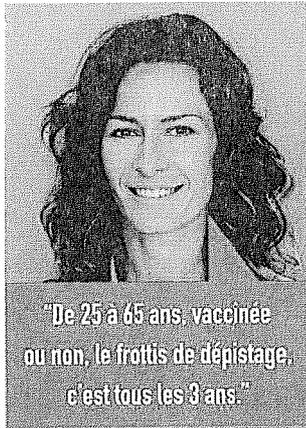
Prék d' ,llocal

SERVICE

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

rofAsurance Maki&

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



hRLEZ-FN AVE, VOTRE MEDFCN

CANCERINFO 0810 810 821

l'Assurance
Maladie



INSrrruT
NsnoNAL
MI.CANCER

ANNEXE 17

quand faire un frottois ?

Le frottois de dépistage est recommandé à partir de 25 ans. Les deux premiers frottois doivent être réalisés soit un el-Vien/aile. Si ms eux p... les sont nor.n atix un feellMielt-leigijutte.itr9, reg' "04 les à ine... replante est issentuela' polir Mirm te canner du cel de lemme.

ans lo cadre d'une op:esasse, net ecru nen vue sella PanPOse. si' muia tram Pas (al' da fto dieu p urs e anS.



de mal even symptôme. sub il quand même que je fasse un frottois ?

Iduped de l tétjis ne es manifestent par èucun e mptuine4 Et qu5nd les snr'ardnsent le cancer est déjà stade avancé et

faits au cancer du col de l'utérus.

il y a d'ém 1110 éni:110 b'ubh' agir'

- Se faire vacciner contre les HPV à 14 ans. La vaccination peut être proposée en rattrapage, entre 15 et 23 ans, dans l'année suivant le début de la vie sexuelle.
- Faire un frottois de dépistage tous les 3 ans entre 25 et 65 ans.

unalleadir • appoloz

CANCERIN FO 0810 810 821

Votre dbuttetiment participe à un programme expérimental de dépistage du cancer du col de l'ut:à.us. Dans :d cadre, un COU nierdlimitation est envoyé ami erra:les il de 25 à 65 Dus n'ayant pus tait de fittils depuis' plus de 3 ans pour los imiter à se Dito dépister.






dépistage du cancer du col de l'utérus

Le 8ail% 1111913ete eitnige qu' Puutuouedeses•

de 25 à 65 ans. le frottois de dépistage, c'est tous les 3 ans



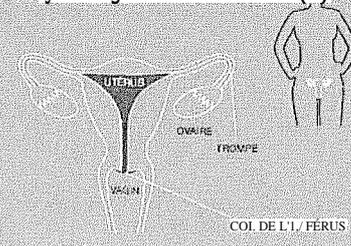

...Ci NATIONAL du CANCER

www.c-cancer.fr

qu'est-ce que le cancer du col de l'utérus ?

Le cancer du col de l'utérus est principalement causé par des virus très répandus appelés Papillomavirus humains (HPV). La contamination se fait le plus souvent à l'occasion des premières rapports sexuels.

où • gri n'li u tg fiet ? (7)



n'estoèque le Erobki de d'Évisbage ?

- Un examen qui permet de repérer les anomalies du col de l'utérus à un stade où il est plus facile de les soigner.
- Un geste qui consiste à prélever des cellules à la surface du col de l'utérus, à l'aide d'une spatule ou d'une petite brosse. Ce prélèvement se fait en position gynécologique dans un cabinet médical. Il est ensuite adressé à un laboratoire pour lecture et interprétation.
- Un geste simple et non douloureux.

un cancer qui und Obi% évité race à un [lénif e Muller

- 3000 nouveaux cas chaque année.
- 60% de ces cancers pourraient être évités par un dépistage régulier.

grâce au frottois de dépistage, depuis 50 ans, deux fois moins de femmes sont touchées par le cancer du col de l'utérus.

où faire un [rabb in do M'Étiage ?

- Chez un médecin généraliste,
- Chez un gynécologue,
- Chez un sage-femme.

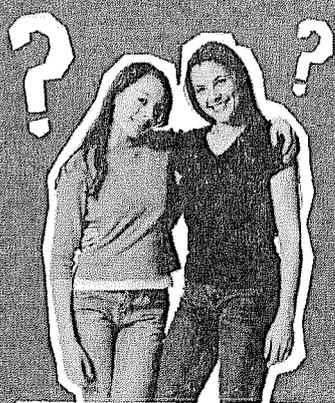
Il est également possible d'effectuer un frottois dans d'autres lieux :

- les centres de santé,
- à l'hôpital, dans le cadre d'une consultation,
- les centres mutualistes,
- les centres de planification familiale,
- les centres, laboratoires de biologie médicale, sur prescription d'un médecin.

coothion on cube ?

- Prélevement inclus dans le coût de la consultation et pris en charge dans les conditions habituelles de remboursement de l'Assurance Maladie.
- Lequel est remboursé par un organisme complémentaire 100% et pris en charge à 70% par l'Assurance Maladie. Le reste est remboursé temporairement par les organismes complémentaires.

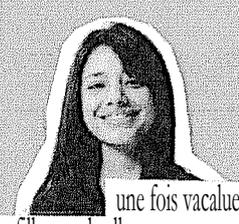




Pourquoi faire vacciner ma fille ?

Les Papillons: virus Humains (HP V) mit la pincelocauso cericerdue de revus, Au oiese de leur vie *met **lemmes**, rencontrent ces virus. Mi generat leur corne PaMani 198 éleen M e eam i cg nketra persiste et provacide le rtéveloppement d anomie (lésions) au n'Arad du coi de l'utérus quiPeumtévoLier ? S'eue cermet

aggin dion réite fort ftoia, le, isée de elle ne » comm ment ear etc is Peeéee que cani...



une fois vacaluce, ma fille aera-b-elle diãitmuju i de trahis de depishegru vs ?

La vaccination ne protège pas contre tous les types de HPV. Les vaccins protègent le plus efficacement des infections dues aux virus HPV16 et HPV18. De 25 à 65 ans, les vaccins couvrent toutes les femmes. Dans les pays développés, plus de 80% des femmes ont été vaccinées.

ie venin pUlli-P ayüip des nifclis 5ee0uleiP119?

Les vaccins ont fait l'objet de contrôles rigoureux avant leur mise sur le marché. Les effets indésirables graves sont très rares et sont dus à la vaccination, pas au virus HPV. Les effets indésirables graves sont très rares et sont dus à la vaccination, pas au virus HPV.

Utiliser un préservatif ne protège pas des HPV ?

Le préservatif protège contre de nombreuses Infections sexuellement transmissibles. Mais les tIPV peuvent se transmettre par simple contact au niveau des parties génitales. Le préservatif ne constitue donc pas une protection totalement efficace contre ces virus.



Quand faire vacciner sa fille ?

Les risques de contamination par les tIPV apparaissent dès les premiers rapports sexuels.

Pour se protéger, il faut donc se faire vacciner avant ces premiers rapports.

Il est donc recommandé de faire vacciner sa fille à 14 ans, ou entre 15 et 23 ans dans l'année suivant le début de sa vie sexuelle.

Face au cancer du col de l'utérus, un lieu menu pour agir !

- Se faire vacciner à 11 ans. La vaccination peut être proposée en rattrapage entre 15 et 23 ans, dans l'année suivant le début de la vie sexuelle.
- Faire un frottis de dépistage tous les 3 ans entre 25 et 65 ans.

pour en savoir plus, rendez-vous sur niunlee encenr.fr ou appelez

CANCERINFO 0810 810 821

fffrPssUratte Mgladis RS I




Comment se déroule la vaccination ?

3 injections Sont indispensables pour que la vaccination soit efficace.

Une latine file cita rie rézidise qu'une seule ou 'marne deux iilections n'est Pesuilisarturest prot'ÿja li est doso'esserriel de respecte r le schéma veto irise")

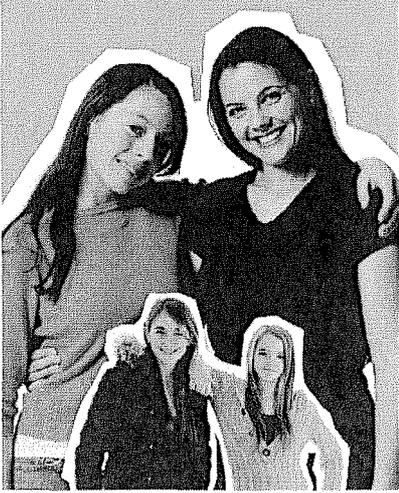
- 1 ére injection ziarla l'armée cies 14 ans ou en rattrapage entre 15 et 43 are
- 2ème injection 1 à 2 mois amas
- 3Orne injection 4 à 8 mon ap ras la 2èmer inlectidn.

Combien ça coûte ?

ampoule de vaccin Memel-) Peur une injection calte environ 130e *, 66% daSoat net Pris en charge Per l'Assurance Maladie. Le reste est généralement remboursé par Usa organismes ewspierneclaires. Porlee Personnes gui tenecient de la (MC la rou an charge est a 100%.

PPÉ qiHbion 13u uiailOBP du oui de itérus

» 14 ans pour l'âge de vaccination contre le cancer du col de l'utérus.



www.c-cancer



DÉPISTAGE DU

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



DE 25 À 65 ANS,
VACCINÉE OU NON,
LE FROTTIS
DE DÉPISTAGE,
C'EST TOUS LES 3 ANS



Illustration: AN, Agence Française

PARLEZ-EN AVEC VOTRE MEDECIN

CANCER INFO 08 10 810 821



Assurance
Maladie



RSI
Région
Sud-Ouest
Nouvelle-Aquitaine

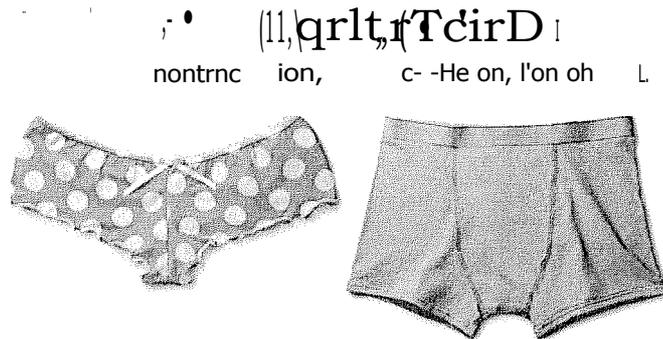


PRESTIMAT
FRANCE



INSTITUT
NATIONAL
DU CANCER

ANNEXE 19



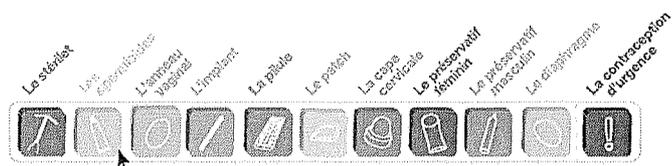
La meilleure contraception, c'est celle que vous choisissez.

Ces dernières années, les méthodes contraceptives se sont beaucoup diversifiées. Vous avez sans doute entendu parler d'implant, de préservatif féminin, de patch ou encore d'anneau contraceptif...

Aujourd'hui, chaque femme, chaque couple, a le choix de la contraception qui lui convient le mieux. Et ça, c'est le plus important.

Parce qu'utiliser une méthode adaptée, c'est faire le choix d'une contraception plus efficace : celle qui ne vous posera pas de problème, qui sera facile à utiliser, adaptée à votre situation - que vous soyez en couple ou non -, à votre mode de vie, à votre personnalité, etc.

Vous trouverez dans ce document une présentation des différentes méthodes contraceptives ainsi que des informations pratiques pour savoir où, comment et à quel prix vous les procurer. Ainsi informée, vous pourrez dialoguer avec un professionnel de santé qui vous aidera dans votre démarche pour choisir la contraception qui vous convient le mieux.



Où se renseigner et à ou en pré-Éric,

Pour obtenir une Contraception

- Les médecins généralistes, les gynécologues, les sage-femmes sont là pour vous et vous aider à choisir la contraception qui vous convient et vous la prescrire.
- Les centres de planification ou d'éducation (CPU) assurent des consultations de contraception ainsi que des dépistages de maladies transmissibles et de VIH. Ils proposent également un suivi médical et psychologique portant sur la sexualité et la contraception. Ils peuvent également proposer des consultations de planification familiale et de conseil génétique. Ils peuvent également délivrer la contraception d'urgence, une consultation médicale, ainsi que les bilans et le suivi nécessaires.
- Toute personne sans couverture sociale peut bénéficier de ces services gratuits.
- Les pharmaciens peuvent également délivrer la contraception d'urgence.

Pour plus de renseignements :

- Les associations de jeunes, présentes notamment au sein des centres de planification, sont là pour vous accompagner et vous soutenir si vous en avez besoin, dans votre vie relationnelle, affective, familiale, et vous orienter au mieux, notamment vers un médecin qui pourra vous proposer une contraception adaptée.
- Les associations de planification familiale, de consultation et de conseil conjugal peuvent vous informer et vous orienter sur des questions relatives à la sexualité, la fécondité, la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH.

• Fil Santé Jeunes : 0900 030 000. Pour toute question et information sur la contraception et la sexualité. Appels gratuits. 7 jours sur 7. Site : www.fil-santé.org

• Le site de l'Association française pour le planning familial (AFP) : www.afpp.org

• Le site de l'Association française pour la contraception (AFC) : www.afc-contraception.org

centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information de planification familiale (CIPF)

• Le site de l'Association française pour la contraception (AFC) : www.afc-contraception.org

• Sida Info Service 0 800 040 000. Appels anonymes et gratuits.

• Les pérennités (1114) : 0 800 030 000. Appels anonymes et gratuits.

- Liens : 0010 875 025 (tous les jours)
- Loriot : 0010122 128 (n° Azur) ou 08 87 00 04 77
- Aquibiri : 0010 025 025 (tous les jours)
- Atwergoe : 04 737 05 32
- BOUrgOgille : 06 52 52 33
- Eirerauni : 08501100 840 (n° Vert)
- Centre : 0000 801 904 (n° Vert)
- Chiarrivciou Auribus 0 020001 824 (n° Vert)
- Corail : 04 05 00 54 18
- Freriché-Cenné : 0301 01 40 55
- 11444144-France (41-17) 00 18
- ci 15800 808 003 (n° Vert)
- Carique (144-Florie) 04 87 00 85 83
- Liens : 0010 875 025 (tous les jours)
- Loriot : 0010122 128 (n° Azur) ou 08 87 00 04 77
- Aquibiri : 0010 025 025 (tous les jours)
- Atwergoe : 04 737 05 32
- BOUrgOgille : 06 52 52 33
- Eirerauni : 08501100 840 (n° Vert)
- Centre : 0000 801 904 (n° Vert)
- Chiarrivciou Auribus 0 020001 824 (n° Vert)
- Corail : 04 05 00 54 18
- Freriché-Cenné : 0301 01 40 55
- 11444144-France (41-17) 00 18
- ci 15800 808 003 (n° Vert)
- Carique (144-Florie) 04 87 00 85 83

Rendez-vous sur www.choisirsacontraception.fr



Ce

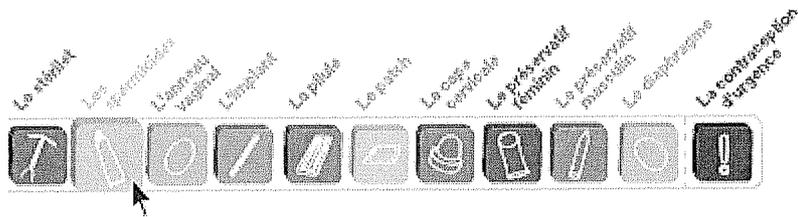
av., I,

8A d'après le code de la République. L'Association française pour la contraception (AFP) est une association loi 1901.

pour la contraception, l'éducation sexuelle et la planification familiale.

re., r le planning familial lyonnaise

Le premier
quent oi's sur
c 311_rception
ombe bie
réponses.



in,•:,11-iations ettpro,73 ---tt_

35 236

on.fr

dé.Frie0e111011
ptrur S2fTbe
inpe
www.inpe.fr

ANNEXE 21

LETTRE D'INFORMATION PATIENTE

Madame, Mademoiselle

Vous recevez ce jour le questionnaire ci-joint.

Celui-ci devra être remis à votre médecin à la fin de votre consultation.

Ce questionnaire est anonyme et servira dans le cadre d'une thèse de médecine générale ayant pour thème la consultation gynécologique.

Veillez répondre le plus sincèrement possible et de la façon la plus complète.

Merci d'avance pour votre aimable participation.

M^{elle} Mégret Valérie

Interne et doctorante en médecine générale

Questionnaire patiente

1. Votre âge ans

2. Votre profession:

- agricultrice employée agricole
 ouvrière artisan, commerçante
 fonctionnaire employée
 profession libérale cadre supérieure
 profession médicale ou paramédicale
 étudiante
 retraitée
 sans profession
 autres

3. Zone d'habitat: (population approximative de votre commune)

- <2 000 2 001 à 5 000 5 001 à 20 000
 20 001 à 50 000 50 000 à 100 000 > 100 000

En cas de doute, indiquez le nom de votre commune •

4. Votre médecin généraliste est:

- un homme une femme

5. Votre médecin généraliste réalise-t-il des consultations de gynécologie?

- Oui Non Je ne me suis jamais posé la question.

6. Avez-vous un suivi gynécologique régulier ?

- Non Oui, 1 fois tous les deux ans.
 Oui, 1 fois par an. Oui, 1 fois tous les six mois.

7. Lors d'une de vos consultations gynécologiques passées, avez-vous fait effectuer un frottis vaginal ?

- Oui Non

Si oui, avec quelle régularité ? :

- Tous les six mois Tous les ans Tous les dix-huit mois
 Tous les deux ans Tous les trois ans Ne se prononce pas

8. Vous pourriez consulter votre médecin généraliste pour une consultation de gynécologie pour ... (plusieurs choix possibles) ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contraception (pilule, stérilet...) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Saignements vaginaux |
| <input type="checkbox"/> Sensations de pesanteur, de douleurs | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Démangeaisons/ infection |
| <input type="checkbox"/> Informations sur la sexualité | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grossesse |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IVG | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles sexuels |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Retard de règles | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pilule du lendemain |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ménopause | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anomalie du sein |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dépistage ou traitement des symptômes d'une infection sexuellement transmissible | |
| <input type="checkbox"/> Vaccination contre le cancer du col de l'utérus | |
| <input type="checkbox"/> Complications lors de l'allaitement | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Examen systématique de surveillance (mammographie, palpation des seins, toucher vaginal, frottis) | |
| <input type="checkbox"/> Difficulté pour obtenir un rendez vous rapide chez un gynécologue | |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : | |
| | |
| | |

9. Avez-vous par le passé consulté votre médecin généraliste pour une urgence d'ordre gynécologique ?

- Oui Non Ne se prononce pas

10. Avez-vous par le passé consulté votre médecin généraliste pour une consultation d'ordre gynécologique non urgente ?

- Oui Non Ne se prononce pas

11. Pour quelle(s) raison(s) refuseriez-vous d'envisager de consulter votre médecin généraliste pour une consultation de gynécologie ?

- Aucune, je n'hésiterais pas à le faire si nécessaire.
- C'est un homme.
- La consultation de gynécologie est intime, ce qui vous gêne pour consulter votre médecin généraliste.
- Vous pensez que votre médecin généraliste n'a pas eu une formation assez poussée en gynécologie.

Votre relation avec votre médecin généraliste n'est pas propice à la consultation de gynécologie.

Je ne sais pas si mon médecin de famille fait des consultations de gynécologie.

— sans opinion

autre (précisez)

.....

12. Pour une consultation de gynécologie, vous préférez:

Un gynécologue	votre médecin généraliste	Indifférent
Une femme	Un homme	Indifférent

13. Dans le cas où vous n'acceptez pas de consultation gynécologique de la part de votre médecin généraliste, quelle(s) proposition(s) pourrai(ent)-elle(s) vous faire changer d'avis (plusieurs réponses possibles) ?

Le fait de constater de plus brefs délais pour obtenir un rendez vous chez le médecin généraliste.

Le fait que votre médecin généraliste soit votre référent de soin.

Le fait de pouvoir si nécessaire consulter un autre médecin généraliste appartenant au même cabinet médical que votre médecin de famille pour la consultation de gynécologie uniquement.

— Le fait de savoir que le cabinet du médecin généraliste possède une organisation spécifique pour les consultations gynécologiques (certains jours précis destinés à cet effet).

Le fait que le médecin généraliste soit une femme.

Le fait de savoir que votre médecin ait suivi une formation spécifique pour la consultation de gynécologie.

Le fait de parvenir à renforcer la relation de confiance vous unissant à votre médecin généraliste.

Sans opinion

Autre (précisez)

.....

.....

Merci pour votre aimable participation à cette enquête

ANNEXE 22

Lettre d'information médecin généraliste

Chère consoeur, cher confrère,

Je me permets de vous solliciter par la présente dans le cadre d'une enquête réalisée en vue de l'obtention de ma thèse de médecine générale dirigée par le Docteur B. Escourrou avec le soutien de l'URML Midi Pyrénées.

L'une des sources principales de ma thèse prend en effet la forme d'une enquête d'opinion avec une analyse factuelle anonyme auprès des praticiens et des patientes de cabinets de médecine générale situés en région Midi Pyrénées.

Ma thèse porte sur la question de l'acceptation de la consultation gynécologique au sein des cabinets de médecine générale.

Je vous fais parvenir ce jour dans cette enveloppe :

- Un questionnaire médecin généraliste, qui vous est spécifiquement destiné.
- dix questionnaires patientes, chacun accompagné d'une lettre d'information
- une enveloppe retour.

Je vous demande, s'il vous plait, de bien vouloir répondre au « questionnaire médecin » et remettre le questionnaire patiente aux **dix premières femmes dont l'âge est compris entre 18 et 80 ans qui viendront consulter** — quelle qu'en soit la raison — dans votre cabinet. Une fois le questionnaire rempli, elles vous le remettront en main propre.

Vous pourrez je vous prie me faire parvenir les questionnaires dans l'enveloppe retour avant, dans la mesure du possible le 15 septembre 2010.

Je vous remercie d'avance pour votre participation à ce projet de recherche et votre aimable volonté d'assistance confraternelle.

Bien cordialement,

Melle Valérie Mégret, Interne des hôpitaux — CHU Limoges détachée auprès du CHU

Toulouse / Doctorante en médecine générale.

Questionnaire médecin généraliste

1. Votre âge. votre commune:

2. Vous êtes:

une femme

un homme

3. Zone d'exercice: (population approximative de votre commune d'exercice)

<2 000 2 001 à 5 000 5 001 à 20 000
 20 001 à 50 000 150 001 à 100 000 > 100 000

En cas de doute indiquez le nom de votre commune •.....

4. Mode d'exercice :

Cabinet hôpital/clinique Les deux
 Exercice individuel Exercice en groupe Remplaçant

5. Votre évaluation quantitative de votre patientelle :

Moins de 3 500 patients. De 3 501 à 5 000 patients.

De 5 001 à 7 500 patients. Plus de 7 500 patients.

6. Votre évaluation de la composition démographique de votre patientelle féminine :

Inférieur à 16 ans	16 à 30 ans	31 à 45 ans	46 à 60 ans	Supérieur à 60 ans
%	%	%	%	%

7. Rencontrez-vous une demande de consultation gynécologique de la part de vos patientes?

oui, très régulièrement (1 fois par jour au minimum)

oui, régulièrement (de 1 à 4 fois par semaine)

oui, parfois (1 à 3 fois par mois)

jamais

8. Êtes-vous amené à pratiquer des actes gynécologiques ?

oui, très régulièrement (1 fois par jour au minimum)

oui, régulièrement (de 1 à 4 fois par semaine)

oui, parfois (1 à 3 fois par mois)

! I jamais

Dans le cas où vous ne pratiqueriez jamais d'actes gynécologiques, quelle en est la raison principale ?

|| Pratique trop chronophage

| Pratique trop coûteuse

| | Manque de patientelle concernée

Manque de formation

Manque de pratique

Manque de matériel adéquat

Manque de motivation

Autres(précisez •.....)

9. Avez-vous élaboré une organisation spécifique pour les consultations gynécologiques ?

Oui

Non

Si oui, s'agit-il ...

| 1 D'une demi-journée hebdomadaire spécifique ?

De consultations exclusivement sur rendez-vous ?

| | Autres (précisez : _____)

10. Dans la liste suivante, quels équipements possédez-vous dans votre cabinet ?

| | Speculum à usage unique

| | Doigtiers

| | Tubes à prélèvements vaginaux

|| Milieu liquide

Cervex Brush

Lampe gynécologique

| | Tabouret réglable

Table avec étriers

| | Informatique

H Autres (précisez : _____)

11. Au cours de votre formation initiale à la faculté, avez-vous, en gynécologie, ... (plusieurs réponses possibles)

H Reçu une formation théorique ?

| Effectué un stage d'observation ?

H Reçu une formation spécifique dans le cadre d'un stage d'externat ?

Reçu une formation spécifique dans le cadre d'un stage d'internat ?

12. Avez-vous suivi en gynécologie une formation complémentaire (plusieurs réponses possibles)?

- Non.
- Oui, un DU. Date et sujet •.....
- Oui, un DIU. Date et sujet •
- Oui, une Formation Médicale Continue.
Date et sujet •.....
- Oui, une Formation Professionnelle Continue.
- Oui, à l'occasion d'un ou plusieurs congrès.
- Autre (précisez)

13. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre pratique professionnelle par rapport à la consultation gynécologique (plusieurs réponses possibles) ?

- Manque d'information sur les avancées en contraception.
Manque d'expérience face à la consultation gynécologique.
Déficit structurel de formation pratique (pose de stérilet, toucher vaginal, frottis, pose implanon...).
- Priorité accordée à d'autres formations médicales continues.
- Réticence manifeste ou implicite des patientes.
- Problème de coordination de soins avec les gynécologues.
- Autre (précisez)
.....
.....
.....

14. Quels sont les motifs des consultations en gynécologie les plus fréquents au sein de votre cabinet de médecine générale ?

	<i>Plusieurs par jour</i>	<i>De 1 à 5 par semaine</i>	<i>Moins d'une par semaine</i>	<i>Jamais</i>
Information sur la sexualité				
Contraception				
Pose de DIU				
Pilule du lendemain				
IVG médicamenteuse				
Aménorrhées				
Dépistage IST				
Consultation de sexologie				
Examen systématique de surveillance (mammographie, palpation des seins, toucher vaginal, examen au spéculum)				
Frottis vaginal				
Vaccination HPV / Rubéole				
Grossesse				
Complications de la grossesse				
Allaitement				
Complications de l'allaitement				
Dépistage Trisomie 21				
Ménopause				
Douleurs pelviennes				
Saignements vaginaux				
Nodule du sein				
Prolapsus vaginaux				
Pesanteur pelvienne				
Démangeaisons ou infection vulvaires				
Leucorrhées				

Autres motifs de consultation gynécologique (précisez)

15. D'après votre expérience, comment pourrait-on améliorer la prise en charge de la consultation de gynécologie en médecine générale pour que celle-ci soit mieux acceptée par les patientes (plusieurs réponses possibles)?

Organiser des consultations lors de demi-journées spécifiquement réservées aux consultations de gynécologie

Mieux informer les patientes du fait que vous prenez en charge les consultations de gynécologie

Améliorer la relation médecin/patiente

Améliorer l'information médicale qui vous est adressée

Autre (précisez)

.....
.....
.....
.....

16. Estimez-vous avoir été suffisamment préparé pendant votre cursus d'études à la prise en charge de la consultation gynécologique ?

Oui Non

17. Si l'on vous proposait une formation médicale continue, que préféreriez-vous (plusieurs réponses possibles)?

Stage ponctuel.

Durée et fréquence envisagées :

Manipulation sur mannequin.

Stages et cours type DU.

Cours uniquement (précisez ci-dessous les thèmes à votre sens souhaitables)

Contraception.

Nouvelles recommandations.

Ré- acquisition des connaissances spécifiques à la gynécologie.

Prévention.

Cancérologie.

Consultations plus ciblées (adolescente, grossesse...) (précisez)

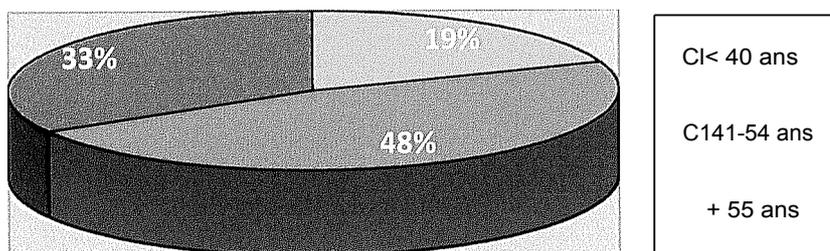
.....

Autre (précisez)

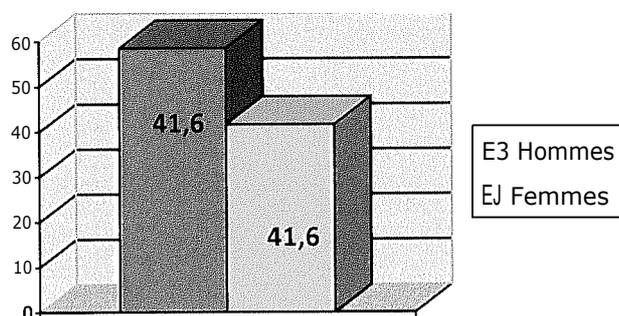
.....

Sans opinion.

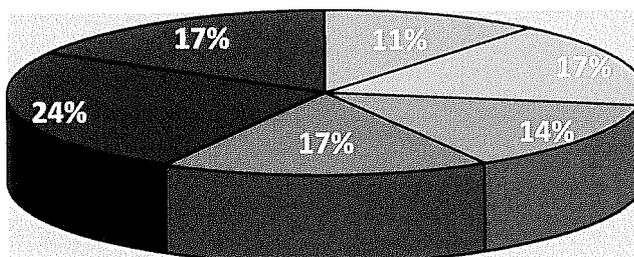
ANNEXES 23 : STATISTIQUES MEDECINS



Graphique 28 : Médecins interrogés : Répartition par tranche d'âge (Y0)

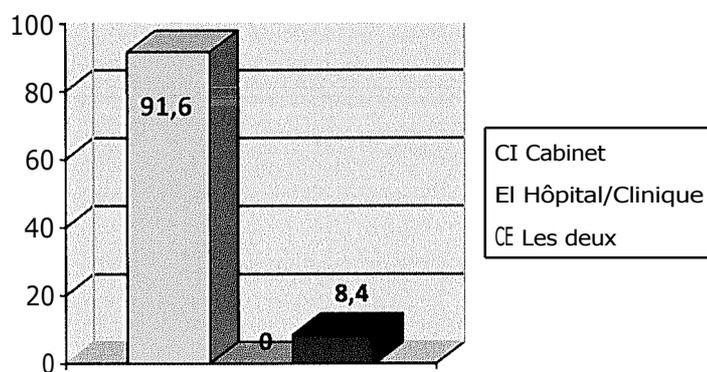


Graphique 29 : Médecins interrogés : Répartition par sexe ((Vo)

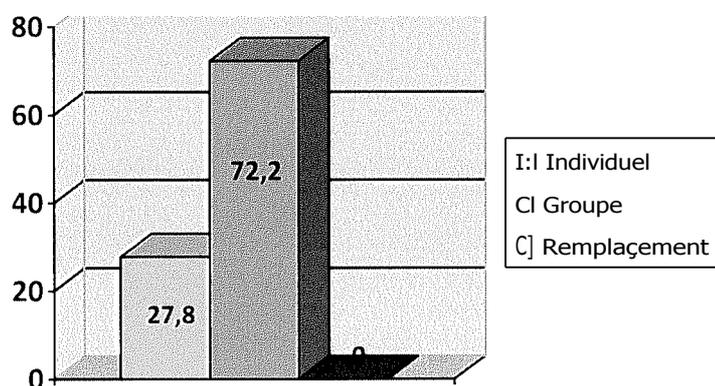


1J < 2 000	CI 2 001 à 5 000	E5001 à 20 000
020 001 à 50 000	Z150 001 à 100 000	0 > 100 000

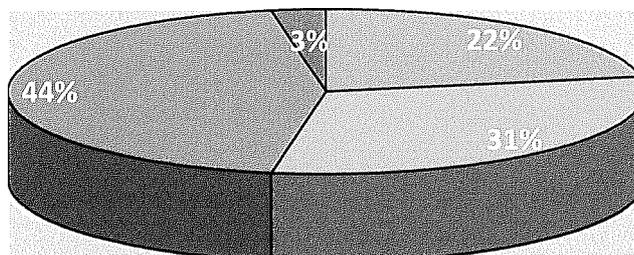
Graphique 3 : Médecins interrogés : Population de la commune d'exercice (%)



Graphique 4 : Médecins interrogés : Structure d'exercice (/o)

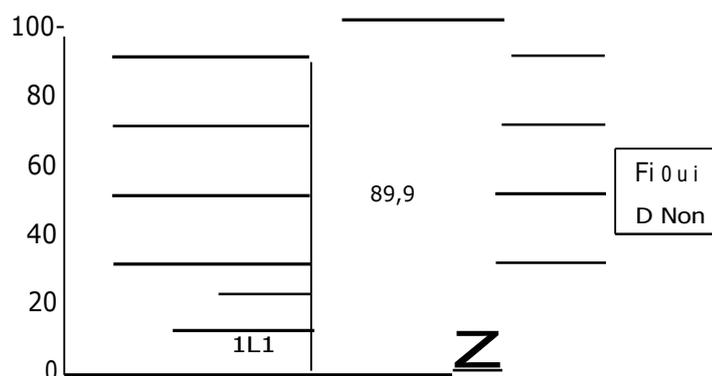


Graphique 5 : Médecins interrogés : Modalité d'exercice (%)



D Très régulières (1 fois par jour minimum)
 D Régulière (1 à 4 fois par semaine minimum)
 D Occasionnelle (1 à 3 fois par mois minimum)
 EI Jamais

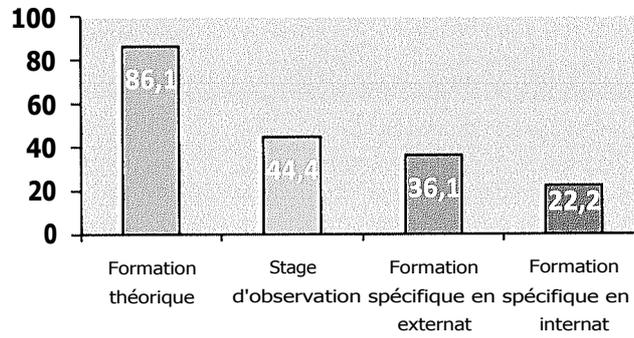
Graphique 6 : Médecins interrogés : Fréquence des demandes de consultation gynécologique (/o)



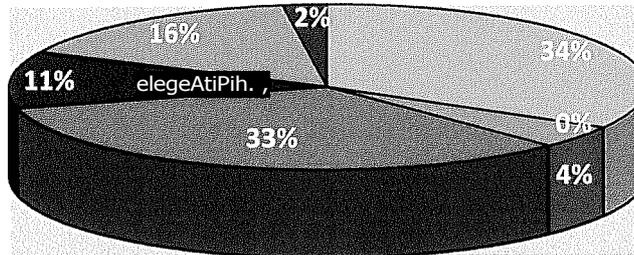
Graphique 7 : Médecins interrogés : Organisation spécifique pour les consultations gynécologiques (%)

Matériel possédé	Nombre total	% global des médecins interrogés
Spéculums à usage unique	32	88,9
Doigtiers	33	91,7
Tubes à prélèvements vaginaux	22	61,1
Milieu liquide	13	36,1
Cervex Brush	21	58,3
Lampe gynécologique	25	69,4
Tabouret réglable	23	63,9
Table avec étriers	30	83,3
Informatique	27	75
Autres réponses	7	19,4
Aucun matériel spécifique	1	2,8

Tableau 6: Médecins interrogés : Matériel gynécologique possédé

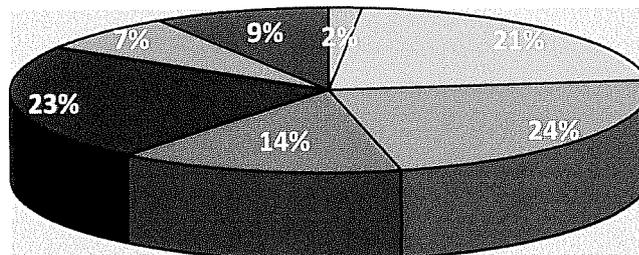


Graphique 8 : Médecins interrogés : Formation initiale en matière de gynécologie (%)



D Aucune	D DU
LUI DIU	D Formation Médicale Continue
• Formation Professionnelle Continue	D Congrès
l'Autres réponses	

Graphique 9: Médecins interrogés : Formation complémentaire en gynécologie (%)

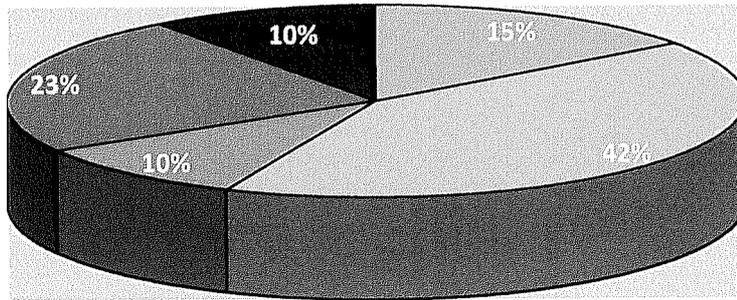


Manque d'information	D Manque d'expérience
D Déficit structurel de formation	D Priorité accordée à d'autres formations
EU Réticence des patientes	Problèmes de coordination interdisciplinaire
3 Autres réponses	

Graphique 10: Médecins interrogés : Difficultés face à la pratique des actes gynécologiques (%)

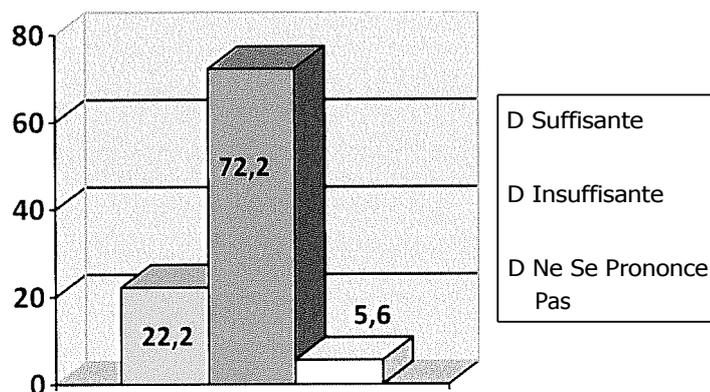
	<i>Plusieurs par jour</i>		<i>De 1 à 5 par semaine</i>		<i>Moins d'une par semaine</i>		<i>Jamais</i>	
	Nombre de réponse	% global de réponse	Nombre de réponse	% global de réponse	Nombre de réponse	% global de réponse	Nombre de réponse	% global de réponse
Information sur la sexualité	1	2,8	7	19,4	21	58,3	7	19,4
Contraception	6	16,7	20	55,6	9	25	1	2,8
Pose de DIU	0	0	0	0	7	19,4	29	80,6
Pilule du lendemain	0	0	0	0	30	83,3	6	16,7
IVG médicamenteuse	0	0	1	2,8	20	55,6	15	41,7
Aménorrhées	0	0	11	30,6	23	63,9	2	5,6
Dépistage IST	1	2,8	11	30,6	19	52,8	5	13,9
Consultation de sexologie	0	0	2	5,6	10	27,8	14	38,9
Examen systématique de surveillance (mammographie, palpation des seins, toucher vaginal, examen au spéculum)	2	5,6	18	50	15	41,7	1	2,8
Frottis vaginal	1	2,8	15	41,7	12	33,3	8	22,2
Vaccination contre cancer du col	0	0	14	38,9	20	55,6	2	5,6
Grossesse	0	0	10	27,8	20	55,6	6	16,7
Complications de la grossesse	0	0	2	5,6	23	63,9	11	30,6
Allaitement	0	0	3	8,3	25	69,4	8	22,2
Complications de l'allaitement	0	0	2	5,6	27	75	7	19,4
Dépistage Trisomie 21	0	0	0	0	20	55,6	16	44,4
Ménopause	3	8,3	15	41,7	16	44,4	2	5,6
Douleurs pelviennes	2	5,6	21	58,3	12	33,3	1	2,8
Saignements vaginaux	0	0	6	16,7	27	75	3	8,3
Nodule du sein	0	0	0	0	34	94,4	2	5,6
Prolapsus vaginaux	0	0	1	2,8	30	83,3	5	13,9
Pesanteur pelvienne	0	0	10	27,8	25	69,4	1	2,8
Démangeaisons ou infection vulvaires	1	2,8	11	30,6	13	36,1	1	2,8
Leucorrhées	1	2,8	20	55,6	13	36,1	2	5,6
Autres réponses	0	0	0	0	5	13,9	31	86,1

Tableau 7: Médecins interrogés : Estimation des motifs de consultation gynécologique



D1/2 journées spécifiques
 D Meilleure information des patientes
 D Amélioration de la relation médecin/patiente
 D Amélioration de l'information médicale à destination des médecins
 a Autres réponses

Graphique 11: Médecins interrogés : Possibilités d'amélioration de la prise en charge gynécologique par les médecins généralistes (°/0)



Graphique 12 : Médecins interrogés : Ampleur de la formation initiale en gynécologie (%)

Type de formation	Nombre de réponses	% global des réponses
Stage ponctuel	12	15,2
Manipulations sur mannequin	12	15,2
Stage et cours de type DU	10	12,7
Cours théoriques, thème contraception	12	15,2
Cours théoriques, thème nouvelles recommandations	2	2,5
Cours théoriques, thème connaissances gynécologiques	6	7,6
Cours théoriques, thème prévention	6	7,6
Cours théoriques, thème cancérologie	2	2,5
Cours théoriques, Autres thèmes	6	7,6
Autres formations	6	7,6
Sans opinion	5	6,3

Tableau 8 : Médecins interrogés : Préférences en matière de formation complémentaire en gynécologie

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages et articles

- AUSSEDT Christian. Frottis cervical : pourquoi et comment le réaliser au cabinet du médecin généraliste. *La Revue du Praticien*, 2007, tome 21, n.788-789, page 1088.
- o BATAILLON Rémy, LEVASSEUR Gwenola, SAMZUN Louis. Comment améliorer la prévention en médecine générale ? *La Revue du Praticien*, 2006, tome 20, n.750-751, pages 1313-1316.
- BOHBOT Jean-Marc. Infections génitales basses. *La Revue du Praticien*, 2007, tome 21, n.782-783, pages 831-833.
- BRILLAC Thierry, FREYENS Anne, ROUGE-BUGAT Marie-Eve, BISMUTH Michel, ESCOURROU Brigitte, ABITTEBOUL Yves, OUSTRIC Stéphane. Quelle prise en charge après frottis cervico-utérin ? *La Revue du Praticien*, 2010, tome 24, n.840, pages 331-336.
- FIGON Sophie, FLORI Marie, LE GOAZIOU Marie-France. Frottis cervico-utérin. *La Revue du Praticien*, 2004, tome 18, n.646-647, pages 417-425.
- FLORI Marie. Suivez-vous les grossesses ? *La Revue du Praticien*, 2006, tome 20, n.740-741, pages 873-877.
- LANSAC Jacques (dir.). *Gynécologie -obstétrique pour les médecins généralistes*. Paris : Diffusion Vigot, 2005. 150 pages.
- LECUIT Marc. Les infections bactériennes au cours de la grossesse. *La Revue du Praticien*, 2007, tome 21, n.778-779, pages 721-726.
- o MAGNIER Jean-Claude. IVG médicamenteuse en ville. *La Revue du Praticien*, 2007, tome 21, n.786-787, pages 994-995.

II. Thèses de doctorat

- APPAP LAGRANGE Sabine. *Suivi gynécologique de la femme : médecin généraliste ou gynécologue*, 86 pages. Thèse de doctorat : médecine générale. Paris VI: 2001.
- o CHARIER Yann, *Les motifs fréquents de consultation gynécologique en médecine générale : pratiques, freins et difficultés, à propos d'une étude réalisée auprès des*

médecins généralistes de la Corrèze, 129 pages. Thèse de doctorat : médecine générale. Limoges : 2009.

- COSTES Magali. *Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées*, 226 pages. Thèse de doctorat : médecine générale, Toulouse III, 2006.
- DIAS Sabrina. *Etat des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France*, 139 pages. Thèse de doctorat : médecine générale. Paris VII : 2010.
- FLORENTIN BALLEE Dominique. *Gynécologie de l'adolescente en médecine générale*. 109 pages. Thèse de doctorat : médecine générale. Nancy : 1983.
- HUMEAU AUBIN Sandrine. *Gynécologie médicale et médecine générale : état es lieux et perspectives à partir d'une enquête mené auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154 patientes*, 67 pages. Thèse de doctorat : médecine générale. Nantes : 2004.
- LEISSLER Tiphaine. *Analyse des pratiques professionnelles du suivi de grossesse par le médecin généraliste*, 133 pages. Thèse de doctorat : médecine générale. Toulouse III : 2009.
- LEOTY Mathilde. *L'information des femmes sur leur suivi gynécologique en médecine générale*, 87 pages. Thèse de doctorat : médecine générale, Toulouse III, 2009.
- NALET Sophie. *Les consultations en urgence de gynécologie-obstétrique, le rôle des services d'urgence ? le rôle des médecins généralistes ?* 71 pages. Paris VI: 2007.
- ORA Mélanie. *Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leur prises en charge gynécologique de première intentions*, 60 pages. Thèse de doctorat : médecine générale. PARIS XII : 2007.
- SETHAVONG BRESSIER Marie. *Médecine générale, regards croisés sur une profession : enquête auprès des patients et des médecins généralistes sur leur vision de la médecine générale*, 72 pages. Thèse de doctorat : médecine générale. Aix-Marseille : 2008.

III. Ressources électroniques

- BARLET Muriel, FAUVET Laurent, GUILLAUMAT-TAILLIET François, OLIER Lucile.
Quelles perspectives pour la démographie médicale ? Paris : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques, 2010. Disponible sur :
[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=08\(ref_id=fsr10](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=08(ref_id=fsr10)
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. *Atlas de la population médicale.*
Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2009. Disponible sur :
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2009_0.pdf
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. *Code de déontologie médicale.*
Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2009. Disponible sur :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous>
- ECOLE DES HAUTES [TU DES EN SANTE PUBLIQUE. *Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Bretagne : enjeux et faisabilité.* Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2009. Disponible sur :
ressources.ensp.fr/memoires/2009/mip/groupe_10.pdf
- FEDERATION NATIONALE DES COLLEGES DE GYNECOLOGIE MEDICALE. *Enquête BVA : Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique.* Paris : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale, 2008. Disponible sur :
www.f_nw.f_m_gm.com/ressenti_bva.html?content&view=article&id=8&Itemid=36
- GODEFROY Pascal, LEON Olivier. *Projections régionales de population à l'horizon 2030.* Paris : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques, 2006.
Disponible sur :
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1111gtreg_id=0
- GRUNFELD Jean Pierre. *Recommandations pour le plan cancer 2009 -2013.* Paris : Institut National du Cancer, 2009. Disponible sur : http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20092013_02112009.pdf
- HAUT CONSEIL A LA SANTE PUBLIQUE. *Avis du comité technique des vaccinations et du conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18.* Paris : Haut Conseil à la Santé Publique, 2007.
Disponible sur : http://www.hcsp.fr/docspdfichspf/avis_mt_090307_papillomavirus.pdf

- HAUT CONSEIL A LA SANTE PUBLIQUE. *Avis relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 16 et 18 par un vaccin bivalent*. Paris : Haut Conseil à la Santé Publique, 2007. Disponible sur : http://www.hcsp.fridocspdf/avisrapports/hcspa20071214_Papillornavirus.pdr
- HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Guide affection de longue durée – cancer du sein*. Paris : Haute Autorité de Santé, 2010. Disponible sur : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf
- HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Guide affection de longue durée — cancer de l'ovaire*. Paris : Haute Autorité de Santé, 2010. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald30_gm_k_ovaire_vd_2010-02-1\]._15-00-56_15.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald30_gm_k_ovaire_vd_2010-02-1]._15-00-56_15.pdf)
- HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Guide affection de longue durée — infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIN)*. Paris : Haute Autorité de Santé, 2007. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/icms/c_634723/ald-n-7-infection-par-le-virus-del-immunodeficiencie-humaine-vih
- HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Recommandations pour la pratique clinique — suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Paris : Haute Autorité de Santé, 2007. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/icms/c_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
- HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Recommandations pour la pratique clinique — comment mieux informer les femmes enceintes ?* Paris : Haute Autorité de Santé, 2005. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
- HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Recommandations pour la pratique clinique — stratégies des choix des méthodes contraceptives chez la femme*. Paris : Haute Autorité de Santé, 2004. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/icms/c_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme
- HAUTE AUTO RITE DE SANTE. *Recommandations pour la pratique clinique — grossesse et tabac*. Paris : Haute Autorité de Santé, 2004. Disponible sur : http://www.has-sante.friportail/icms/c_272381/grossesse_et_tabac

- HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Recommandations pour la pratique clinique — Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause*. Paris : Haute Autorité de Santé, 2004. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/icms/c_27230871es-traitements-hormonaux-substitutifs-de-la-menopause
- HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Recommandations pour la pratique clinique — Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale*. Paris : Haute Autorité de Santé, 2003. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/cms/c_272291/prise-en-charge-de-lincontinence-urinaire-de-la-femme-en-medecine-generale-actualisation-2003
- HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Recommandations pour la pratique clinique — Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal*. Paris : Haute Autorité de Santé, 2002. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/icms/c_272243/conduite-a-tenir-devant-une-patiente-ayant-un-frottis-cervico-uterin-anormal-actualisation-2002
- HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Recommandations pour la pratique clinique — Allaitement maternel*. Paris : Haute Autorité de Santé, 2002. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/icms/c_272220/allaitement-maternel-mise-en-oeuvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-lenfant
- HAUTE AUTO RITE DE SANTE. *Recommandations pour la pratique clinique — Classification en six catégories des images mammo graphiques en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique*. Paris : Haute Autorité de Santé, 2002. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/icms/c_272162/classification-en-six-categories-des-images-mammographiques-en-fonction-du-degre-de-suspicion-de-leur-caractere-pathologique-correspondance-avec-le-systeme-birads-de-lamerican-college-of-radiology-acr
- INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES ET DES ETUDES ECONOMIQUES. *Estimations de la population au 1^{er} janvier 2009 par région, département, sexe et âge*. Paris : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques, 2010. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=estim-pop
- INSTITUT NATIONAL DU CANCER. *Dépistage du cancer du col de l'utérus*. Paris : Institut National du Cancer, 2010. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-du-col-de-luterus>

- INSTITUT NATIONAL DU CANCER. *Dépistage du cancer du col de l'utérus : outils d'information « tous publics »*. Paris : Institut National du Cancer, 2010.
Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-du-col-deluterus/les-outils-dinformation-tous-publics>
- INSTITUT NATIONAL DU CANCER. *Dépistage du cancer du col de l'utérus : dossier à l'attention des professionnels*. Paris : Institut National du Cancer, 2010.
Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-du-col-de-luterus/dossier-dinformation-pour-les-professionnels>
- INSTITUT NATIONAL DU CANCER. *Dépistage organisé du cancer du sein*. Paris : Institut National du Cancer, 2010. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-du-sein>
- INSTITUT NATIONAL DU CANCER. *Dépistage organisé du cancer du sein : dossier à l'attention des professionnels*. Paris : Institut National du Cancer, 2010.
Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-du-sein/dossier-pour-les-professionnels>
- INSTITUT NATIONAL DU CANCER. *Les acteurs du dépistage*. Paris : Institut National du Cancer, 2010. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/depistage/acteurs-du-depistage>
- MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE. *Organisation de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales*, B.O. n.23 du 7 juin 2007. Paris : Ministère de l'Education Nationale, 2007. Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>
- **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS**. *Présentation de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire*. Paris : Ministère de la Santé et des Sports, 2010. Disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>
- **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS**. *Programme des travaux de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, 2010-2011*. Paris : Ministère de la Santé et des Sports, 2010. Disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html>

- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE. *Le renouvellement des médecins*. Paris : Ministère de la Santé et des Sports, 2010.

Disponible sur : <http://www.santeleunesse-sports.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html>

TAFPLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	8
SOMMAIRE	13
EXPOSÉ	15
I. INTRODUCTION	16
II. ÉTAT DES LIEUX	18
1. POPULATION MÉDICALE	18
A. GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX ET OBSTÉTRIQUES	18
a. Population et répartition	18
b. Evolutions des Cours de formation	20
c. Evolution démographique	21
B. MÉDECINS GÉNÉRALISTES AVANT 2004	22
a. Population et répartition	22
b. Formation avant 2004	23
c. Evolution démographique et apparition de nouvelles pratiques	23
C. INTERNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE DEPUIS 2004.	24
a. Bases exigibles en gynécologie à la fin du DCEM4.	24
b. Nombres de postes et répartition aux Examens Classant Nationaux.	24
c. Nouveaux cursus et stages obligatoires.	25
2. RECOMMANDATIONS	27
A. SUIVI ET SURVEILLANCE DES FEMMES.	27
a. Contraception	27
b. Grossesse	28
c. Frottis cervico-utérin	29
d. Dépistage et suivi du Cancer du col de l'utérus	29
e. Dépistage et suivi du cancer du sein	30
B. ÉDUCATION POUR LA SANTÉ	31
a. Suivi médical régulier	31
b. Information sur les IST (Infections Sexuellement Transmissibles)	32
c. Information sur la contraception	33
d. Vaccination contre le HPV	34
3. INFORMATIONS DES PATIENTES	35
A. CAMPAGNES DE DÉPISTAGE	35
a. Dépistage de masse avec le cancer du sein	35

b.	Dépistage individuel avec le cancer du col de l'utérus	36
B.	CAMPAGNES D'INFORMATION.	36
a.	Contraception	36
b.	Sexualité et IST	37
c.	Vaccination contre le HPV	37
C.	SITES WEB	37
a.	Sites institutionnels	37
b.	Sites non institutionnels.	38
c.	Les forums	38
III.	MATÉRIEL ET MÉTHODES	39
1.	OBJECTIFS ET MATÉRIEL	39
A.	OBJECTIFS	39
B.	MATÉRIEL	39
2.	MÉTHODES	40
A.	RECHERCHE SITOGRAPHIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE.	40
B.	ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE PATIENTE.	40
C.	ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE.	42
D.	SÉLECTION DES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE	43
E.	ANALYSE STATISTIQUE.	43
IV.	RÉSULTATS	44
1.	DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES	45
2.	QUESTIONS MÉDICALES	47
3.	OUVERTURE VERS UNE AMÉLIORATION DES PRATIQUES	57
V.	DISCUSSION	60
1.	LES LIMITES DE L'ÉTUDE	60
2.	APPORTS DU TRAVAIL	61
A.	Les données démographiques	61
B.	Les questions médicales	62
C.	Ouverture : vers une amélioration des pratiques	64
VI.	CONCLUSION	67
ANNEXES	69
Annexe 1	70

Annexe 2	71
Annexe 3	72
Annexe 4	73
Annexe 5	74
Annexe 6	75
Annexe 7	77
Annexe 8	80
Annexe 9	82
Annexe 10	85
Annexe 11	87
Annexe 12	88
Annexe 13	96
Annexe 14	97
Annexe 15	98
Annexe 16	99
Annexe 17	100
Annexe 18	101
Annexe 19	103
Annexe 20	107
Annexe 21	108
Annexe 22	112
Annexes 23 : statistiques médecins	118
BIBLIOGRAPHIE	125
I. Ouvrages et articles	126
II. Thèses de doctorat	126
III. Ressources électroniques	128
TABLE DES MATIERES	133
SERMENT D'HIPPOCRATE	137

SEIIMURT D'HIPPOCRAI E

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

TITRE en anglais :

"The global view of female patients about gynecological consultation in general practice"

RÉSUMÉ en anglais :

Assuming the foreseeable decrease of the medical population in close future, some difficulties are to be considered beforehand concerning the access to gynecologists.

Which protocols or methods have to be carry out to make easier for the women the acceptance of the intervention of the family doctor in gynecological consultation ? What specifiers encourage numerous patients to think that her family doctor does not constitute, as suggested several studies, the main interlocutor about gynecological follow-up care ?

Our study's purpose is to contribute to examine this general problematic, with specific consideration about the major question of women's point of view about gynecological consultation in general practice.

We made a survey carried out among 1 000 adult female patients in 100 general practices in Midi-Pyrénées region. 337 answers were gathered.

In the eyes of many women, the family doctor isn't the first person to turn to in case of "gynecological emergency". We have be able to determine the fact that in urban area, gynecological follow-up care seems to be less regular than in rural area, that some women over 61 years old cease their follow-up, and above ail the existence of an appreciable women-expressed doubt about family doctors' gynecological capabilities and a reluctance to appeal to their advice in that matter.

Lastly, our study intend to suggest some leads in order to contribute to resolve a part of this actual difficulties.