

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 4 octobre 2024

Par Laura HAVARD

Née le 4 octobre 1996 à Castres

Facteurs motivationnels et/ou freins des patientes pour réaliser leur suivi gynécologique chez le médecin généraliste

Thèse dirigée par le Docteur Marine BLONDEL et codirigée par le Docteur Karen RUDELLE

Examineurs :

Mme. Le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG Limoges, Présidente

M. Le Professeur Gaëtan HOUDARD, PU-MG Limoges, Assesseur

Mme le Docteur Karen RUDELLE, MCU-MG Limoges, Juge

Mme le Docteur Marine BLONDEL, PH médecin urgentiste, Membre invité

M. le Docteur Nicolas EL HAGE ASSAF, PH Gynécologue Obstétricien, Membre invité





Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 4 octobre 2024

Par Laura HAVARD

Née le 4 octobre 1996 à Castres

Facteurs motivationnels et/ou freins des patients pour réaliser leur suivi gynécologique chez le médecin généraliste

Thèse dirigée par le Docteur Marine BLONDEL et codirigée par le Docteur Karen RUDELLE

Examineurs :

Mme Le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG Limoges, Présidente

M. Le Professeur Gaëtan HOUDARD, PU-MG Limoges, Assesseur

Mme le Docteur Karen RUDELLE, MCU-MG Limoges, Juge

Mme le Docteur Marine BLONDEL, PH médecin urgentiste, Membre invité

M. le Docteur Nicolas EL HAGE ASSAF, PH Gynécologue Obstétricien, Membre invité



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOThERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

KARAM Henri-Hani

MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise

CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien

ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme

CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

PASCAL Virginie

IMMUNOLOGIE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

SALLE Henri

NEUROCHIRURGIE

SALLE Laurence

ENDOCRINOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

YERA Hélène

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE (mission
temporaire)

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale

SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BUREAU-YNIELA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

DARDE Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

DESSPORT Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MERLE Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2019 au 31-08-2023

VIROT Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément

HERAULT Kévin

RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

Remerciements

Au Président du jury :

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,

Professeur Universitaire de Médecine Générale,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de Thèse. Je tenais à vous remercier pour l'implication que vous faites auprès de nous et de tous les internes en médecine générale durant notre cursus.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Gaëtan HOUDARD,

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale,

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury, je vous remercie pour votre disponibilité et d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Karen RUDELLE,

Chef de Clinique des Universités, Docteur en Médecine Générale,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et d'avoir co-diriger ma thèse avec le Docteur BLONDEL. Merci de l'intérêt que vous y avez apporté et de votre disponibilité au moindre questionnement.

Madame le Docteur Marine BLONDEL

Praticien Hospitalier, Docteur en Médecine Urgentiste,

Marine, je te remercie d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Travailler avec toi a été un plaisir que ce soit aux Urgences ou pour la thèse. Merci pour ta disponibilité, ton soutien, ton savoir et ta gentillesse tout au long de ce travail. J'espère que tu garderas un bon souvenir de ce travail et que tu accepteras d'en diriger d'autres à l'avenir.

Monsieur le Docteur Nicolas EL HAGE ASSAF

Praticien Hospitalier, Docteur en Gynécologie Obstétrique

Nicolas, je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de juger ce travail. Finir mon internat dans ton service aura été un plaisir. Un grand merci pour ta facilité d'accès car tu es toujours à notre écoute et à nous apporter l'aide nécessaire.

A toutes les personnes de mon entourage :

A mon meilleur ami d'enfance, **Nicolas**, qui me supporte depuis l'âge de 6 ans. Nos retrouvailles annuelles sont comme si on ne s'était jamais quitté.

Mazarine, le quatrième enfant du week-end. Toujours à essayer de nouvelles expériences culinaires à deux. Pratiquer le tennis ou des balades sous la pluie. Tout ça pour finir par faire les commères.

A mes amis de lycée, **Mélanie F., Marion et Anaïs** qui ont été présentes pour moi, tout du long de mes études.

A mes amis rencontrés durant mes études :

Elise, Julien C., Mélanie B., la PACES aura amené à rencontrer des énergumènes incroyables et drôles.

Gwendoline, cette première soirée d'intégration aura permis de créer une belle amitié avec des aventures parfois ubuesques. On se souviendra de la randonnée où on a fini par escalader la montagne, l'inondation du Airbnb ou bien de l'arrachage du pare-chocs arrière de la voiture en voyage.

Alice, les cours de fitness n'auront pas tenu longtemps mais nos tea-times restent obligatoires. Ils vont me manquer avant ton retour à Toulouse. Nos discussions littéraires ou bien cinéphiles restent des moments inoubliables.

Tania, toujours présente pour un petit verre amenant ta gentillesse et ta douceur.

Marie, notre partenariat décoration de gala m'aura donné une amitié en or.

Aline, le soleil de nos journées, passer du temps avec toi permet de redonner le sourire direct avec des blagues ou juste ton rire.

La fine équipe **Jérôme, Julien F., Timothée, Yoan, Anthony, Mickael, Gwendoline**, toujours un plaisir de vous retrouver pour de nouvelles aventures.

A mes co-internes, **Marian, Fanny, Clémence, Sylvie, Alina**. J'aurais eu la chance de n'avoir que des co-internes cools. Toujours disponibles pour papoter, rigoler et prendre un petit verre en dehors du travail. Chaque stage, c'était un plaisir de revenir dans le service pour voir vos têtes. Je savais que j'avais mes ou mon acolyte pour blablater entre deux patients. Sans vous, mon internat n'aurait pas été le même.

Au **Docteur François TURON**, praticien durant mon premier stage d'internat, avec qui j'ai bien rigolé durant les visites à domicile dans ses belles voitures de collection. Ce fut un plaisir de travailler avec toi et merci d'avoir amené une forme de rassurance. Ton humour m'a rappelé mon père qui était loin à cause du changement de région pour l'internat.

Au Docteur **Jules LAGRAFEUIL**, praticien durant mon SASPAS avec qui j'ai adoré travailler. Tu as une manière différente de voir le monde qui est rafraichissante.

A **l'équipe des Urgences de Tulle**, merci pour ce semestre d'été. Beaucoup redoutent ce stage mais grâce à votre accompagnement, jamais je n'ai ressenti du stress sur une situation parfois instable.

A **l'équipe de Gynécologie de Tulle**, merci pour votre accueil, la fin de l'internat se terminera sur un stage incroyable avec une équipe en or.

A ma famille :

A mes parents, **Robert et Muriel**, qui m'ont soutenu durant toutes mes études. Ils m'ont poussé à faire médecine malgré des professeurs qui ne croyaient pas en moi. En particulier ma mère qui passait une heure par jour, tous les jours durant la PACES à devoir m'encourager parce que je ne croyais pas en moi-même.

A mes frères, **Gabriel et Thomas** qui étaient mes deux clowns me remontant le moral quand cela n'allait pas avec leurs farces. Nous avons beau être des adultes, de vrais enfants quand nous nous retrouvons.

A mes **grands-parents**, tous n'auront pu me voir terminer mes études mais je sais qu'ils seraient fières d'avoir une petite fille médecin.

A ma **belle-famille**, je suis contente de vous avoir rencontré et vous remercie de m'accueillir dans votre famille.

Le meilleur pour la fin, **Julien**, l'homme qui partage ma vie depuis le début de l'internat et qui devrait me supporter jusqu'à la fin de ses jours. Je te remercie d'avoir été à mes côtés pendant ses 3 années d'internat. Tu as rendu mon internat plus coloré par ta présence. Tu es à la fois mon opposé et mon double. Qu'est ce que tu as pu me faire rire pendant ces 3 ans ! Les meilleurs fous rires et j'espère que cela va continuer. Tu as été d'une grande patience avec moi quand j'étais de mauvaise humeur. Toujours souriant, toujours partant pour faire de nouvelles choses, toujours attentionné. Je n'aurais pas pu souhaiter mieux. Tous le monde devrait avoir un Julien dans sa vie. L'internat clos une partie de notre histoire. De nouveaux chapitres vont commencer par la suite et j'ai hâte de les vivre avec toi.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux)

BVA (Brulé, Ville et Associé)

CCU (Cancer du Col de l'Utérus)

CHU (Centre Hospitalier Universitaire)

CIANE (Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance)

CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français)

DES (Diplôme d'Études Spécialisées)

DIU (Diplôme Interuniversitaire)

DPC (Développement Professionnel Continu)

DU (Diplôme Universitaire)

ECOS (Examens Cliniques Objectifs et Structurés)

EDN (Épreuves Dématérialisées Nationales)

FCU (Frottis Cervico-utérin)

FMC (Formation Médicale Continue)

FNCGM (Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale)

GM (Gynécologue Médical)

GO (Gynécologue Obstétricien)

HCE (Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes)

HPV (Human Papillomavirus)

IFOP (Institut Français d'Opinion Publique)

IRSAF (Institut de Recherche et Action pour la Santé de la Femme)

IST (Infection Sexuellement Transmissible)

LAS (Licence avec option Accès Santé)

MG (Médecin Généraliste)

PACES (Première année commune aux études de santé)

PASS (Parcours d'Accès Spécifique Santé)

Pr (Professeur)

SF (Sage-femme)

VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine)

Table des matières

Introduction	23
1.1. Généralités	24
1.1.1. Démographie.....	24
1.1.1.1. Démographie générale du Limousin.....	24
1.1.1.2. Démographie médicale du Limousin	24
1.1.1.2.1. Gynécologue	25
1.1.1.2.2. Médecin généraliste.....	26
1.1.1.2.3. Sage-femme	27
1.1.2. Etat des lieux de l'accès aux soins gynécologiques.....	28
1.2. Examen gynécologique.....	29
1.2.1. Son déroulement	29
1.2.2. Evolution dans sa formation	29
1.2.3. Souffrance gynécologique	30
1.3. Suivi gynécologique par les médecins généralistes hors grossesse.....	32
1.3.1. Formation	32
1.3.1.1. Enseignement gynécologique	33
1.3.2. Les pratiques du médecin généraliste	34
1.3.2.1. Infections sexuellement transmissibles (IST).....	34
1.3.2.2. Cancer du col de l'utérus.....	34
1.3.2.3. Cancer du sein.....	35
1.3.2.4. Contraception.....	36
1.3.2.5. Ménopause	37
1.4. Réalisation du suivi gynécologique chez le médecin généraliste.....	37
1.4.1. Freins identifiés	37
1.4.2. Motivations identifiées	38
Matériel et Méthode.....	39
2.1. Type d'étude	39
2.2. Objectifs de l'étude	39
2.2.1. Objectif principal.....	39
2.2.2. Objectifs secondaires	39
2.3. Description du questionnaire	39
2.4. Population étudiée	39
2.5. Diffusion du questionnaire.....	40
2.6. Recueil des données et analyse statistique.....	40
Résultats	41
3.1. Caractéristiques des répondants.....	42
3.1.1. Age.....	42
3.1.2. Zone d'habitation	42
3.1.3. Niveau d'étude	43
3.1.4. Patiente ayant eu des enfants	43
3.1.5. Médecin traitant.....	43
3.1.5.1. Distance entre le domicile et le médecin traitant	43
3.2. Suivi gynécologique	44
3.2.1. Patientes avec un suivi gynécologique	44
3.2.2. Délai du dernier frottis des patientes.....	44

3.2.3. Fréquence des consultations gynécologiques des patientes	46
3.2.4. Praticiens réalisant le suivi gynécologique des patientes.....	47
3.2.5. Connaissance des patientes sur la pratique du frottis par leur médecin traitant...	48
3.2.6. Connaissance des patientes sur la détention d'un DU en gynécologie par leur médecin traitant.....	49
3.2.7. Consultation par motif.....	50
3.2.7.1. Consultation pour le motif de la contraception.....	50
3.2.7.2. Consultation pour le motif frottis	50
3.2.7.3. Consultation pour le motif mammographie	51
3.2.7.4. Consultation pour d'autres suivis gynécologiques	51
3.2.7.5. Consultation pour motif d'urgences gynécologiques.....	52
3.2.8. Genre des praticiens réalisant le suivi des patientes (gynécologie et hors gynécologie).....	52
3.2.9. Délais des rendez-vous chez les praticiens	54
3.3. Cause d'absence de suivi gynécologique.....	55
3.4. Explications et ressenti des patientes	56
3.4.1. Explications données durant le suivi gynécologique	56
3.4.2. Ressenti des patientes durant le suivi gynécologique	57
3.5. Raison de n'avoir jamais consulté de gynécologue	58
3.6. Raison de n'avoir jamais consulté un médecin généraliste pour une cause gynécologique.....	59
3.7. Refus d'examen gynécologique chez le médecin généraliste.....	60
3.8. Le suivi gynécologique chez le médecin généraliste	61
3.8.1. Les freins au suivi gynécologique par le médecin généraliste.....	61
3.8.2. Les facteurs favorisant le suivi gynécologique par le médecin généraliste	62
3.8.3. Patientes prêtes à réaliser le suivi gynécologique chez le médecin généraliste...	62
Discussion.....	63
4.1. Validité interne	63
4.1.1. Faiblesse de l'étude.....	63
4.1.2. Les points forts de notre étude	64
4.2. Validité externe	64
4.2.1. Données sociales démographiques.....	64
4.2.2. Suivi gynécologique.....	65
4.2.2.1. Fréquence des consultations gynécologiques	66
4.2.2.2. Praticiens réalisant le suivi gynécologique	66
4.2.2.3. Connaissance des patientes sur les pratiques du MG	67
4.2.2.4. Praticiens consultés selon le motif	68
4.2.2.5. Délais de rendez-vous chez les praticiens.....	68
4.2.3. Absence de suivi gynécologique.....	69
4.2.4. Explications et ressentis durant le suivi gynécologique.....	69
4.2.5. Freins et motivations du suivi gynécologique par le médecin généraliste	70
4.2.5.1. Freins.....	70
4.2.5.1.1. La formation différente entre un gynécologue et le MG.....	71
4.2.5.1.2. Le sexe masculin du médecin généraliste	71
4.2.5.1.3. La gêne envers le médecin généraliste	71
4.2.5.1.4. L'âge du praticien	72
4.2.5.1.5. La méconnaissance du suivi gynécologique réalisé par le médecin généraliste.....	72

4.2.5.2. Facteurs motivationnels	72
4.2.5.2.1. Facilité d'accès au médecin généraliste.....	73
4.2.5.2.2. La confiance envers le médecin généraliste	73
4.2.5.2.3. Détention d'un DU en gynécologie par le MG	73
4.2.5.2.4. Réaliser l'ensemble de son suivi chez le MG	73
4.3. Ouverture.....	74
Conclusion	76
Références bibliographiques	77
Annexes	85
Serment d'Hippocrate.....	91

Table des illustrations

Figure 1 : Diagramme de flux des questionnaires.....	41
Figure 2 : Répartition des femmes selon les classes d'âges.....	42
Figure 3 : Répartition des femmes selon zone d'habitation n=268.....	42
Figure 4 : Répartition des femmes selon le niveau d'étude.....	43
Figure 5 : Répartition des femmes selon la distance du domicile avec le cabinet du médecin généraliste.....	43
Figure 6 : Délais du dernier frottis des femmes n=268.....	44
Figure 7 : Fréquence des consultations gynécologiques des patientes	46
Figure 8 : Répartition entre les praticiens du suivi gynécologique des patientes n=219.....	47
Figure 9 : Répartition des patientes selon leur connaissance sur la pratique du frottis par leur médecin généraliste n=266	48
Figure 10 : Répartition des patientes selon leur connaissance sur la détention d'un DU en gynécologie par leur médecin généraliste n=266.....	49
Figure 11 : Répartition entre praticiens consultés pour la contraception	50
Figure 12 : Répartition entre praticiens consultés pour le frottis.....	50
Figure 13 : Répartition entre praticiens consultés pour la mammographie	51
Figure 14 : Répartition entre praticiens consultés pour les autres suivis gynécologiques	51
Figure 15 : Répartition entre praticiens consultés pour les urgences gynécologiques.....	52
Figure 16 : Répartition par explications données durant le suivi gynécologique.....	56
Figure 17 : Taux des sentiments ressentis par les patientes durant leur suivi.....	57
Figure 18 : Répartition des raisons de n'avoir jamais consulté de gynécologue.....	58
Figure 19 : Répartition des raisons de n'avoir jamais consulté le MG pour de la gynécologie	59
Figure 20 : Répartitions selon le refus de réaliser l'examen gynécologique par le médecin gynécologique n=268	60
Figure 21 : Taux des freins au suivi gynécologique par le médecin généraliste	61
Figure 22 : Taux des facteurs favorisant le suivi gynécologique par le médecin généraliste.....	62

Table des tableaux

Tableau 1 : Démographie du Limousin*	24
Tableau 2 : Densité médicale GM pour 100 000 habitants par département *	25
Tableau 3 : Densité médicale GO pour 100 000 habitants par département du Limousin *	26
Tableau 4 : Densité médicale MG pour 100 000 habitants par département du Limousin *	26
Tableau 5 : Nombre de sage-femme entre 2012 et 2023 *	27
Tableau 6 : Genre des praticiens réalisant le suivi des patientes	52
Tableau 7 : Genre des praticiens réalisant le suivi gynécologique des patientes	53
Tableau 8 : Répartition des délais de prise en charge des patientes selon les praticiens	54
Tableau 9 : Cause d'absence de suivi gynécologique	55

Introduction

La promotion de la santé des femmes passe par un suivi gynécologique régulier. Toutes les femmes sont concernées, dès l'adolescence. (1) Ce suivi peut être réalisé par un gynécologue médical (GM) ou gynécologue-obstétricien (GO), par le médecin généraliste (MG) ou un maïeuticien.

Bien que la population féminine ne cesse de croître, le nombre de femmes qui réalisent des frottis de dépistage est inférieur à 60%. Le taux d'infections sexuellement transmissibles (IST) est en augmentation et le cancer du sein reste la 1^{ère} cause de décès par cancer chez les femmes. (3) (4) (5)

Parallèlement, entre 2007 et 2020, la France a perdu 52,5% de ses effectifs de gynécologues médicaux. (1) La démographie des gynécologues obstétriciens augmente mais l'évolution des pratiques et leur nombre ne permettent pas de pallier au désert médical. (2) On peut faire le constat que l'accès à la consultation spécialisée reste très compliqué pour les patientes et que la charge de travail des praticiens se majore.

Le médecin généraliste reste l'interlocuteur de 1^{er} recours du fait du suivi, de l'accompagnement médical régulier mais aussi de son accessibilité.

Pour adapter l'offre de soins aux besoins croissants, différentes réformes en santé ont permis d'augmenter le champ des compétences des médecins généralistes et des maïeuticiens. Le gynécologue est quant à lui recentré sur les actes chirurgicaux et de spécialisation qui lui sont propres.

En 2022, le ministère de la solidarité et de la santé propose d'augmenter les postes de gynécologues à l'issue des épreuves nationales classantes, de renforcer la formation des médecins généralistes à certains actes de gynécologies médicales et d'augmenter les domaines de compétence des sage-femmes (SF) au dépistage. (1)

Pourtant, les femmes préfèrent majoritairement avoir recours au gynécologue (70%, vs 30% MG). L'argument de la compétence du spécialiste reste prédominant, au-delà du sexe ou du tarif de la consultation. Le délai de rendez-vous ou de lieux d'habitations restent les arguments principaux en faveur du choix du médecin généraliste. (6) Mais ces études ne tiennent pas compte des connaissances des patientes sur les différentes options de suivi gynécologique qui s'offrent à elles. Elles sont pour la plupart antérieures à la dernière réforme de 2022.

C'est donc dans ce contexte que nous nous sommes demandées qu'elles étaient leurs freins et facteurs motivationnels actuels et qu'elle était la connaissance des patientes sur les choix de professionnels de santé dans leur suivi gynécologique ?

1.1. Généralités

1.1.1. Démographie

Au 1^{er} janvier 2024, la population française était de 68 373 433 habitants répartis entre la métropole et l'outre-mer. Les femmes représentaient 51,56 % de la population, soit 35 255 688 personnes. (7)

1.1.1.1. Démographie générale du Limousin

Le Limousin est composé par les départements de Haute-Vienne, la Corrèze et la Creuse. C'est une ancienne région administrative qui fait désormais partie de la Nouvelle-Aquitaine. Cette région de Centre France présente une décroissance de sa population entre 2010 et 2020.

Sa population en 2010 était de 742 800 habitants dont plus de la moitié étaient des femmes, soit 384 816 femmes.

En 2020, la population a baissé avec 727 308 habitants. Les femmes restent majoritaires avec 377 082 femmes. (8) (9) (10) (11)

Tableau 1 : Démographie du Limousin*

	2010		2020	
	Habitant	Femme	Habitant	Femme
Limousin	742 800	384 816	727 308	377 082
Corrèze	243 550	125 520	239 190	122 853
Creuse	124 470	63 199	115 995	59 620
Haute-Vienne	376 190	196 097	372 123	194 609

* chiffres provenant de l'INSEE

La démographie médicale a évolué dans le même sens que celui de la population générale en Limousin.

1.1.1.2. Démographie médicale du Limousin

En 2023, le nombre de médecins en France n'a jamais été aussi élevé de tous temps. Il y a 234 028 médecins toutes spécialités confondues. Cela représente une augmentation de 8,5% de plus qu'en 2010.

Historiquement, en 1971, l'Etat a mis en place le numérus clausus à l'entrée des études de médecine. En baissant le nombre d'étudiants en médecine, l'Etat pensait pouvoir réduire ses dépenses en santé. Devant la pénurie de médecins créée, le numérus clausus a commencé à augmenter à partir des années 2000. A cette date, le numérus clausus était de 3860 étudiants. En 2010, il passe à 7400 étudiants. En 2020, dernière année du numérus clausus, il était à 9361 étudiants. (12) Malgré l'augmentation du numérus clausus sur les vingt dernières années, la pénurie perdure. L'état a alors instauré dès 2021, le numérus apertus. Il définit un nombre d'étudiants modulable chaque année selon les besoins des régions et les capacités d'accueil des universités. L'objectif du numérus apertus entre 2021 et 2025 est de

faire passer plus de 50 000 étudiants en deuxième année. En comparaison, ce sont 37 400 étudiants qui sont entrés en deuxième année entre 2016 et 2020 avec le numérus clausus. (13)

L'âge moyen des médecins reste stable, 50,5 ans en 2023. Il était de 50,4 ans en 2010. Cela s'explique par l'augmentation des effectifs aux deux extrémités de la pyramide des âges.

Parmi les différentes spécialités, certaines sont considérées comme des spécialités de premier recours. Ce sont les médecins généralistes, les gynécologues, les ophtalmologues, les psychiatres et les pédiatres.

Malgré l'augmentation du nombre de médecins, les médecins de premier recours ont baissé de 8% entre 2010 et 2023 sur la France entière. Cette baisse est principalement due au départ à la retraite d'un nombre important d'actifs dans ces spécialités et des effets différés d'un numérus clausus limitant le renouvellement depuis des années. (14)

1.1.1.2.1. Gynécologue

En l'espace de 13 ans, les gynécologues ont diminué de 62,3% sur le territoire français. Cela prend en compte les gynécologues obstétriciens et les gynécologues médicaux. Ils sont passés d'un effectif de 1710 à 644 entre 2010 et 2023. Leur âge moyen est de 66,7 ans actuellement. (14)

Gynécologue médical

Le Limousin a perdu énormément de son effectif en gynécologue médical comme en attestent les chiffres entre 2010 à 2023. (15)

Tableau 2 : Densité médicale GM pour 100 000 habitants par département *

	2010	2023	Variation 2010-2023
Corrèze	1,9	0	-100%
Creuse	0	0	0
Haute-Vienne	7,2	4,2	-41,7%

* chiffres provenant de l'Atlas démographique médical de 2023

Pourtant, le nombre d'internes en gynécologie médical à Limoges a augmenté. En 2010, il y avait 24 postes de gynécologue médical sur la France. Limoges obtenait un interne tous les 2 ans seulement. Tandis qu'en 2023, il y avait 91 postes sur le territoire français et 2 internes étaient affiliés à Limoges chaque année.

Gynécologue obstétricien

A contrario des gynécologues médicaux, la spécialité de chirurgie gynécologique obstétricale ne cesse d'augmenter en Limousin. (15)

Tableau 3 : Densité médicale GO pour 100 000 habitants par département du Limousin *

	2010	2023	Variation 2010-2023
Corrèze	12,1	16,9	+39,7%
Creuse	1,8	5,7	+216,7%
Haute-Vienne	9	16,2	80%

* chiffres provenant de l'Atlas démographique médical de 2023

Après les ECN de 2010, la France comptait 177 postes d'interne en gynécologie obstétrique dont 2 internes en Limousin. En 2023, le nombre de postes était de 237 au total, dont 4 internes à Limoges. L'effectif en Limousin a doublé.

1.1.1.2.2. Médecin généraliste

Sur les 13 dernières années, les médecins généralistes ont réduit de 8% leur effectif en France. Leur âge moyen est proche de l'âge moyen des médecins toutes spécialités confondues, soit 51,1 ans.

Dans le Limousin, la diminution des médecins généralistes dans chaque département est supérieure à la moyenne nationale. (15)

Tableau 4 : Densité médicale MG pour 100 000 habitants par département du Limousin *

	2010	2023	Variation 2010-2023
Corrèze	145	118,5	-18,3%
Creuse	142,9	97,9	-31,5%
Haute-Vienne	179,5	151,4	-15,7%

* chiffres provenant de l'Atlas démographique médical de 2023

Cette baisse n'est pas représentative du nombre de médecins généralistes formé par la faculté de médecine de Limoges. En 2010, il y avait 3632 postes d'interne en médecine générale sur tout le territoire, dont 35 postes pour Limoges. Mais tous les postes n'étaient pas pourvus, seulement 31 sur les 35.

En 2023, la France comptait 3852 postes pour la médecine générale et 67 étaient pour Limoges. Cette fois, toutes les places étaient pourvues. L'augmentation du nombre d'internes était liée à l'augmentation du nombre de postes sur la France ainsi que le rattachement de la Dordogne à la faculté de médecine de Limoges.

1.1.1.2.3. Sage-femme

Les sages-femmes sont des professionnels de santé participant à l'offre de soins de premiers recours. Leur mission première est le suivi de grossesses non pathologiques et des accouchements physiologiques.

En 2009, face au manque de médecins pour le suivi gynécologique, les sages-femmes sont habilitées à réaliser le suivi chez les femmes en bonne santé. L'article L.4151-1 du Code de la Santé Publique précise que : « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ». Depuis l'arrêté du 8 août 2016, elles peuvent prescrire « les contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration ».

L'article R.5134-1 énonce que la sage-femme est autorisée à :

- prescrire les contraceptifs locaux et hormonaux (y compris la contraception d'urgence),
- prescrire les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes cervicales,
- procéder avant leur prescription aux examens complémentaires nécessaires.

Elle est également autorisée à effectuer : la pose, la surveillance et le retrait de diaphragmes, capes cervicales et dispositifs intra-utérins, ainsi que prescrire, délivrer et administrer des contraceptifs aux patientes mineures en dehors de tout recueil au préalable du consentement des titulaires de l'autorité parentale.

Pour les patientes avec des antécédents médicaux ou un suivi compliqué, le suivi par le gynécologue ou le médecin généraliste reste recommandé. (16)

Le nombre de SF ne cesse de croître chaque année en France comme en attestent les chiffres ci-dessous. (17) (18)

Tableau 5 : Nombre de sage-femme entre 2012 et 2023 *

	2012	2023
France	19 552	24 354
Limousin	209	250
Corrèze	73	81
Creuse	18	27
Haute-Vienne	118	142

*chiffres provenant de l'Ordre des sages-femmes

Les différents chiffres vus précédemment exposent une baisse de certaines professions médicales comme les médecins généralistes et les gynécologues médicaux avec une augmentation du nombre de sages-femmes et de gynécologues obstétriciens pour compenser. Le nombre d'étudiants dans chaque discipline se majore, mais il faut plusieurs années pour former les nouvelles générations. Cela explique pourquoi l'accès aux soins gynécologiques reste précaire.

1.1.2. Etat des lieux de l'accès aux soins gynécologiques

Selon la thèse d'exercice du Dr Guyomard de 2019, entre 80 à 91% des femmes âgées de plus de 15 ans ont un suivi gynécologique régulier. Ces données se basent sur des revues de littératures datant de 2012 à 2016. (19) Malgré ces chiffres élevés, des études plus récentes mettent en avant une dégradation du suivi gynécologique en France.

Une étude de 2017, établie par le conseil de l'ordre des sages-femmes met en avant qu'une femme sur 5 n'a pas de suivi gynécologique régulier. Les causes sont diverses :

- 14% délai trop long
- 7% éloignement du professionnel de santé
- 28% pas de problème de santé
- 14% pas d'intérêt d'un suivi régulier
- 11% déménagement
- 6% frais
- 20% autres réponses (20)

En décembre 2021, l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) a réalisé un sondage auprès des femmes pour promouvoir les téléconsultations devant la carence de gynécologues. Les résultats ressortent que 60% des femmes ont déjà renoncé à des soins gynécologiques et une femme sur trois n'a pas vu de gynécologue depuis plus de 2 ans. Ce renoncement serait lié :

- 36% ont un délai d'attente trop long
- 14% sont gênées par la distance avec le praticien
- 32% manquent de temps
- 20% ont un malaise avec leur corps. (21)

Au fil des années, les problèmes restent inchangés, mais se majorent.

Dans cette même recherche de l'IFOP, sur les femmes ayant renoncé au soin gynécologique, 40% ne savent pas vers qui se tourner. Parmi les 60% restants, 38% vont vers le médecin généraliste, 9% vers d'autres professionnels de santé hors gynécologue et sage-femme (infirmière, pharmacien, ...). (22)

Pour le Limousin, une étude a été conduite entre 2011 et 2016 sur l'évolution d'accès aux soins médicaux. Cela englobe toutes les spécialités. Plus d'un tiers des foyers ont renoncé à des soins médicaux. La première cause était le délai des rendez-vous perçu trop long par le patient, en particulier chez les spécialistes. La deuxième cause était l'aspect financier qui n'englobe pas seulement la consultation, mais aussi le déplacement. La troisième cause était l'éloignement géographique des professions médicales. Ces deux dernières causes touchent surtout les populations rurales et les personnes âgées qui sont souvent isolées. (23)

Au-delà de l'offre de soin précaire en gynécologie, la population féminine reste peu informée de l'intérêt d'un tel suivi ce qui affaiblit l'adhérence aux soins comme cela est mis en avant dans la thèse d'exercice du Dr Blin. (24)

1.2. Examen gynécologique

La consultation gynécologique se divise en deux parties : l'interrogatoire et l'examen clinique. Ce dernier n'est pas obligatoirement réalisé à chaque consultation. Il est envisagé sous l'appréciation du médecin et avec l'accord de la patiente.

1.2.1. Son déroulement

L'examen gynécologique vient après un entretien avec la patiente qui établit les causes de sa venue, ses antécédents médicaux et chirurgicaux. Cet examen se déroule en quatre étapes, l'examen sénologique, abdominal, pelvien et périnéal. (25)

Il est réalisé dans un cadre de dépistage ou bien dans le cadre d'une démarche diagnostique s'il y a un symptôme.

L'examen gynécologique reste un des examens cliniques les plus intimes dans la pratique actuelle. Il comprend certains gestes comme la palpation mammaire ou l'examen endovaginal manuel ou au speculum (dont le frottis), pouvant porter atteinte à la pudeur des patientes. Il nécessite un temps d'explication incompressible en amont. Aujourd'hui aucune autre technique ne permet de shunter cet examen dans le dépistage ou le diagnostic des patientes même si certaines techniques d'auto-palpation mammaire peuvent être enseignées. Pour obtenir l'adhésion à ce suivi, le déroulé de l'examen gynécologique a dû évoluer au fil des années, et ce, dès la formation universitaire.

1.2.2. Evolution dans sa formation

Comme cité précédemment, l'examen gynécologique reste un des examens médicaux les plus intrusifs. En marge de certains actes ne respectant pas le serment d'Hippocrate, le code de déontologie et l'intégrité physique des patients, la gynécologie demeure pionnière dans l'évolution culturelle du respect de l'intimité d'autrui.

Depuis plusieurs années, la formation de l'examen gynécologique évolue. Les formations dans les facultés de médecine ou les écoles de sages-femmes essaient de mettre en avant l'importance du consentement avec des explications tout du long. Ils rappellent l'importance d'expliquer à la patiente chaque geste, son déroulement et l'intérêt diagnostique.

Pour prévenir la pudeur, il est recommandé de faire déshabiller la patiente en deux temps. D'abord le haut lors de l'examen sénologique, puis le bas pour l'examen pelvien après qu'elle ait remis le haut. Lors de l'examen pelvien, le professionnel de santé peut proposer un drap pour couvrir la patiente si cette dernière est gênée. (26)

Depuis quelques années, certaines facultés enseignent la position décubitus latérale pour remplacer le décubitus dorsal lors de l'examen périnéal. Le décubitus latéral, position gynécologique dite anglaise, consiste à réaliser l'examen gynécologique en position latérale de sécurité. Cette position serait plus confortable et moins gênante pour la patiente, car son intimité ne serait pas mise face au visage du médecin. Elle est souvent peu proposée lors de l'examen gynécologique, car peu connue, mais se révèle être une bonne alternative au décubitus dorsal. (27) (28)

Malgré l'évolution de la formation, la gynécologie fait l'objet de critiques de plus en plus acerbes et médiatisées. (2) La place prépondérante du monde digital expose les dérives de cette spécialité qui voit apparaître dans sa pratique des termes judiciaires tel que « viols » et « violences gynécologiques ». Le Professeur (Pr) Merviel, du Centre Hospitalier Universitaire

(CHU) de Brest évoque que le climat de santé a évolué « d'une confiance raisonnable à une suspicion permanente, d'un exercice serein à une crainte du médico- légal ». (29) Pour réagir, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) soumet la nécessité de tendre vers des formations autour de formations continues sur les violences sexistes et sexuelles et des recommandations, élaborées notamment par la Haute Autorité de Santé. (30)

1.2.3. Souffrance gynécologique

Au début des années 2000, la souffrance gynécologique émerge dans la presse. Elle commence en Amérique Latine où plusieurs féministes ont publié des articles décrivant les violences verbales, physiques et sexuelles vécues par certaines femmes à l'hôpital, ainsi que des données sur l'usage parfois inapproprié et abusif de certaines pratiques médicales. Sous la pression des associations militantes, le Venezuela a été le premier pays au monde à inscrire « les violences obstétricales » dans sa loi nationale en 2007. (31) Il définit les violences obstétricales comme une appropriation du corps des femmes et de leurs processus de reproduction par le personnel de santé. La loi mentionne que cette appropriation prend la forme d'une déshumanisation des soins, d'un abus de médicalisation et/ou d'une pathologisation des processus naturels. Par la suite, d'autres pays d'Amérique latine comme l'Argentine, le Mexique, le Brésil et l'Uruguay ont suivi la voie juridique du Venezuela. (32)

Ce n'est qu'en 2014, que les réseaux sociaux commencent à parler des maltraitements gynécologiques en France avec le mouvement #PayeTonUtérus. Par la suite, vont apparaître #PayeTonGyneco, #PayeTonAccouchement, #ViolencesObstetricales.

La radio continuera en 2015 d'ouvrir la parole avec des émissions sur le sujet comme l'émission de la journaliste Mélanie Déchalotte sur France Culture intitulée « *Sur les Docks* » sur la « maltraitance gynécologique ». Elle finira même par en faire un livre intitulé « *Le livre noir de la gynécologie* » (33). Nous retrouvons aussi des bandes dessinées de la dessinatrice féministe Emma avec son blog internet « *Emmacrit* » qui vulgarise via le format de la bande dessinée la question de l'épisiotomie en 2016 (34). Les médias continuent avec la diffusion de documentaires à la télé tel que « *Tu enfanteras dans la douleur* » réalisé par Ovidie et diffusé sur Arte en juillet 2019 (32) ou bien la chaîne d'info-divertissement sur internet de Konbini qui a publié des témoignages de patientes (35).

Face à la polémique montante, la secrétaire d'État, Marlène Schiappa, commande un rapport institutionnel au Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE). Il est publié en juin 2018.

De ce rapport, ressort la définition des violences gynécologiques et obstétricales qui sont les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignants de toutes spécialités, femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitants. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves. (2)

Cette définition vient compléter celle de la maltraitance médicale établie en 1992 par le conseil de l'Europe. La définition sera reprise en 2008, par l'Agence Nationale de l'évaluation et de la

qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). La définition étant « l'ensemble des violences, abus ou négligences commis par les professionnels envers les usagers. La maltraitance s'entend ici comme une situation de violence, d'abus, de privation ou de négligence survenant dans une configuration de dépendance d'une personne vulnérable à l'égard d'une personne en situation de pouvoir, d'autorité ou d'autonomie plus grande »(36).

Des études récentes ont essayé d'analyser le vécu des patientes par rapport aux violences gynécologiques. Dans la thèse d'exercice de Mme Maury et Mme Marcilly, les patientes ont pu exprimer leur point de vue. C'était une étude qualitative menée en 2018. Les patientes ont perçu comme maltraitance gynécologique :

- Manque d'information ou bien incomplètes voir orientées
- Manque d'écoute
- Manque de bienveillance avec parfois infantilisation ou culpabilisation des patientes
- Manque du respect de la pudeur avec une certaine banalisation de l'examen clinique
- Minimisation des symptômes ou des douleurs de la patiente, lors de l'examen gynécologique ou bien provenant du problème gynécologique menant à la consultation
- Gestes violents parfois brutaux lors de l'examen clinique.

Les conséquences de cette maltraitance pouvaient mener à des traumatismes psychologiques avec un arrêt du suivi gynécologique, un changement de praticien ou bien une certaine appréhension pour la consultation suivante. Cela pouvait aussi nuire à la vie professionnelle et familiale de la patiente. (37)

Dans l'étude de l'HCE, les conséquences mises en avant sont un sentiment de culpabilité, une perte de l'estime de soi, un état de stress post-traumatique. Durant leur suivi gynécologique, certaines femmes vont mentir pour éviter le jugement ou même arrêter leur suivi gynécologique. Cela peut conduire également à plusieurs arrêts de travail impactant la vie professionnelle de la patiente. La vie personnelle et familiale peut être altérée avec une atteinte des relations sociales ou physiques avec le conjoint, dégradation de la relation avec l'enfant issu d'un accouchement traumatique. (2)

La thèse d'exercice de Mme Louati produite en 2020 est une étude qualitative de la vision des soignants sur les violences gynécologiques. Les résultats montrent une compréhension de la part des soignants envers les patientes s'exprimant sur le sujet car cela permet une remise en question des pratiques actuelles. Néanmoins, il y a la peur et l'appréhension de l'amalgame et de la généralisation. Les soignants souhaitent améliorer l'autonomie de la patiente avec des informations claires, le recueil du consentement, le respect de la pudeur de chaque femme et être à leur écoute pour pouvoir les rassurer. Ces améliorations se heurtent souvent à une surcharge de travail avec un manque de temps et parfois l'urgence de la situation qui ne permet pas d'y faire attention. (38)

Le mémoire de Mme Pons pour le diplôme de Sage-femme de 2023 est une étude quantitative adressée aux SF et GO sur la perception des violences gynécologiques dans leur travail au quotidien. La mise en avant des violences gynécologiques a fait revoir les pratiques des professionnels avec la recherche de l'écoute, du consentement. Certains gestes pratiqués hors indications médicales durant des années disparaissent dans la pratique des nouvelles générations et diminuent dans les anciennes générations. Les principaux problèmes

d'amélioration restent les mêmes que Mme Louati, à savoir : manque de temps, manque d'effectif, manque de formation et de prévention sur les violences gynécologiques. (39)

C'est dans cet état d'esprit qu'en octobre 2021, le CNGOF a publié une charte à l'attention des professionnels de santé et des patientes pour expliquer les conditions et le bon déroulement d'une consultation gynécologique. (40)

Il existe en France, le Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance (CIANE) et l'Institut de Recherche et Action pour la Santé de la Femme (IRSAF) qui militent depuis plusieurs années pour que la voix des femmes soit entendue. Leurs récits sont analysés dans les services des maternités pour que les professionnels de santé soient informés de ces violences afin de mieux les prévenir. (41) (2)

Malgré un acharnement médiatique, les violences gynécologiques restent marginales. Elles sont la conséquence d'actes isolés par un nombre restreint d'individus. Elles sont parfois commises à tort par certains dont le but n'est pas de nuire.

1.3. Suivi gynécologique par les médecins généralistes hors grossesse

1.3.1. Formation

La formation d'un médecin généraliste nécessite 10 ans d'études, réparties en 3 cycles.

Le premier et le second cycle sont communs à toutes les spécialités. Le concours de la PASS (parcours d'accès spécifique santé) ou la LAS (licence avec option accès santé) sont les deux moyens d'accéder aux études de médecine. Le dernier est une année hors médecine avec une matière mineure santé. Les meilleurs étudiants des LAS ayant validé la mineure santé peuvent prétendre rentrer en deuxième année de médecine avec une remise à niveau sur les matières médicales. La sélection se fait sur Numerus Apertus, c'est-à-dire que les facultés n'ont pas un nombre fixe de place, mais peuvent le faire varier selon les besoins du moment. (42)

Le deuxième cycle nommé externat se compose de 3 ans pendant lesquelles l'étudiant va apprendre notamment la séméiologie et la physiopathologie via des stages et des cours théoriques. Il se clôture par les Epreuves Dématérialisées Nationale (60% de la note finale) et les Examens Cliniques Objectifs et Structurés (30% de la note finale). Les 10% restants sont une note générale sur le parcours universitaire (stages, engagement associatif, etc). Avec la note finale, cela permet d'établir un classement où les étudiants choisissent leur spécialité et leur région d'internat. (43) (44)

Le troisième cycle est l'internat, permettant la spécialisation des étudiants. La médecine générale est une spécialité médicale reconnue depuis 2014 (45) et jusqu'en 2023, la spécialisation se faisait en 3 ans d'internat. Depuis la réforme de 2023, elle est réalisée sur 4 ans avec une année supplémentaire en tant que Docteur Junior comme les autres spécialités médicales.

L'internat de médecine générale se divise en 3 phases. La phase socle, la phase d'approfondissement et la phase de consolidation. Lors de la phase d'approfondissement, l'interne a un semestre couplé en santé de l'enfant et de la femme. Ce dernier, se réalise en ambulatoire chez un médecin généraliste ou hospitalier au sein d'un service de gynécologie.

Il se scinde avec 3 mois en gynécologie et 3 mois en pédiatrie. A la fin des 3 ans (phase socle et approfondissement), l'interne passe sa thèse en médecine générale.

La phase de consolidation est sur 2 semestres où l'étudiant thésé est appelé docteur junior. Il termine son internat par la présentation de son portfolio complet et son mémoire de Diplôme d'Études spécialisées (DES). (46)

1.3.1.1. Enseignement gynécologique

Avant avril 2017, les internes en médecine générale n'avaient aucune obligation de se former en stage de gynécologie. L'interne devait choisir entre un stage en pédiatrie ou en gynécologie. Il n'avait alors que les connaissances théoriques. Après la réforme de 2017, un stage de 6 mois en gynécologie est inscrit dans la maquette de l'internat, assurant une formation pratique. Ce stage reste au choix avec celui de la pédiatrie dans le module « mère-enfant ». Depuis la réforme de 2023, ce stage est réduit à 3 mois pour être couplé avec la pédiatrie et ainsi ne plus avoir à choisir entre ces deux modules. (47) Ce stage permet de se former sur les gestes pratiques gynécologiques tels que la pose d'implants, le frottis, la pose de dispositifs intra utérins. Il permet également d'acquérir les démarches diagnostiques, préventives et curatives de gynécologie nécessaires à la pratique en cabinet de médecine générale.

Pour les médecins généralistes qui souhaitent compléter leur formation en gynécologie ou mettre à jour leurs connaissances, il y a plusieurs possibilités :

a) Le diplôme universitaire (DU) ou Diplôme interuniversitaire (DIU)

Ce diplôme est proposé par les facultés de médecine. Le DU est organisé par une seule université et le DIU associe plusieurs universités pour l'organiser mais la formation entre le DU et DIU reste la même.

Le DU ou DIU de gynécologie s'organise par des cours en présentiel de plusieurs heures réparties sur plusieurs semaines. Sa validation requiert l'assiduité aux cours, la production d'un mémoire ou d'un examen selon la faculté, ainsi que la preuve de la réalisation d'un stage. (48)

b) La formation médicale continue (FMC)

Le code de déontologie médicale exige du médecin qu'il donne des soins "conformes aux données acquises de la science" (49) C'est pourquoi il existe le Développement Professionnel Continu (DPC). Le DPC est un dispositif de formation continue et d'évaluation professionnelle. Il est instauré par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009. À la suite de la parution du décret du 9 janvier 2019, l'organisation du Développement Professionnel Continu (DPC) des médecins évolue avec la mise en place de parcours pluriannuels du DPC par les Conseils Nationaux Professionnels. Chaque conseil national professionnel propose des FMC adaptées au besoin de leur profession. Les médecins généralistes pourront trouver des formations en ligne ou dans des locaux régionaux notamment en gynécologie sur la formation aux gestes, à la contraception, à l'ostéoporose et bien d'autres sujets encore. Cela leur permettra de valider leurs obligations en rapport avec leur DPC et surtout de se perfectionner dans leur pratique quotidienne.(50)

1.3.2. Les pratiques du médecin généraliste

Le médecin généraliste est le 1^{er} recours médical de ses patients car il touche à toutes les spécialités de médecine telle que la gynécologie. Il assure le suivi, le dépistage, le diagnostic le traitement et la prévention aux maladies de ses patients.

L'accessibilité au soin est son principal atout pour la population. Afin de respecter le parcours de soin, l'accès aux consultations des spécialistes est soumis à la régulation du MG. La gynécologie fait exception. Bien que le MG ait les compétences pour la prise en charge initiale des pathologies gynécologiques, les gestes techniques ne sont pas obligatoires dans sa démarche clinique.

1.3.2.1. Infections sexuellement transmissibles (IST)

La lutte contre les IST passe par le médecin traitant par son rôle de prévention mais également dans la prescription de dépistage quand cela est nécessaire. Leur nombre ne cesse de croître au cours des années.

Le nombre de découvertes de séropositivité a diminué entre 2012 et 2022, la baisse est évaluée entre -11 à -21%. Malgré cette baisse sur les 10 dernières années, il y a une augmentation de découvertes de séropositivité entre 2020-2022. Cette augmentation est probablement liée à l'épidémie de Covid-19. En 2020, il y a eu une baisse de l'activité de dépistage et des flux migratoires qui a repris progressivement entre 2021 et 2022 induisant des expositions au VIH liées aux levées des mesures de distanciation sociale. (51) (52)

La part des diagnostics d'IST bactériennes dans le cadre d'un dépistage a augmenté en médecine générale entre 2020 et 2022 : de 32 % (en 2020) à 50 % (en 2022) pour la syphilis, de 18,4 % à 35,3 % pour les gonococcies, de 47 % à 57,2 % pour les chlamydioses. Cette augmentation est liée à la baisse du port du préservatif mais également à la baisse de dépistage et des mesures de distanciation sociale durant l'épidémie COVID. (51)

1.3.2.2. Cancer du col de l'utérus

En France, près de 3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus (CCU) sont diagnostiqués chaque année et environ 1 000 femmes en décèdent. (53) Le cancer du col de l'utérus est causé par le Papillomavirus à 95%-100%. (54) Quatre-vingt pourcent de la population (homme et femme confondus) sera infectée par le HPV au cours de sa vie. Dans 10% d'entre elles, le virus reste dans la muqueuse du col utérin. Par lésion précancéreuse sur l'épithélium du col, l'évolution vers un cancer se fait sur 10-15 ans. Malgré la vaccination et l'existence d'un dépistage efficace du CCU par frottis, le pronostic en France se dégrade avec un taux de survie à 5 ans en diminution : 63 % en 2010-2015 contre 68 % en 1989-1993. (56)

Le MG est un maillon essentiel dans la chaîne de la prévention et dans l'adhésion aux soins. Il peut d'abord proposer la vaccination des patients (homme et femme) dès l'adolescence contre le HPV, mais aussi inciter au dépistage du cancer du col à l'âge adulte avec le frottis.

La vaccination multivalence reste l'action principale de prévention contre les cancers liés à l'HPV. Initialement proposé chez les jeunes filles de 11 à 14 ans et aux hommes homosexuels, depuis 2021, la vaccination est recommandée à toutes la population, féminine comme masculine, entre 11 et 14ans. L'efficacité est majorée en cas de vaccination avant le premier rapport sexuel. Devant la connotation négative d'une prévention contre un IST, l'adhérence à la vaccination reste perfectible en France. (55) En 2015, les meilleures couvertures vaccinales sont dans les pays d'Europe pratiquant la vaccination tôt, de manière organisée dans les

écoles : les taux de couverture sont de 86 % au Royaume Uni, 76 % au Danemark, 71 % en Italie, 73 % en Espagne et 87 % au Portugal. Les pays laissant à leurs citoyens l'initiative de la vaccination ont une moins bonne couverture vaccinale : France 20%, Allemagne 40 %, Etats-Unis 41,9 % (chez les filles avec à l'échelle du pays de fortes variations selon les états). (58)

Début 2023, le Président de la République a annoncé la mise en place d'une campagne de vaccination anti-HPV sur la base du volontariat dans les collèges pour l'ensemble des élèves de 11 à 14 ans. Cependant, bien que non obligatoire, plusieurs études récentes montrent l'intérêt du vaccin avec 9 cas sur 10 de cancer du col de l'utérus évités chez des jeunes filles vaccinées précocement. À la suite de cette campagne, la couverture vaccinale fin 2023 est de 44,7% pour le schéma complet chez les filles âgées de 16 ans et de 15,8% chez les garçons. (57). Il y a une amélioration progressive de la vaccination en France car en 2022, la couverture vaccinale avec un schéma complet était de 41,5% chez les filles âgées de 16 ans et 8,5% pour les garçons. (53)

L'autre moyen de lutter contre le CCU est le frottis cervico-utérin. Il est introduit en France en 1948 et reconnu par l'académie de médecine en 1963. (59) 90% des cancer du col actuels pourraient être évités d'après l'Institut national du cancer. (60)

Depuis mai 2018, le frottis s'appuie sur un programme national de dépistage organisé concernant toutes les femmes entre 25 et 65 ans.

A partir de 25 ans, ce frottis est fait tous les 3 ans, après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux. Il s'appuie sur une recherche cytologique. Pour la tranche d'âge 30-65 ans, le dépistage se fait par le test HPV-HR tous les 5 ans dès lors que le résultat précédent est négatif. Cette technique est plus fiable que la cytologie qui se faisait tous les 3 ans.

Avec ce dépistage programmé, les femmes qui ne se font pas dépister selon les intervalles de temps recommandés recevront du centre régional de coordination des dépistages des cancers un courrier les invitant à consulter leur gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme pour réaliser ce dépistage. (61) (62)

La couverture du dépistage actuel n'est qu'à 58,2% entre 2017-2019 sur le territoire français. Elle diminue drastiquement à partir de 50 ans pour tomber à 43,9 % chez les femmes de 60-65 ans. (63)

Du fait de son accessibilité et son rôle de prévention, le MG peut effectuer ce geste depuis sa mise en place en France. En cas de non-réalisation du frottis, il pourra orienter la patiente vers un confrère.

1.3.2.3. Cancer du sein

Le cancer du sein est le plus fréquent et le plus mortel des cancers chez la femme avec plus de 60 000 nouveaux cas en 2023 et plus de 12 000 décès par an. Dans ces conditions, il existe un dépistage de masse organisé depuis 2004.(4) Ce dépistage consiste à réaliser une mammographie tous les 2 ans si les résultats sont normaux entre l'âge de 50-74 ans.

Le rôle du médecin généraliste est de rappeler aux patientes le dépistage de masse. Avant 50 ans et après 74 ans, il adapte le dépistage en individuel si les femmes sont à risque de développer un cancer du sein ou bien ont des symptômes du cancer du sein. En effet, depuis le 1er janvier 2024, les femmes concernées par le dépistage organisé sont invitées par

l'Assurance Maladie à réaliser la mammographie en version dématérialisée sur leur compte AMELI. Les médecins traitants disposeront sur Amelipro, courant 2024, de la liste de leurs patientes qui n'ont pas réalisé leur mammographie de dépistage.

Malgré un courrier pour solliciter les patientes et une prise en charge à 100%, seulement 47,7% des femmes invitées au dépistage l'ont réalisé entre 2021-2022. C'est bien loin de l'objectif européen d'atteindre 70% des femmes concernées. (64)

1.3.2.4. Contraception

En 1967, la pilule est la première contraception autorisée en France. Son remboursement ainsi que son accès pour les mineures est établi à partir de 1974. Le médecin généraliste peut la prescrire dès son autorisation en France au même titre que le gynécologue. (65) (66)

Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur dans la contraception chez les femmes, que ce soit pour une première prescription contraceptive ou un renouvellement de contraception. L'âge moyen de la première consultation gynécologique est le même que l'âge moyen de la première contraception prescrite soit 17 ans. (67) (68)

Une consultation doit être dédiée afin de pouvoir discuter de toutes les méthodes contraceptives existantes et trouver la plus adaptée à la patiente. Le choix se fera en collaboration avec le médecin qui prendra compte des habitudes de vie de la patiente, mais aussi de ses antécédents médicaux et de ses traitements au quotidien. Un examen gynécologique n'est pas nécessaire à la première consultation sauf si présence de symptôme.

Avant de prescrire une contraception, un examen clinique et un bilan sanguin sont indiqués selon la contraception prescrite. Ces consultations dédiées restent un temps où la prévention des IST peut être abordée. Le MG peut assurer le suivi de la contraception avec un objectif de réévaluation à 3 mois puis de façon annuelle. (69)

Les différentes méthodes contraceptives prescrites par un médecin ou une sage-femme et remboursées à 100% par la sécurité sociale sont :

- Pilule contraceptive
- Dispositif intra-utérin
- Implant contraceptif
- Injection intra-musculaire

Les trois derniers nécessitent la pose ou l'injection par un professionnel de santé. Si le médecin généraliste ne peut le faire, il peut orienter la patiente vers un confrère ou une sage-femme qui le réalise.

D'autres méthodes contraceptives moins courantes et non remboursées peuvent être prescrites par un médecin ou une sage-femme. C'est le cas des patchs contraceptifs, anneau vaginal, diaphragme et cape cervicale. (70)

1.3.2.5. Ménopause

Les inconforts fonctionnels de la ménopause sont un motif courant de consultation. Il s'en suit un risque majoré d'ostéoporose sur le long terme. Le handicap ressenti est réel et le MG doit avoir été formé sur cette spécificité.

Le MG est présent pour apporter des conseils hygiéno-diététiques afin de limiter certains symptômes.

Il a la possibilité dans certains cas et après calcul du rapport bénéfice/risque de mettre en place des traitements substitutifs hormonaux afin de diminuer les effets gênants de la ménopause. (71)

1.4. Réalisation du suivi gynécologique chez le médecin généraliste

Le suivi gynécologique est un moment important dans la vie des femmes. Pour qu'il se réalise dans les meilleures conditions, les femmes recherchent un praticien avec les compétences du gynécologue et la proximité du médecin généraliste.(24)

Plusieurs thèses ont permis de mettre en avant les freins ou les facteurs motivants de la patiente à réaliser le suivi gynécologique chez le médecin généraliste. Ce sont toutes des études qualitatives. (72) (73) (74) (75) (76) (77) (15)

1.4.1. Freins identifiés

D'après le sondage par la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM) de 2008, les femmes préfèrent le suivi par un gynécologue, car elles le jugent plus compétent que le médecin généraliste dans le cadre de la gynécologie. (78)

Dans les différentes thèses qualitatives, la préférence pour le gynécologue face au médecin généraliste résulte de la spécialisation en gynécologie. Elles ont aussi mis en avant un défaut d'équipement et un manque de proposition de réaliser leur suivi gynécologique de la part du MG.

L'âge et le sexe du MG restent des freins évoqués avec des résultats discordants. Ils étaient déterminants dans certaines études. Les femmes trouvent les médecins féminins plus douces et empathiques qu'un médecin masculin. (24) Pourtant, dans d'autres recherches, le sexe n'a pas forcément d'importance. Une étude publiée en 2019 a évalué la préférence du genre par les patientes entre 1998 et 2018. Elle a mis en évidence une indifférence concernant le genre du praticien chez 71 % des femmes. Ce chiffre avait augmenté en 20 ans. L'augmentation du suivi par des femmes médecins pouvait être expliquée par une augmentation de la proportion féminine dans la profession au cours des deux dernières décennies. Ce choix variait en fonction de l'âge des patientes, il existait une appréhension chez les jeunes femmes et/ou nullipares à être examinées par un homme alors que pour les patientes plus âgées, le genre n'avait aucune importance. En conséquence, le sexe du praticien n'est pas forcément déterminant. (79)

Certaines femmes souhaitent dissocier leur suivi gynécologique du suivi général, c'est pourquoi elles préfèrent se tourner vers le gynécologue. La cause de cette dissociation serait une certaine pudeur face au MG.

Il y a une méconnaissance par beaucoup de femmes de la possibilité de réaliser le suivi gynécologique chez le MG, c'est un des facteurs récurrents identifiés par de nombreuses études. (19)

1.4.2. Motivations identifiées

D'après la FNCGM de 2008, les femmes ont conscience que le nombre de gynécologues diminue. Les $\frac{3}{4}$ des femmes interrogées ont répondu qu'elles se tourneront vers le MG si le gynécologue ne peut les recevoir en cas d'urgences. Selon elles, le MG est plus facile d'accès en délais et distance. (78)

Sur les différentes études qualitatives, l'accès géographique et temporel du MG pousse de plus en plus de femme à faire le suivi gynécologique en cabinet de médecine générale. (76) (73) (80) (74)

La confiance envers le MG avec sa connaissance du dossier médical de la patiente est un avantage.

Dans toutes ces recherches qualitatives, quelques femmes considèrent les compétences du MG équivalente à celle du gynécologue.

Devant toutes ces études qualitatives, nous nous sommes demandé si les chiffres seraient similaires lors de la réalisation d'une étude quantitative sur les freins et facteurs motivationnels des patientes à réaliser leur suivi gynécologique chez le médecin généraliste.

Matériel et Méthode

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle quantitative descriptive transversale réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire auprès des patientes dans les cabinets de médecine générale dans les départements de Haute-Vienne et Corrèze sur la période de novembre 2023 à février 2024.

2.2. Objectifs de l'étude

2.2.1. Objectif principal

L'objectif principal était de décrire les freins et les facteurs motivationnels des patientes à bénéficier du suivi gynécologique chez le médecin généraliste en Haute-Vienne et Corrèze.

Le critère de jugement principal était la prévalence des patientes réalisant leur suivi gynécologique en médecine générale.

2.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- de déterminer la connaissance des patientes sur les capacités du médecin généraliste à réaliser leur suivi gynécologique.
- de décrire la perception du respect et de la dignité de la patiente dans les étapes de l'examen gynécologique.
- D'estimer la prévalence de souffrance gynécologique dans la cohorte de l'étude

2.3. Description du questionnaire

L'auto-questionnaire anonyme était constitué de 21 questions majoritairement sous la forme de questions à choix multiples divisées en deux parties.

La première partie comportait 5 questions sur les données sociodémographiques de la patiente.

La deuxième partie contenait 16 autres questions sur leur suivi gynécologique.

2.4. Population étudiée

Cette étude s'adressait aux patientes des médecins généralistes installés ou remplaçants en Haute-Vienne et en Corrèze.

Les critères d'inclusion étaient :

- être une femme majeure (≥ 18 ans)
- avoir accès à la salle d'attente du cabinet médical de leur médecin généraliste

Les critères d'exclusions étaient :

- Questionnaires incomplets
- Refus de diffusion du questionnaire par le médecin généraliste et la patiente
- Mineur

2.5. Diffusion du questionnaire

Nous avons diffusé le questionnaire dans des salles d'attente de cabinets de médecins généralistes de Corrèze et Haute-Vienne. Le questionnaire était présenté sous format papier.

Les cabinets de médecine générale ont été sélectionnés selon :

- des critères géographiques : les cabinets ont été choisis au sein des départements de la Corrèze et de la Haute Vienne de manière à respecter équitablement le nombre recruté en zones rurales et urbaines et répartis sur l'ensemble du territoire. Nous avons choisi 10 cabinets dans chaque département portant à 20 cabinets recrutés au total.
- leur offre de soins gynécologiques : nous avons 9 cabinets pratiquant des consultations de suivi gynécologique, 5 cabinets en Haute-Vienne et 4 cabinets en Corrèze. Dans ces cabinets, étaient présents au moins un médecin généraliste pratiquant au moins un acte de gynécologie par semaine.

Les 11 autres cabinets sélectionnés, ne pratiquaient aucun acte de gynécologie ou bien exceptionnellement dans le cadre d'urgences.

- leur accord pour participer à l'étude.

Les questionnaires étaient récupérés dans des urnes scellées avec un scotch de couleur atypique pour s'assurer qu'aucune tierce personne ne puisse l'ouvrir. Orange pour les médecins pratiquant des actes de gynécologie et rose pour les médecins ne réalisant pas ou peu de gynécologie.

Dans la situation de maisons médicales ou de maisons de santé, 2 urnes différentes étaient présentes : une pour les médecins pratiquant la gynécologie et une pour les non-pratiquants. Les patientes déposaient leur questionnaire dans l'urne portant le nom de leur médecin traitant.

Dans ces cas de figure, une liste de plusieurs médecins était inscrite par urne. Le relevé de chaque urne s'est effectué sans la liste. Le code couleur du scotch permettait simplement de repérer si les questionnaires appartenaient à la patientèle des médecins pratiquant la gynécologie ou non. Ce système permettait d'assurer l'anonymat de chaque professionnel. Cette séparation permettait de recouper les connaissances de la patiente sur l'offre de soin gynécologique dont elle avait accès avec l'offre réelle.

Nous avons laissé 20 questionnaires papiers par cabinet.

La diffusion des questionnaires a été réalisée sur une période d'environ 3 mois. La distribution a commencé mi-novembre et s'est terminée mi-février.

2.6. Recueil des données et analyse statistique

Les réponses des questionnaires ont été enregistrées manuellement sur un logiciel spécifiquement conçu pour le recueil des données du questionnaire créé sur WinDev qui est un atelier de génie logiciel.

Ces données ont ensuite pu être automatiquement transformées dans un tableau Excel, puis traduites et analysées sous forme de tableaux et de graphiques.

Nous avons utilisé le Test du Chi² ainsi que le Test exact de Fisher selon les effectifs pour analyser les données croisées à l'aide du site internet Biostatgv et du logiciel XLSTAT avec $p < 0,05$ comme seuil de significativité.

Résultats

Nous avons déposé 400 questionnaires entre le 15 novembre 2023 et le 23 février 2024. Au total, 291 questionnaires ont été récupérés et 268 ont été exploités.

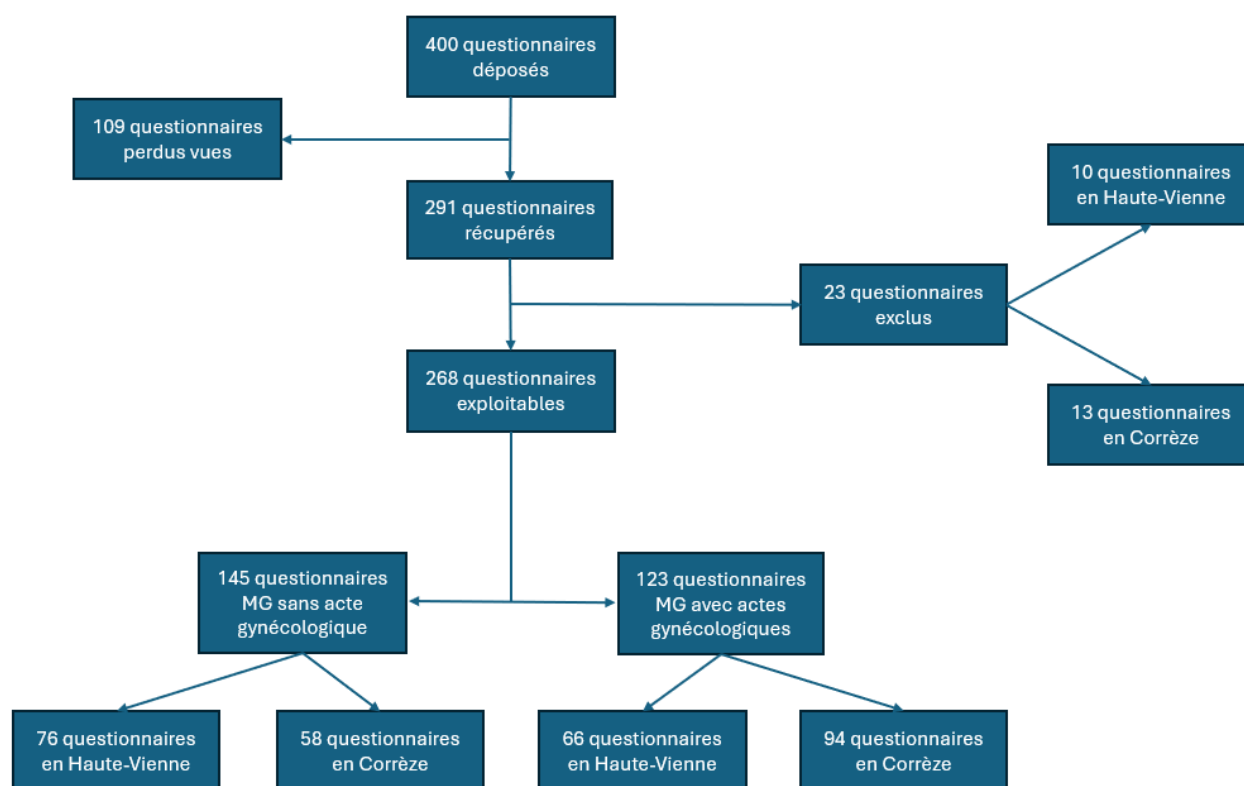


Figure 1 : Diagramme de flux des questionnaires

Les 291 questionnaires remplis correspondent à un taux de réponses de 73%. 268 étaient exploitables soit 67% et 23 étaient exclus selon les critères d'exclusions soit 6% des questionnaires.

Sur les 268 questionnaires exploités, 123 étaient dans les urnes de médecins pratiquant de la gynécologie et 145 dans les urnes des médecins n'en réalisant pas. Cela fait 54% des questionnaires pour des MG sans acte gynécologique et 46% pour des MG avec actes gynécologiques.

3.1. Caractéristiques des répondants

3.1.1. Age

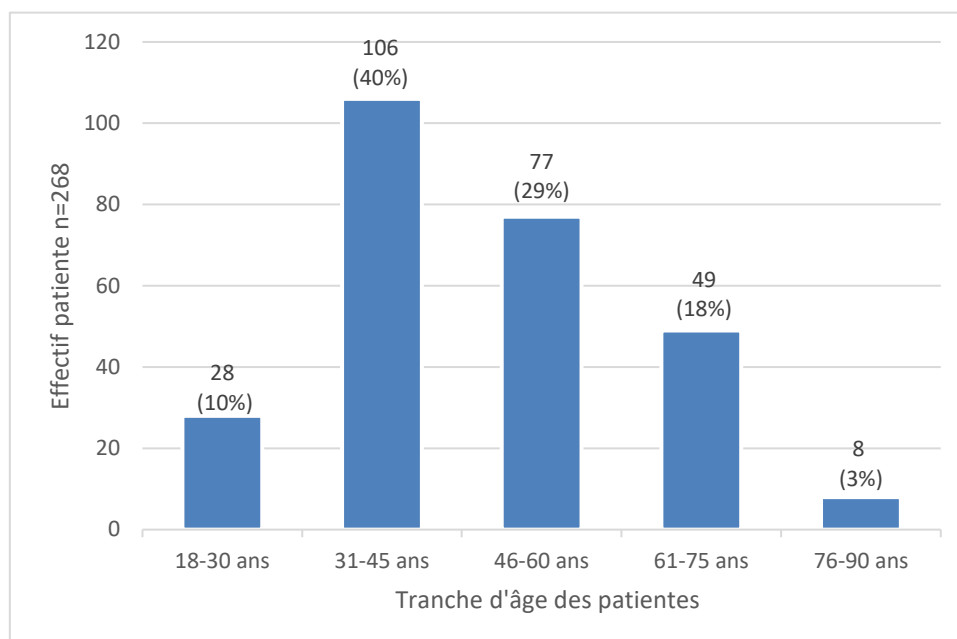


Figure 2 : Répartition des femmes selon les classes d'âges

La classe d'âge de 31-45ans a été la plus importante pour répondre à notre questionnaire, suivie des 46-60 ans.

3.1.2. Zone d'habitation

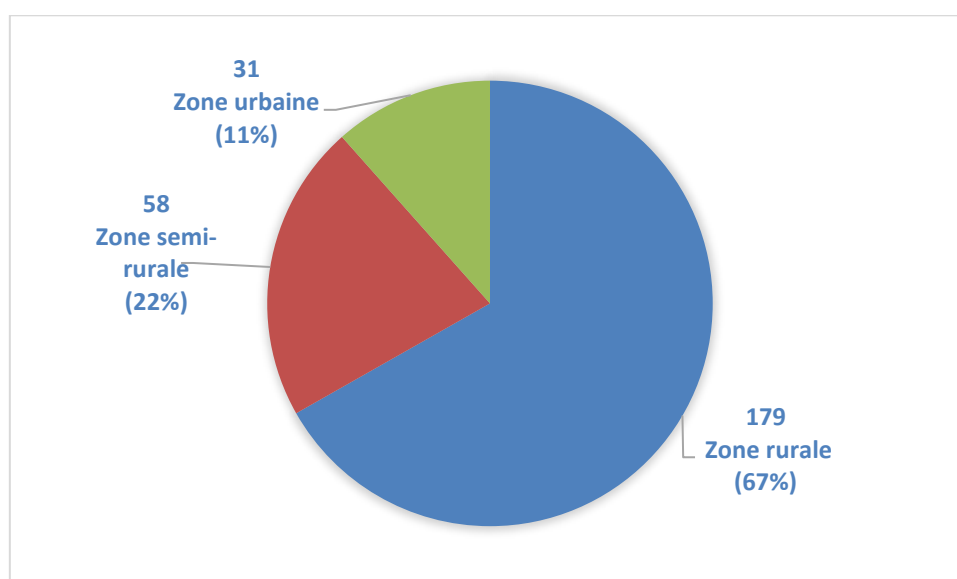


Figure 3 : Répartition des femmes selon zone d'habitation n=268

Concernant la zone d'habitation, les 2/3 vivaient en zone rurale.

3.1.3. Niveau d'étude

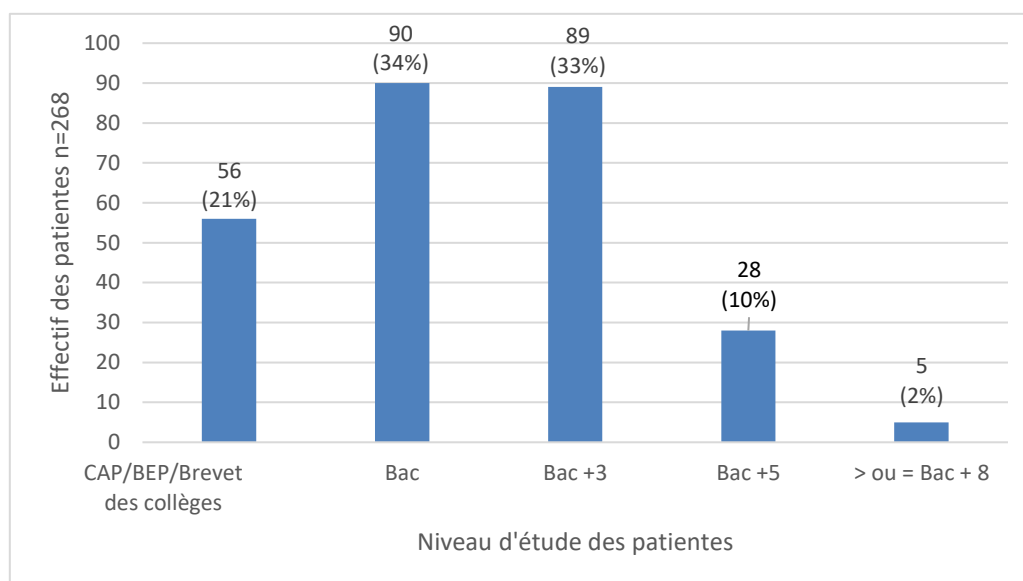


Figure 4 : Répartition des femmes selon le niveau d'étude

Pour le niveau d'étude des répondants, 34% avaient le bac, suivi de près par bac +3 avec 33%. En troisième position, 21% possédaient le niveau CAP/BEP/Brevet des collèges.

3.1.4. Patiente ayant eu des enfants

237 des patientes ont répondu avoir un enfant ou plus, soit 88% des répondants.

3.1.5. Médecin traitant

Sur les 268 répondants, 2 seulement n'avaient pas de médecin traitant, cela représente moins de 1% des répondants.

3.1.5.1. Distance entre le domicile et le médecin traitant

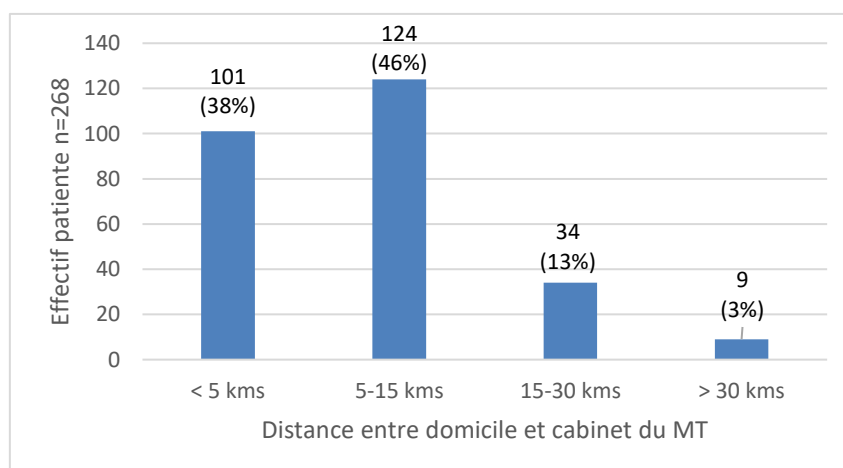


Figure 5 : Répartition des femmes selon la distance du domicile avec le cabinet du médecin généraliste

46% des répondants vivaient entre 5-15 kms du médecin traitant suivi par 38% vivants à moins de 5 kms.

3.2. Suivi gynécologique

3.2.1. Patientes avec un suivi gynécologique

A propos du suivi gynécologique, 219 femmes ont répondu en avoir un actuellement, soit 82% des répondants.

Il n'y avait pas de différence significative de suivi entre les tranches d'âge.

Il y avait une différence significative entre le niveau d'étude et avoir un suivi gynécologique ($p=0,024$).

Les patientes avec un CAP/BEP/brevet avaient moins de suivi gynécologique que les autres niveaux d'études. Les patientes avec un niveau Bac+3 étaient plus suivies sur le plan gynécologique que les autres niveaux d'études.

Il y avait une différence significative entre la zone d'habitation et avoir un suivi gynécologique ($p=0,029$).

Les patientes vivant en zone urbaine réalisaient moins leur suivi gynécologique que les patientes en zone rurale ou semi-rurale.

3.2.2. Délai du dernier frottis des patientes

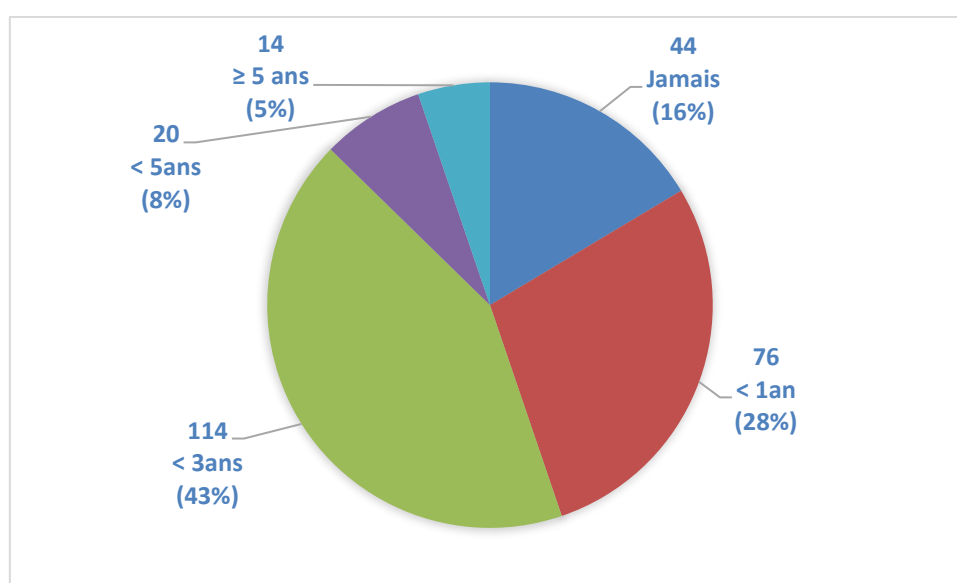


Figure 6 : Délais du dernier frottis des femmes n=268

Concernant le délai du dernier frottis, sur les 268 femmes, une majorité de femmes avait un frottis datant de moins de 3 ans, soit 43% des répondants. En deuxième place, 28% des patientes avaient un frottis datant de moins d'un an.

Sur les 219 femmes ayant déclaré avoir un suivi gynécologique :

- 188 (86%) femmes avaient un frottis datant de moins de 5 ans.
- 28 (12,7%) femmes n'avaient jamais réalisé de frottis. Sur ces 28 femmes, 8 (29%) étaient âgées de moins de 25 ans ou plus de 65 ans donc hors recommandation du frottis.
- 3 femmes avaient un frottis datant de plus de 5ans, 2 d'entre elles étaient âgées de plus de 65 ans.
- Au total, nous avons 21 (<10%) femmes ayant répondu avoir un suivi gynécologique mais qui n'étaient pas à jour du frottis.

Sur les 49 femmes sans suivi gynécologique :

- 22 (45%) femmes avaient un frottis d'il y a moins de 5 ans.
- 4 (8%) avaient un frottis de moins d'un an.
- 16 (33%) n'avaient jamais réalisé de frottis. Sur ces 16 femmes, 9 (56%) étaient dans les âges du dépistage programmé.

3.2.3. Fréquence des consultations gynécologiques des patientes

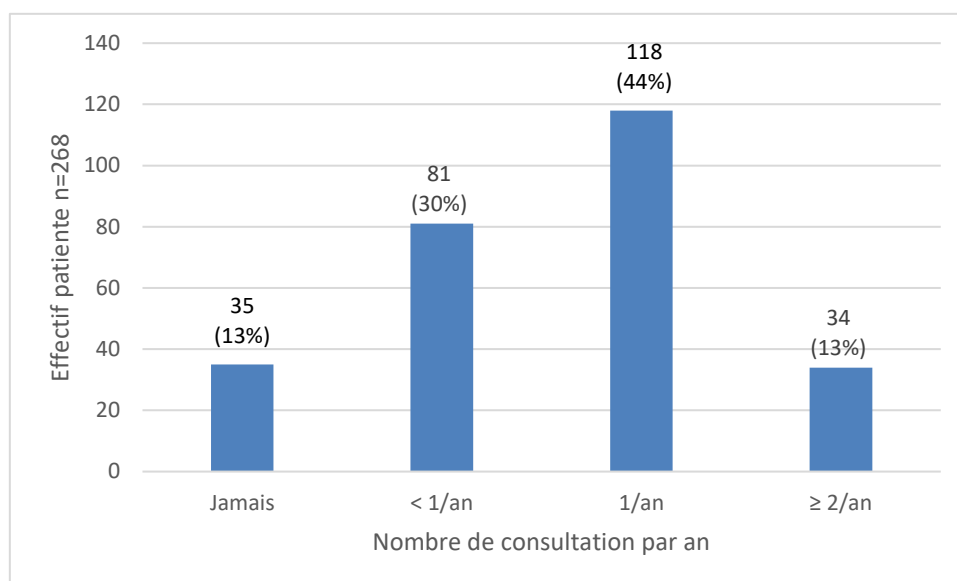


Figure 7 : Fréquence des consultations gynécologiques des patientes

Sur les 268 répondants, 44% réalisaient une consultation gynécologique une fois par an. 30% consultaient moins d'une fois par an.

Sur les 219 patientes avec un suivi gynécologique :

145 (66%) femmes consultaient une fois par an ou plus.

72 (33%) femmes consultaient moins d'une fois par an.

2 (<1%) ne consultaient jamais.

Il n'y avait pas de différence significative entre la fréquence des consultations avec l'âge ou la zone d'habitation.

Il y avait une différence significative entre la fréquence des consultations et les niveaux d'études ($p=0,006$).

Les femmes avec un niveau CAP/BEP/brevet allaient moins souvent consultées pour de la gynécologie tandis que les femmes avec un niveau bac +3 s'y rendaient plus souvent que les autres niveaux d'études.

3.2.4. Praticiens réalisant le suivi gynécologique des patientes

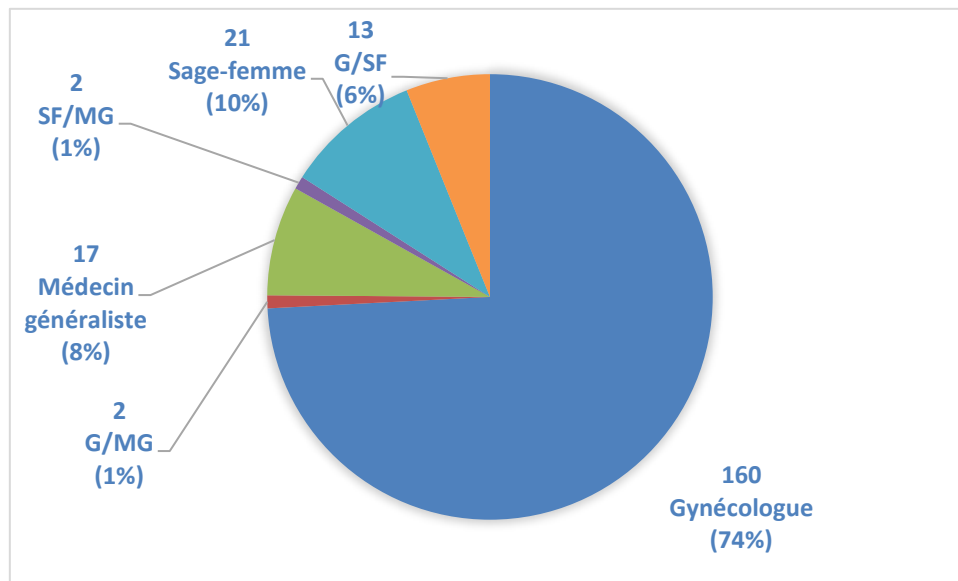


Figure 8 : Répartition entre les praticiens du suivi gynécologique des patientes n=219

Chez les 219 femmes ayant répondu avoir un suivi gynécologique :

- 74% avaient un suivi exclusivement avec le gynécologue,
- 10% avaient un suivi exclusivement avec la sage-femme,
- 8% avaient un suivi exclusivement avec le médecin traitant.

Parmi les réponses obtenues, une minorité de femmes (8%) ont répondu avoir un suivi gynécologique partagé entre différents praticiens.

Il y avait une différence significative entre la zone d'habitation et les MG pratiquant ou non des actes de gynécologies ($p=0,002$).

Il y avait plus de MG réalisant des actes de gynécologie en zone rurale et plus de MG n'en réalisant pas en zone urbaine.

3.2.5. Connaissance des patientes sur la pratique du frottis par leur médecin traitant

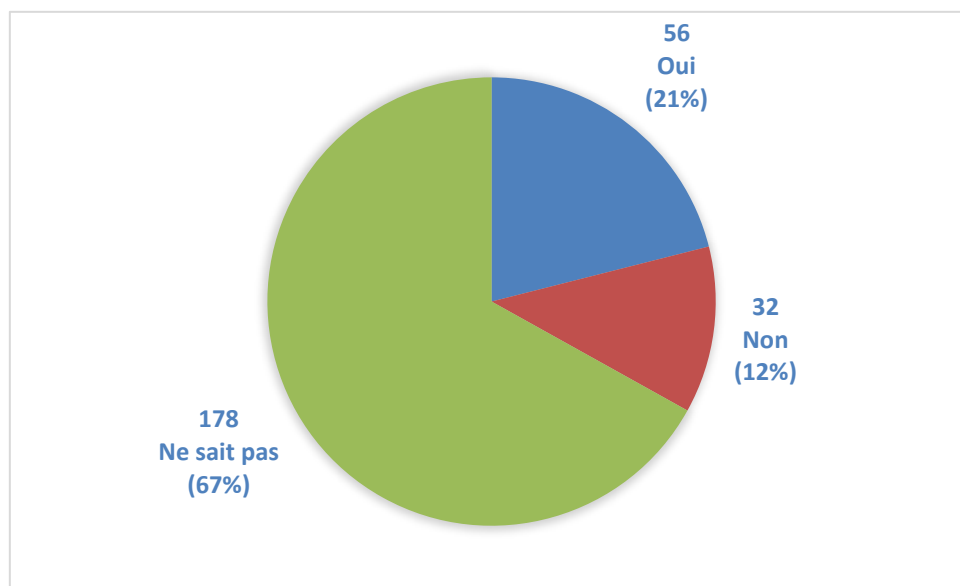


Figure 9 : Répartition des patientes selon leur connaissance sur la pratique du frottis par leur médecin généraliste n=266

67% affirmaient ne pas savoir si leur MG réalise des frottis.

Le croisement entre la connaissance de la pratique du frottis par le MG et les MG pratiquant ou pas de la gynécologie était significatif ($p=0,0001$).

Les patientes des MG réalisant de la gynécologie étaient plus au courant des pratiques de leur MT que les patientes des MG sans actes gynécologiques.

2 patientes sur 268 femmes n'ont pas répondu car n'avaient pas de médecin généraliste.

3.2.6. Connaissance des patientes sur la détention d'un DU en gynécologie par leur médecin traitant

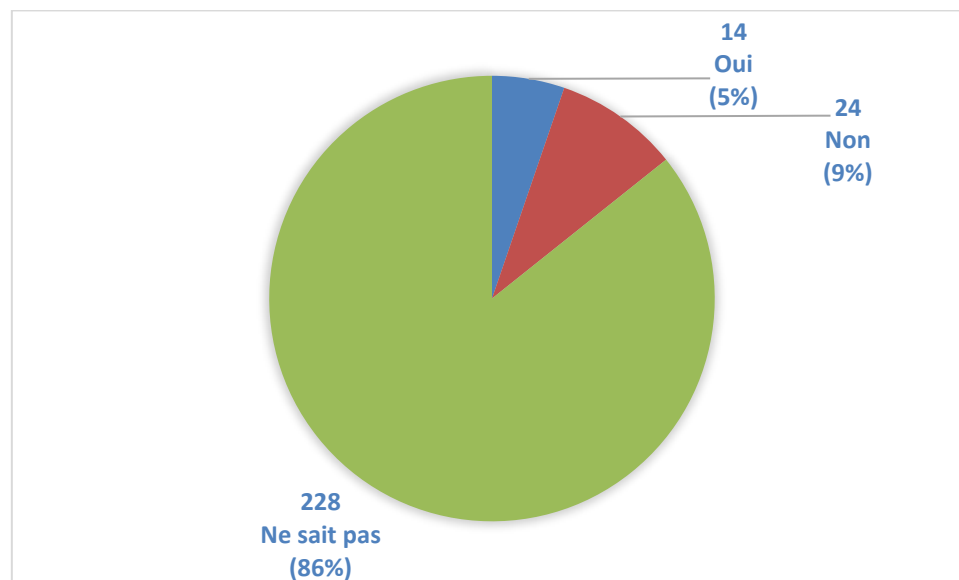


Figure 10 : Répartition des patientes selon leur connaissance sur la détention d'un DU en gynécologie par leur médecin généraliste n=266

86% des patientes ont répondu ne pas savoir si leur médecin traitant possède un DU en gynécologie.

3.2.7. Consultation par motif

3.2.7.1. Consultation pour le motif de la contraception

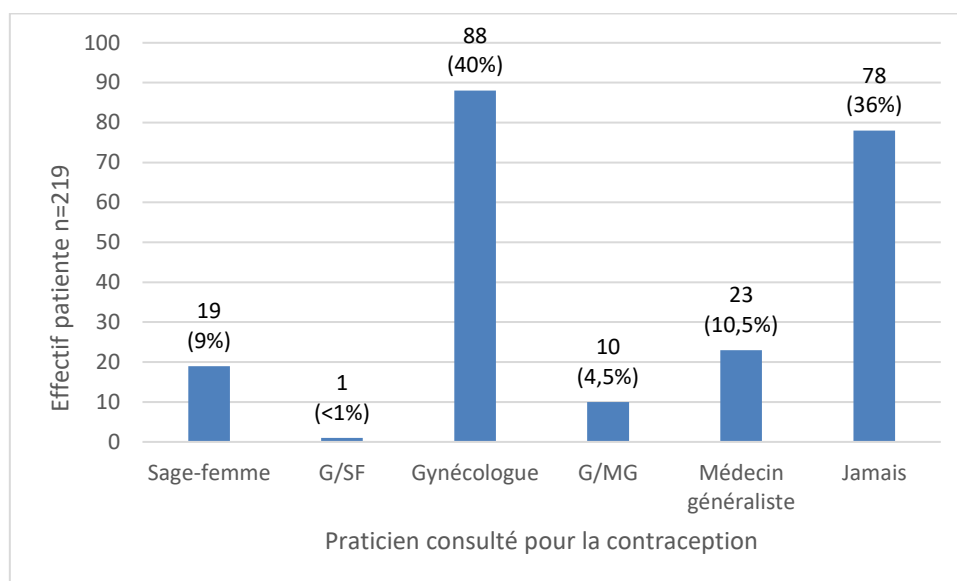


Figure 11 : Répartition entre praticiens consultés pour la contraception

Parmi les 219 patientes avec un suivi gynécologique, 36% des femmes ont répondu n'avoir jamais consulté pour de la contraception. 40% des patientes allaient voir le gynécologue pour la contraception.

3.2.7.2. Consultation pour le motif frottis

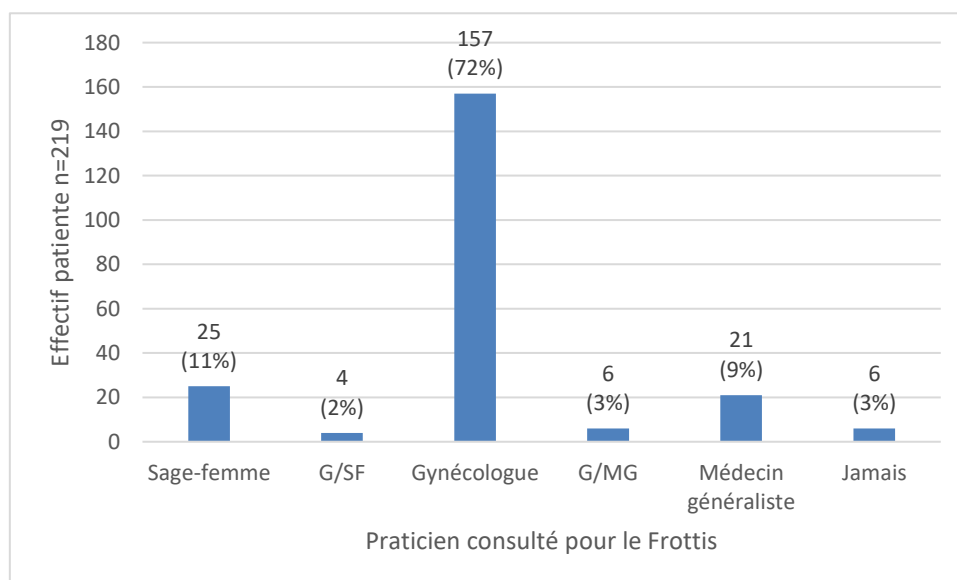


Figure 12 : Répartition entre praticiens consultés pour le frottis

Concernant le frottis, sur les 219 patientes avec un suivi gynécologique, 72% des femmes déclaraient le réaliser chez le gynécologue.

3.2.7.3. Consultation pour le motif mammographie

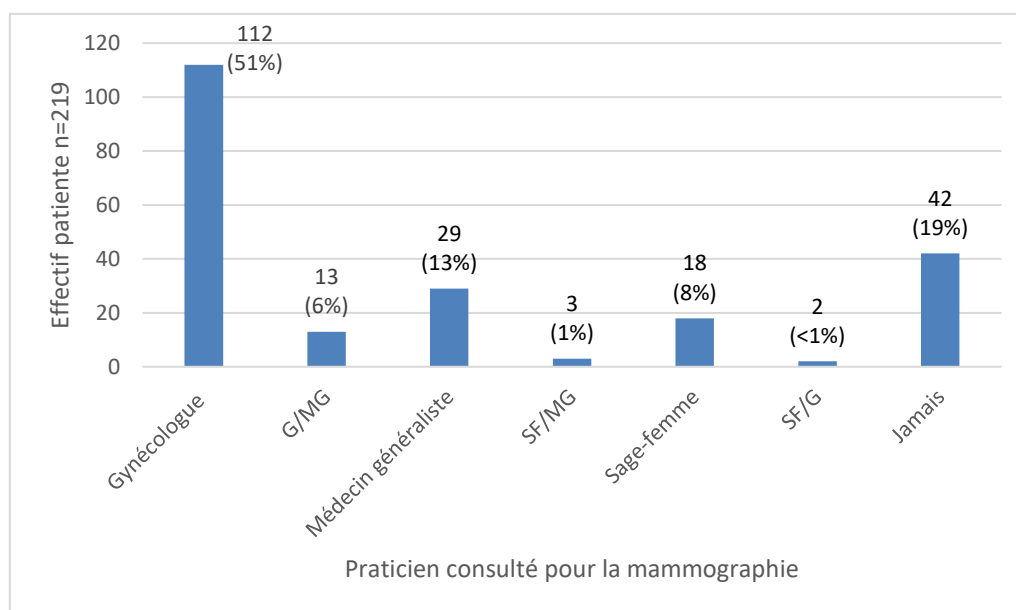


Figure 13 : Répartition entre praticiens consultés pour la mammographie

Pour la mammographie, 51% des femmes faisaient ce suivi chez le gynécologue, 13% des patientes consultaient le médecin généraliste et 19% des femmes ne réalisaient jamais la mammographie.

3.2.7.4. Consultation pour d'autres suivis gynécologiques

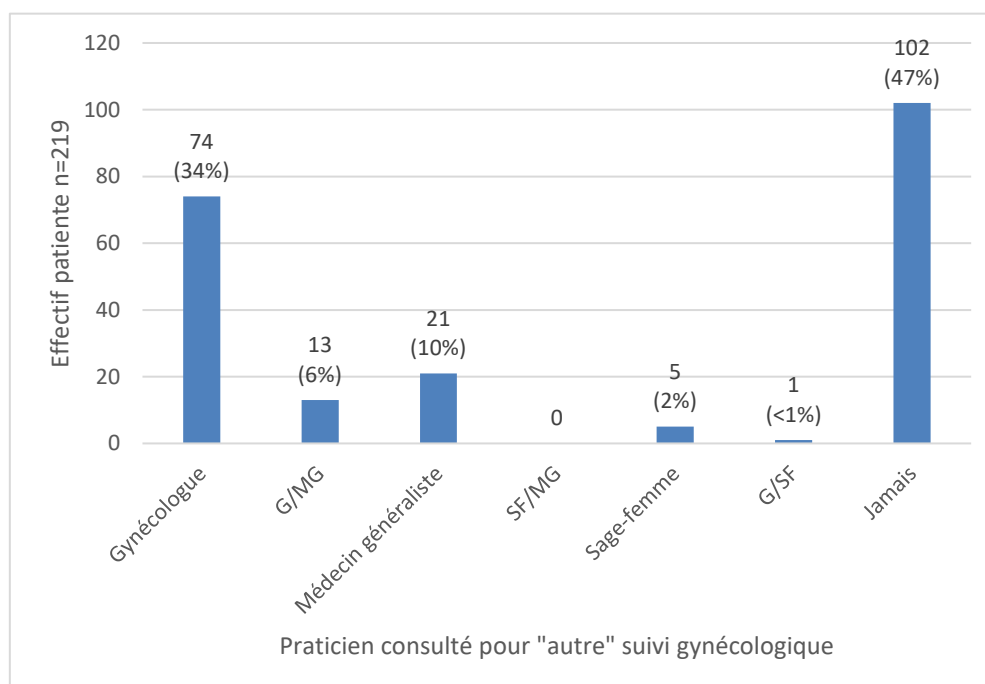


Figure 14 : Répartition entre praticiens consultés pour les autres suivis gynécologiques

Les autres suivis gynécologiques se définissent par des suivis dont la pathologie ne concerne que certaines patientes, par exemple l'endométriose ou la ménopause.

Parmi les 219 patientes avec un suivi gynécologique, 47% des patientes ne réalisaient pas d'autre suivi gynécologique. 34% des femmes consultaient le gynécologue pour un autre suivi.

3.2.7.5. Consultation pour motif d'urgences gynécologiques

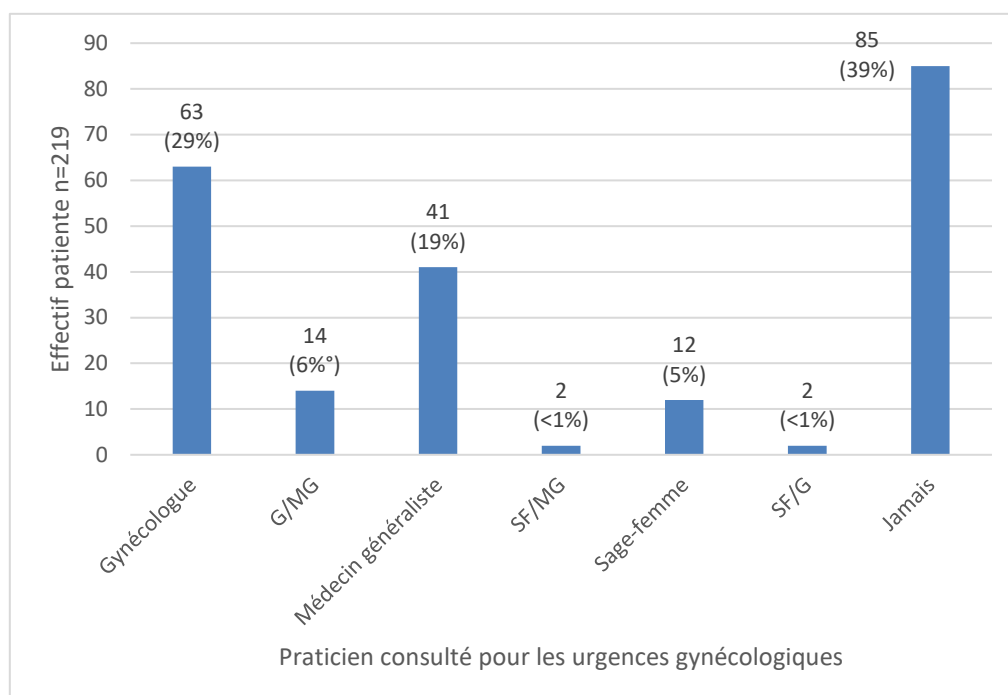


Figure 15 : Répartition entre praticiens consultés pour les urgences gynécologiques

Sur les 219 patientes avec un suivi gynécologique, 39% des femmes n'avaient jamais consulté pour une urgence gynécologique. 29% des femmes consultaient le gynécologue en cas d'urgences gynécologiques et 19% le MG.

3.2.8. Genre des praticiens réalisant le suivi des patientes (gynécologie et hors gynécologie)

Tableau 6 : Genre des praticiens réalisant le suivi des patientes

		Homme	Femme
Praticien	Gynécologue	86 (49%)	89 (51%)
	Médecin Généraliste	150 (56%)	116 (44%)
	Sage-femme	(0%)	36 (100%)
Total		236 (49,5%)	241 (50,5%)

Sur les 268 réponses, le sexe ratio n'était pas significatif.

Parmi les patientes ayant un suivi gynécologique par leur gynécologue, 49% étaient des hommes et 51% des femmes.

Parmi les patientes ayant un suivi général par un médecin généraliste, 56% étaient des hommes et 44% des femmes.

Tableau 7 : Genre des praticiens réalisant le suivi gynécologique des patientes

		Homme	Femme
Praticien	Gynécologue	86 (49%)	89 (51%)
	Médecin Généraliste	2 (9,5%)	19 (90,5%)
	Sage-femme	(0%)	36 (100%)
Total		88 (38%)	144 (62%)

Sur les 219 patientes avec un suivi gynécologique :

88 patientes étaient suivies par un homme soit 38% des praticiens et 144 patientes étaient suivies par une femme, soit 62%. Ces chiffres se basaient sur 232 praticiens car sur les 219 patientes avec un suivi gynécologique, certaines alternaient entre deux praticiens, G/MG, G/SF et SF/MG.

3.2.9. Délais des rendez-vous chez les praticiens

La question s'adressait aux patientes pour un suivi général et pas seulement gynécologique.

Tableau 8 : Répartition des délais de prise en charge des patientes selon les praticiens

	Gynécologue		Sage-femme		Médecin généraliste	
	Urgences	Suivi	Urgences	Suivi	Urgences	Suivi
Dans la journée	9%	0%	3%	0%	54%	8%
< 1 semaine	13%	6%	4%	3%	15%	46%
>1 semaine	6%	5%	<1%	5%	<1%	34%
1 mois	4%	10%	<1%	5%	0%	8%
Plusieurs mois	1%	58%	0%	2%	<1%	2%
Jamais	67%	22%	92%	85%	30%	2%

Le délai de rendez-vous pour un suivi chez le gynécologue était dans 58% des cas à plusieurs mois. Le délai de rendez-vous urgent en gynécologie était de moins d'une semaine pour 13% des patientes. 67% des répondants déclaraient n'avoir jamais pris de rendez-vous en urgences chez le gynécologue.

85% des femmes n'avaient jamais pris de rendez-vous de suivi chez la SF et 92% n'avait jamais vu la SF en urgences.

Pour le suivi chez le médecin généraliste, suivi général ou gynécologique, 46% des répondants obtenaient un rendez-vous en moins d'une semaine et 34% en plus d'une semaine. Pour les urgences chez le médecin généraliste, urgences gynécologiques ou autres urgences, 30% des femmes n'avaient jamais pris rendez-vous chez le MG. 54% des femmes avaient un rendez-vous d'urgences dans la journée.

Il n'y avait pas de différence significative entre les zones d'habitations et les délais de rendez-vous sauf pour les délais de rendez-vous d'urgences chez le MG ($p= 0,004$).

Les MG en zone rurale recevaient plus souvent dans la journée les patientes pour une urgences que les MG des autres zones.

3.3. Cause d'absence de suivi gynécologique

Tableau 9 : Cause d'absence de suivi gynécologique

Cause d'absence de suivi gynécologique	Effectif (pourcentage)
Pas besoin	8 (16%)
Raison économique	1 (2%)
Peur de l'examen	8 (16%)
Cabinet éloigné	12 (25%)
Culture ou religion	0
Manque de temps	11 (22%)
Peur du diagnostic	1 (2%)
Perte de confiance	3 (6%)
Autre	18 (37%)

Pour les 49 femmes ayant répondu ne pas avoir de suivi gynécologique, soit 18% des répondants, les causes mises en avant étaient : (les réponses pouvaient être multiples)

- 25% des patientes trouvaient que les cabinets de médecins étaient trop éloignés.
- 22% des femmes manquaient de temps
- 16% déclaraient craindre l'examen
- 16% ne pensaient pas en avoir besoin.
- Sur 37% des patientes qui avaient cochés « autres », les femmes avaient écrit qu'elles n'avaient pas de suivi gynécologique car :
 - Leur gynécologue est parti à la retraite
 - Impossible d'avoir un rendez-vous
 - Ne prennent pas de nouveau patient
 - Déménagement
 - Hystérectomie + ovariectomie

Sur les 49 femmes sans suivi gynécologique, 20 (41%) patientes avaient un MG réalisant de la gynécologie. 12 (60%) d'entre-elles ne le savaient pas et 8 (40%) étaient au courant. Sur les 8 sachant que leur MG réalise de la gynécologie, 2 (20%) ne souhaitaient pas faire le suivi gynécologique chez le MG.

3.4. Explications et ressenti des patientes

3.4.1. Explications données durant le suivi gynécologique

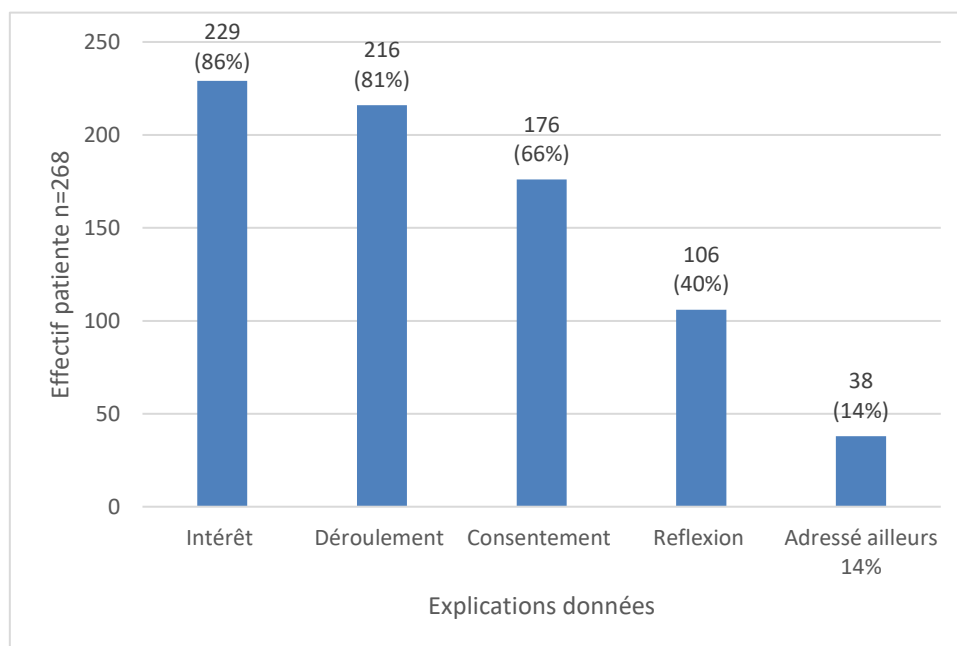


Figure 16 : Répartition par explications données durant le suivi gynécologique

Question à choix multiples.

Dans les explications reçues durant leur suivi gynécologique :

86% des femmes ont répondu avoir été informées de l'intérêt du suivi gynécologique.

81% ont eu les explications sur le déroulement du suivi gynécologique.

66% ont été questionnées pour donner leur consentement lors de l'examen gynécologique.

3.4.2. Ressenti des patientes durant le suivi gynécologique

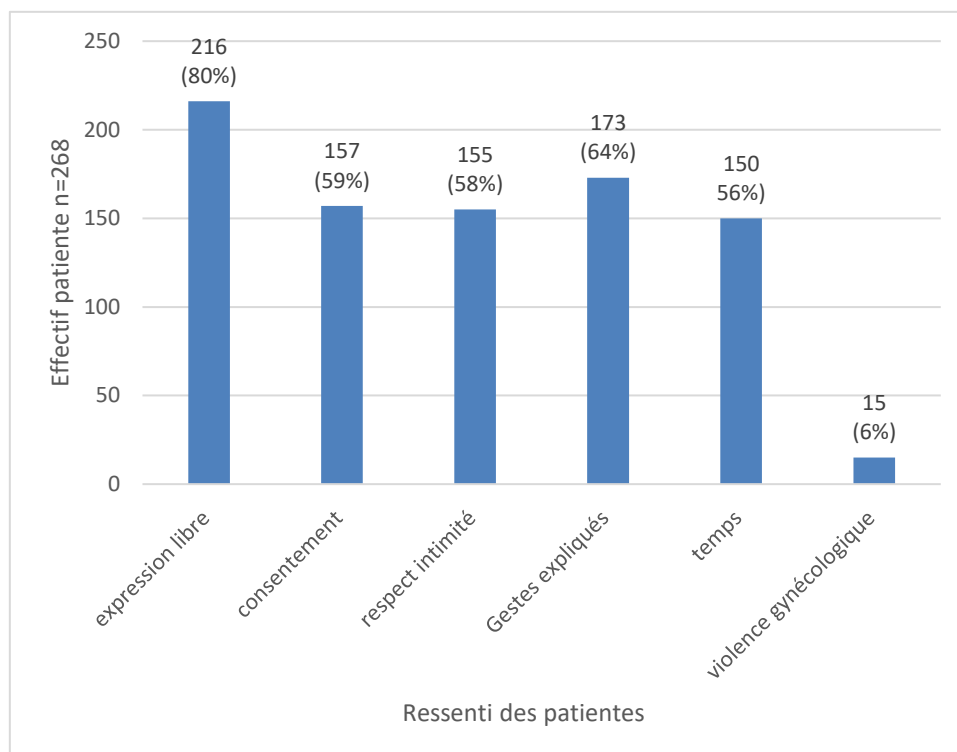


Figure 17 : Taux des sentiments ressentis par les patientes durant leur suivi

A propos du ressenti des patientes concernant leur suivi gynécologique : question à choix multiples.

216 (80%) femmes ont eu le sentiment de pouvoir s'exprimer librement.

173 (64%) patientes considéraient qu'on leur a bien expliqué les gestes et prévenu de leur initiation.

15 (6%) patientes déclaraient avoir subi des violences gynécologiques. Sur ces 15 femmes, 6 (40%) n'avaient plus de suivi gynécologique.

Il n'y avait pas d'incidence significative entre avoir subi des violences gynécologiques et l'âge ou bien le niveau d'étude des patientes.

Il n'y avait pas de lien significatif entre ne plus avoir de suivi gynécologique et avoir subi des violences gynécologiques.

3.5. Raison de n'avoir jamais consulté de gynécologue

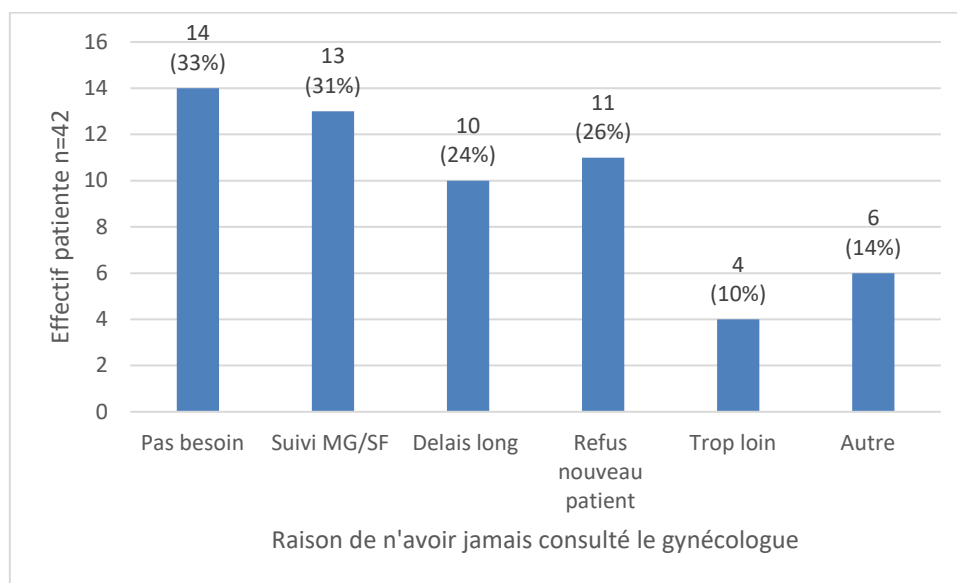


Figure 18 : Répartition des raisons de n'avoir jamais consulté de gynécologue

Réponse à choix multiples.

42 patientes n'ont jamais vu de gynécologue, cela correspond à 16% des répondants.

Les raisons émises étaient pour 33% des femmes, ne pas avoir besoin de consulter un gynécologue.

31% des femmes ont répondu que le suivi par le MG et/ou la SF est suffisant.

26% des patientes ont mis avoir eu un refus d'être prise en tant que nouvelle patiente.

24% des répondants trouvaient les délais de rendez-vous trop long.

10% trouvaient le cabinet des gynécologues trop loin.

Les 14% de réponses « autres » étaient justifiées par «la crainte de consulter le gynécologue ou simplement « ne pas y penser ».

3.6. Raison de n'avoir jamais consulté un médecin généraliste pour une cause gynécologique

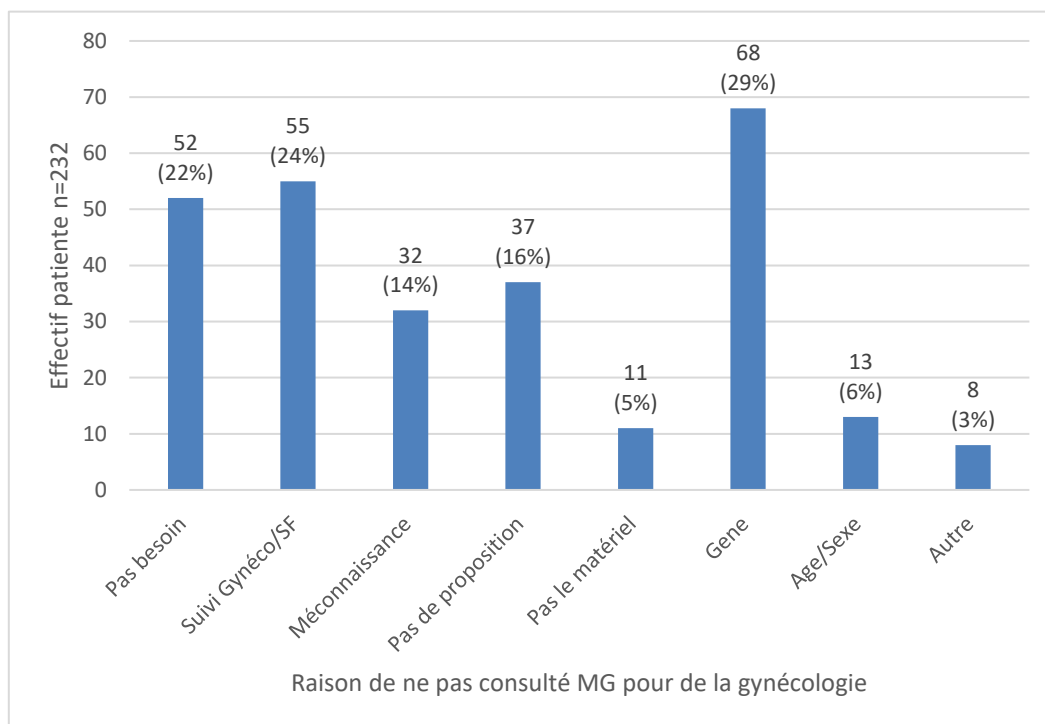


Figure 19 : Répartition des raisons de n'avoir jamais consulté le MG pour de la gynécologie

Réponse à choix multiples.

232 femmes ont déclaré ne jamais consulter un MG pour une cause gynécologique soit 87% des répondants. Sur les répondants :

29% des femmes ressentaient de la gêne auprès du MG.

22% des patientes considéraient avoir un suivi par un gynécologue et/ou une sage-femme suffisant.

24% des femmes expliquaient n'en avoir jamais eu besoin.

Sur ces 232 femmes, 62% avaient un MG masculin, 37,5% avaient un MG féminin et 2 (<1%) n'avaient pas de MG.

3.7. Refus d'examen gynécologique chez le médecin généraliste

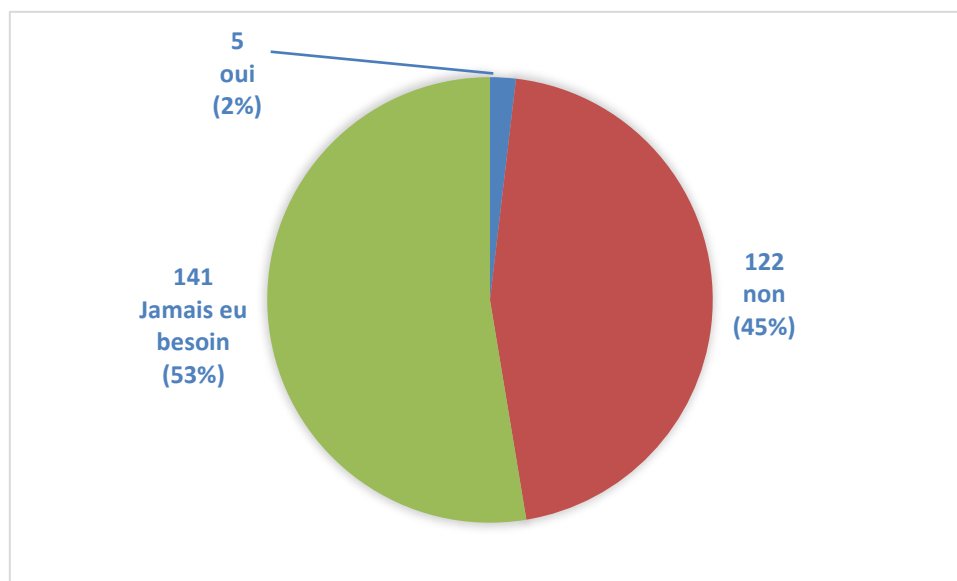


Figure 20 : Répartitions selon le refus de réaliser l'examen gynécologique par le médecin gynécologique n=268

53% des répondants n'ont pas eu besoin de réaliser l'examen gynécologique chez le MG. 45% n'ont jamais refusé l'examen et 2% l'ont refusé.

Le croisement entre le refus de réaliser l'examen gynécologique par le MG et le genre du MG était non significatif.

La cause du refus des 5 patientes pour l'examen gynécologique réalisé par le MG était pour 2 d'entre-elles un manque de confiance envers le MG, pour 2 autres, la gêne envers le MG et pour la dernière, le fait que ce soit un remplaçant et non son médecin traitant.

3.8. Le suivi gynécologique chez le médecin généraliste

3.8.1. Les freins au suivi gynécologique par le médecin généraliste

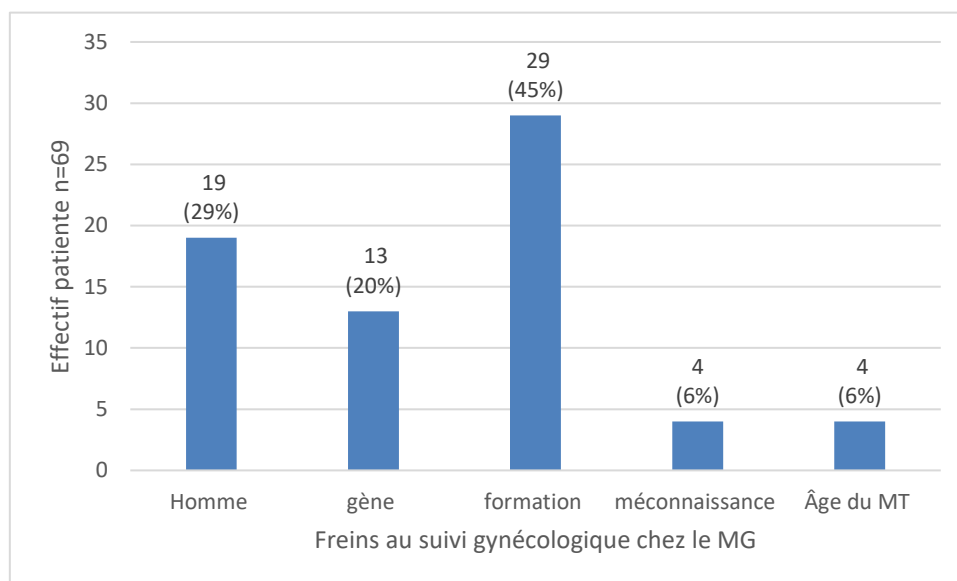


Figure 21 : Taux des freins au suivi gynécologique par le médecin généraliste

69 femmes ont répondu à cette question soit un taux de réponses de 26%.

Pour 45% d'entre-elles, la formation différente entre le médecin généraliste et le gynécologue était un frein.

Le genre masculin en était un autre pour 29% des femmes.

Pour 20% des autres répondantes, elles éprouvaient une gêne envers le MG.

3.8.2. Les facteurs favorisant le suivi gynécologique par le médecin généraliste

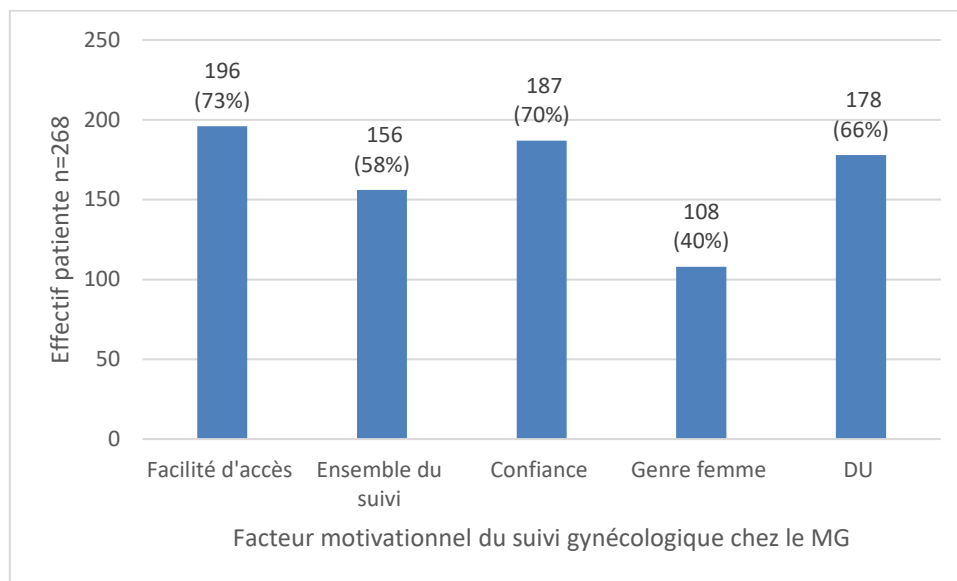


Figure 22 : Taux des facteurs favorisant le suivi gynécologique par le médecin généraliste

Questions à choix multiples.

Les facteurs favorisant le suivi gynécologique par le MG mis en avant par les patientes étaient :

Dans 73% des cas, l'accessibilité au MG.

Dans 70% des cas, la relation de confiance envers le MG.

Dans 66% des cas, l'obtention d'un DU par le MG renforçait le choix de la patiente.

3.8.3. Patientes prêtes à réaliser le suivi gynécologique chez le médecin généraliste

Sur les 268 répondants, 230 (86%) femmes étaient prêtes à réaliser le suivi gynécologique chez le médecin traitant.

21 (9%) femmes ayant répondu prêtes à faire le suivi gynécologique chez le MG le réalise déjà.

Discussion

Nos résultats montraient que 82% des femmes de notre étude avaient un suivi gynécologique. Seulement 57% des participantes respectaient au moins une consultation gynécologique par an. Ce suivi était assuré à 62% par des praticiens féminins. Il était réalisé à 74% par des gynécologues et seulement 8% par des MG. Sur ces 8%, c'étaient majoritairement des MG ruraux. Pourtant, 86% des patientes étaient prêtes à réaliser leur suivi gynécologique chez le MG.

Les patientes semblaient peu informées des compétences du MG en gynécologie, 67% des patientes de notre étude ne savaient pas si leur MG pratiquait des actes de gynécologie et 87% ne savaient pas si leur MG détenait un DU en gynécologie.

Pour la réalisation du suivi gynécologique par le MG, les freins avancés par les patientes étaient la formation insuffisante du MG en gynécologie, l'âge/genre du praticien, la méconnaissance des acteurs de ce suivi et la gêne ressentie envers le MG.

Parmi nos répondantes, 6% déclaraient avoir subi des violences gynécologiques mais plus de la moitié n'avaient pas arrêté leur suivi gynécologique pour autant. La perception du consentement restait insuffisante. Seulement 59% des femmes déclaraient l'avoir donné avant l'examen gynécologique.

En contrepartie, la facilité d'accès au MG et la relation de confiance MG/patientes étaient les premiers facteurs motivationnels retrouvés. Le genre féminin et l'obtention d'un DU étaient d'autres points positifs évoqués.

Notre étude montrait que la population féminine était prête à diversifier les acteurs de soins de leur suivi gynécologique sous réserve d'une information suffisante sur le maillage des praticiens formés.

4.1. Validité interne

4.1.1. Faiblesse de l'étude

La population française est répartie pour deux tiers en zone urbaine et un tiers en zone rurale /semi-rurale. La Corrèze a un taux d'urbanisation de sa population à 49,7%. Pour autant, La population recrutée n'est pas représentative de la population générale car la majorité de nos réponses provenait des cabinets en zone rurale et semi rurale. Cela a pour conséquence de majorer la représentation de la difficulté d'accès aux spécialistes.

Les patientes étaient recrutées directement dans les cabinets de MG où étaient installés les questionnaires. Le biais de sélection principal qui en découle suppose que la population féminine n'ayant pas accès aux soins (11% en 2022) est sous-estimée. Cela aurait pu être corrigé si les questionnaires avaient été diffusés au sein d'autres structures comme des pharmacies.

La présence de 2 urnes pouvait induire en erreur le dépôt des questionnaires. Cela conduit à un biais de sélection menant à un biais d'analyse. Pour autant les urnes étaient bien distinctives (couleur et indication) ce qui atténue le risque d'erreur et laisse supposer que ce biais est négligeable dans l'interprétation des résultats.

Comme toute enquête, il existe un biais de prévarication dans la qualité et la fiabilité des réponses fournies. Il peut en découler un biais d'information quant à l'extrapolation du respect

des recommandation face au suivi gynécologique. Les réponses ne sont pas vérifiables et sont forcément subjectives. L'estimation du suivi gynécologique peut être surestimée. Pour autant les résultats obtenus sont très proches des résultats retrouvés dans différentes études et enquêtes nationales. Ce biais est mineur.

4.1.2. Les points forts de notre étude

Depuis la dernière réforme de 2022, peu d'études ont été réalisées pour évaluer l'accès aux soins gynécologiques. Cette étude donne un premier état des lieux sur l'efficacité des mesures politiques. Elle permet également de donner des axes de réflexions pour améliorer ce bilan.

Actuellement, le sujet n'a été traité que par des thèses qualitatives. Nous sommes les premiers à explorer ce sujet sous forme quantitative auprès des patientes.

La représentativité de la population reste discutable sur les zones géographiques. Cependant tous les niveaux d'études sont représentés. Cela permet de mieux cibler l'accès aux soins et la manière dont la population féminine priorise ce suivi dans son quotidien. Notre étude a pu recruter un nombre important de patientes, 268 femmes au total. Le taux de réponses était de 73% ce qui montre un réel intérêt des patientes face à ce sujet. Les résultats obtenus ont une valeur statistique suffisante pour être discutés et extrapolés à la population limousine.

La présence des questionnaires en salle d'attente permettait d'avoir accès à des patientes consultant les paramédicaux présents dans les maisons de santé pluridisciplinaires. La proportion de patientes n'ayant pas de médecin traitant a pu être représentée dans la population de l'étude.

Grâce à la présence d'urnes, il y avait un anonymat des patientes. Cet anonymat a permis de maîtriser le biais de prévarication. Le support choisi était en format papier. Il respecte l'anonymat et facilite le recrutement de la population plus âgée, potentiellement moins à l'aise avec un outil informatique.

4.2. Validité externe

4.2.1. Données sociaux démographiques

Les classes d'âge les plus représentées dans les réponses sont les 31-45 ans et les 46-60 ans. L'âge moyen est de 48 ans. C'est représentatif de la population du Limousin qui est la région avec la population la plus âgée. L'âge moyen de la population en France en 2015 était de 40,9 ans. (81) En comparatif, il était de 43,3 ans en Haute-Vienne (82) et 45,5 ans en Corrèze cette même année. (83) Depuis, la population a continué de vieillir avec l'âge moyen en France se portant à 42,4 ans en 2023. Les chiffres en Limousin ne sont pas encore connus. (83)

Quatre-vingt-neuf pourcents des répondantes vivaient en zone rurale ou semi-rurale. Le Limousin est connu pour être une région agricole, 51,5% de sa superficie est dédié à l'agriculture en 2014. (84)

Pourtant, nous avons 74% des patientes qui habitaient à moins de 15km du cabinet du MG. Nous pouvons apporter deux réponses à ce résultat. Face à la pénurie de médecins, les MG sont obligés de limiter leur patientèle à la commune d'installation ou les communes limitrophes. Il est également possible que la facilité d'installation des MG en zone déserte ait permis de majorer le nombre de MG.

Le niveau d'étude des répondants était dans 88% des cas inférieur ou égal à bac +3. Cela peut s'expliquer par une région agricole et vieillissante. Le Limousin fait d'ailleurs parti des régions avec un taux de pauvreté supérieur à la moyenne nationale. En 2016, le taux de pauvreté est de 14% sur le plan national (85) tandis qu'il est à 15,3% en Haute-Vienne, 13,2% en Corrèze et 18,4% en Creuse. (86)

4.2.2. Suivi gynécologique

Quatre-vingt-deux pourcents des femmes ont répondu avoir un suivi gynécologique. C'est en accord avec la thèse d'exercice du Dr Guyomard. Selon les différentes études de 2012 à 2016 constituant sa revue de littérature, 80 à 91% des femmes ont un suivi gynécologique. (19) En comparaison, le Dr Timsit avait 87,3% des patientes avec un suivi gynécologique dans les résultats de sa thèse d'exercice datant de 2018. (73)

D'après nos résultats, il semble que ce soient les femmes avec le plus bas niveau d'étude qui ont tendance à ne pas avoir de suivi gynécologique. En comparaison, les femmes avec un bac +3 ont le plus fort taux de suivi gynécologique ($p=0,0024$). Cela est confirmé par l'étude de 2008 de l'Institut « Brulé, Ville et Associé » (BVA) qui retrouve que les patientes provenant de milieux socio-économiques faibles sont moins suivies que les patientes avec un diplôme. (78)

Nous retrouvons de façon surprenante que les femmes vivant en zone rurale ou semi-rurale sont plus à même d'avoir un suivi gynécologique par rapport aux femmes vivant dans une zone urbaine. Pour autant, l'accès aux soins est décrit comme meilleur en zone urbaine. Ce résultat peut être expliqué par la présence de MG polyvalents très représentés dans le secteur rural du fait de l'absence de spécialiste. Nous pouvons également l'expliquer par des MG en zone rurale qui sont plus souvent sollicités pour le suivi gynécologique qu'en zone urbaine comme il apparaît dans les thèses d'exercices du Dr Champeaux (76) et Dr Verriere. (48)

Les recommandations étant de faire un frottis tous les 5 ans si le dernier est négatif, nous pouvons considérer que 78% de nos répondantes sont à jour. Cela est supérieur à la moyenne nationale à 58,2%. (63) Mais cela peut être faussé par un biais d'information car dans ces 78% de femmes, certaines sont âgées de moins de 30 ans et doivent faire le frottis tous les 3 ans. D'autres doivent bénéficier d'un dépistage individuel selon leurs antécédents. Et puis certaines sont hors recommandations comme les femmes âgées de moins de 25 ans ou plus de 65 ans. Ces dernières tranches d'âges restent moins représentées dans notre cohorte.

Parmi les patientes ayant un suivi gynécologique, 86% ont un frottis de moins de 5 ans. Il existe une discordance entre le suivi gynécologique recommandé et la date du dernier frottis sur 10% de l'effectif. Ces 10% correspondent à des femmes dans la tranche d'âge des recommandations du frottis cervico utérin (FCU). Pour ces femmes, nous pouvons parler de biais d'information. Elles pensent avoir un suivi gynécologique mais il n'est pas fait correctement.

A l'inverse, sur les 18% de femmes n'ayant pas de suivi gynécologique, 45% ont un frottis de moins de 5 ans. Nous pouvons penser qu'elles ont stoppé leur suivi dans les 5 ans passés.

4.2.2.1. Fréquence des consultations gynécologiques

Le suivi gynécologique recommande une consultation par an chez le gynécologue.(1) Cinquante-sept pourcents des femmes de notre étude respectent les recommandations. Ces chiffres sont supérieurs à la moyenne française retrouvée dans une étude de 2018 réalisée par IPSOS, 39% des femmes consultent une fois par an un GM ou GO. (87)

Sur la fréquence, ce sont les patientes avec un bac +3 qui consultent le plus souvent et CAP/Brevet/BEP qui consultent le moins. Cela est en accord avec le niveau d'étude et le suivi gynécologique comme précédemment décrit.

Une étude réalisée entre juillet 1998 et juillet 1999 par l'observatoire de Thalès a mis en évidence que les femmes consultaient en moyenne 3,6 fois par an le MG pour une cause gynécologique. Ce taux augmentait avec l'âge. Cela montre les compétences du MG en gynécologie depuis des années. Dans nos résultats, ce ne sont que 13% des répondantes qui consultent plus de 2 fois par an. Les causes probables de cette baisse sont la pénurie de médecins (88) ainsi que l'accès direct au gynécologue depuis 2004 (89).

4.2.2.2. Praticiens réalisant le suivi gynécologique

Le suivi gynécologique des patientes de notre étude est assuré à 74% exclusivement par des gynécologues, 10% exclusivement par les sages-femmes et 8% exclusivement par les MG et 8% ont un suivi partagé entre plusieurs praticiens.

Les résultats sont peu différents que ceux retrouvés dans l'étude de l'Institut BVA de 2008 où les femmes avec un suivi gynécologique sont suivies à 70% par le gynécologue et 15% par le MG. (78) Dans la thèse d'exercice du Dr Timsit, 80,1% des patientes sont suivies par le gynécologue et 1 femme sur 5 par le MG. (73) Il semble que le taux de suivi par le gynécologue reste stable mais pour le suivi par le MG, il est plus bas dans notre étude. L'explication de cette baisse peut être expliquée par les SF de plus en plus nombreuses avec des compétences gynécologiques étendues. Elles sont souvent des interlocuteurs de premier choix lorsque le gynécologue n'est pas disponible. D'autant plus que la consultation retour de couche avec l'instauration d'un moyen de contraception se programme majoritairement avec une SF de ville, souvent celle qui a suivi la patiente durant sa grossesse. Dans l'étude de l'Institut BVA de 2008, les SF ne sont pas citées comme professionnel pour le suivi gynécologique. Dans la thèse d'exercice du Dr Daveaux de 2013 (104), 2% des patientes sont suivies par la SF contre 10% dans notre étude. Il y a une progression au fil des années.

Dans le cadre du suivi partagé, cela n'a rien d'étonnant car c'est une continuité entre les différents praticiens. Le MG ou la SF peuvent passer la main dès lors que cela sort de leur champ de compétences. Dans la thèse d'exercice du Dr Verger, les patientes suivies sur le plan oncologique consultent le gynécologue pour l'aspect technique de la maladie. Le MG sera sollicité pour coordonner les soins ainsi qu'être le référent de toutes informations relatives à la prise en charge. (77) Une étude ancienne réalisée entre mai 1998 et mai 1999, par le CNGOF montrait que les patientes consultaient le gynécologue pour l'instauration ou la modification de la contraception et le MG en faisait le renouvellement. (90) Dans la thèse d'exercice du Dr Plantevin de 2020, tous les médecins généralistes interrogés (20 médecins) déclarent initier et adapter les contraceptions orales. Sur cette même étude, 16 médecins expriment le faire plusieurs fois par mois. (91) Ces résultats sont la preuve de l'évolution de la formation des MG en gynécologie.

Pour ce qui est du genre des praticiens réalisant le suivi gynécologique, 62% des patientes sont suivies par une femme. Cela est cohérent avec le sexe ratio des différentes professions en Limousin. Il y a autant d'hommes que de femmes pour les gynécologues. En revanche, ce constat n'est pas représentatif de la répartition nationale dont l'effectif féminin est 3 fois plus important que l'effectif masculin dans la spécialité de gynécologie. (15) Pour les MG réalisant le suivi gynécologique, ce sont principalement des femmes. C'est un fait qui ressort souvent dans les études. Dans la thèse d'exercice du Dr Vanderstraeten, les MG féminins réalisent significativement plus d'examens gynécologiques que les médecins masculins. Elles prescrivent également plus de contraceptions ou de bilans IST que leur homologue masculin. (92) Cela peut s'expliquer par l'étude de S. Porteneuve et O. Purroy qui a montré une différence significative entre les médecins féminins se sentant à l'aise avec la nudité des patientes comparé à leur homologue masculin. (105) Une autre étude a conclu que les médecins féminins étaient plus impliqués dans les différents champs d'intervention gynécologique que leurs collègues masculins. Elles estimaient leurs connaissances en gynécologie plus approfondies, et elles accordaient plus de temps à leur formation dans ce domaine. (106)

4.2.2.3. Connaissance des patientes sur les pratiques du MG

Notre travail estime que 67% des femmes ignorent si leur MG peut réaliser des actes gynécologiques. Ce chiffre est en accord avec le travail de thèse du Dr Plantevin de 2020.

Dans ses résultats, 7,7% des patientes interrogées étaient au courant de l'ensemble des compétences gynécologiques d'un MG et à l'inverse 27,6% des femmes pensaient que le MG n'avait aucune compétence en gynécologie. (91)

Il ressort dans notre étude que les patientes des MG réalisant des actes de gynécologie sont plus au courant des pratiques de leur MG que les patientes des MG sans acte gynécologique. Ce point a également été mis en avant dans la thèse d'exercice du Dr Plantevin. Les patientes de sa recherche connaissaient mieux les compétences gynécologiques de leur propre médecin traitant que celles des médecins généralistes formés en gynécologie de manière générale.

Elle met en avant qu'un quart des patientes étaient informées par le bouche-à-oreille sur les compétences de son MG. Cela pouvait véhiculer de mauvaises informations ou de fausses rumeurs. Pour éviter ce genre de problème, il était proposé de mettre en place de vrais supports d'informations fiables. D'ailleurs, dans nos résultats, nous avons au total 9 patientes qui se sont trompées. Sept ont conclu à tort que leur MG ne pratiquait pas d'actes gynécologiques de type frottis et 2 ont surévalué l'accès à ces soins chez leur MG.

Quatre-vingt-six pourcents de la population étudiée ne sait pas si leur MG détient un DU de gynécologie. Il n'est pas obligatoire d'avoir un DU pour pratiquer de la gynécologie mais les détenteurs d'un DU ne l'affiche pas forcément. En effet, le conseil de l'ordre interdit toute mention sur les plaques ou ordonnanciers la détention d'un DU. D'après le conseil de l'ordre des médecins, cela pourrait induire en erreur la patiente. Elle pourrait prendre le MG pour un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique. (93) Pour renforcer l'orientation des patientes vers le MG pour le dépistage de masse et la contraception, il reste primordial de majorer les sources d'informations. Des posters informatifs généraux dans les salles d'attentes peuvent permettre d'ouvrir la discussion entre le MG et la patiente quant à la possibilité d'un tel suivi dans son cabinet. Le MG peut ainsi réorienter ces patientes vers le gynécologue si la prise en charge le nécessite.

4.2.2.4. Praticiens consultés selon le motif

Pour le suivi de la contraception, 36% des patientes n'ont pas de suivi. Nous pouvons penser que ce sont des femmes ménopausées. Les femmes âgées de plus de 55 ans correspondent à un peu moins de 32% des répondantes de notre étude. Les autres femmes consultent à 40% le gynécologue et seulement 10,5% le MG pour la contraception. Soit 1 femme sur 5 qui consulte pour la contraception s'adresse au MG.

Dans la thèse d'exercice du Dr Ben Abdallah (107), la contraception est le principal motif de consultation gynécologique des MG. Dans le cadre d'une autre thèse d'exercice réalisée en Ile de France en 2010, la contraception correspond à 85% des motifs de consultations gynécologiques chez le MG.(94) L'enquête « Epilule » montre que le MG prescrit la contraception d'une femme sur deux. Elle est initiée dans 45% des cas et renouvelée à 58% des cas par le MG. (108) L'explication d'un chiffre plus faible dans notre étude serait que les femmes du Limousin restent attachées au suivi par le gynécologue ou bien s'orientent de plus en plus vers la SF qui représentent 9% de nos réponses.

Dans le cadre des dépistages programmés tel que le frottis et la mammographie, les patientes s'orientent le plus souvent vers le gynécologue. Soixante-douze pourcents de nos répondantes consultent le gynécologue pour le frottis et 51% pour les résultats de la mammographie (que ce soit dépistage programmé ou dépistage personnel). Les patientes s'adressent probablement au gynécologue en première intention devant le manque d'information sur la possibilité du MG. Dans les années à venir, le dépistage de masse pourrait être orienté préférentiellement chez le MG en dehors des dépistages individuels. La réorientation vers le gynécologue pour des résultats anormaux permettrait de réduire le délai de consultation chez le spécialiste et d'accélérer la prise en charge des patientes.

Le MG est le plus souvent sollicité dans le cadre gynécologique pour des urgences avec 19% des patientes. Cela s'explique par des délais de rendez-vous plus rapides que chez le gynécologue. Le gynécologue reste malgré tout le premier interlocuteur en cas d'urgences gynécologique avec 29% des répondants. Cela peut être expliqué par la création d'une filière d'urgence gynécologique hospitalière présente dans la majeure partie des centres hospitaliers du Limousin.

4.2.2.5. Délais de rendez-vous chez les praticiens.

Dans nos résultats, les délais de rendez-vous de suivi ou d'urgence est plus court chez le MG que le gynécologue.

Cela confirme les résultats d'une étude réalisé au mois de mars 2024 par la fondation Jean Jaurès. Elle a analysé le délai d'octroiement d'un rendez-vous sur Doctolib parmi les différentes spécialités médicales et les départements. Il en ressort que le délai entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous est en moyenne de 3 jours pour le MG et 22 jours pour le gynécologue. C'est le délai médiant en France. Il existe des disparités selon les départements :

Pour le MG, le délai serait de 2 jours en Haute-Vienne et 3 jours en Corrèze.

Pour les gynécologues (médicaux et obstétricaux confondus), les délais sont de plus de 2 mois en Haute-Vienne et entre 1 à 2 mois pour la Corrèze. Notre étude retrouve un délai supérieur pour l'accès aux gynécologues, 58% ont répondu avoir un rendez-vous après plusieurs mois. Cela peut s'expliquer par une patientèle plutôt rurale comparée à la population générale.

Pour les sages-femmes, le délai serait entre 15 jours à 1 mois en Haute-Vienne. Il n'y a pas de donnée pour la Corrèze. (95)

Il ressort également que les MG en zone rurale reçoivent plus rapidement les patients pour une urgence que le MG en zone urbaine. L'explication pourrait être la présence d'urgences hospitalières ou de permanences de soins à proximité dans les zones urbaines. L'étude du DREES essayant de mettre en avant des solutions pour remédier à la pénurie de médecins selon les zones géographiques a mis en avant que les MG exerçants dans des zones où l'accès aux spécialistes est limité assurent eux-mêmes des actes qu'ils n'accompliraient pas en zone urbaine. (96)

4.2.3. Absence de suivi gynécologique

Dix-huit pourcents des femmes de notre étude n'ont pas de suivi gynécologique. Quand nous regardons les causes émises par les patientes, ce sont les mêmes qu'avancées par l'étude du conseil de l'ordre des SF en 2017 (20) et de l'étude d'IFOP en 2021 (21).

La première cause qui semble se majorer au cours des années est l'éloignement kilométrique des médecins. Notre étude trouve un taux de 25% pour éloignement tandis que c'était 7% en 2017 et 14% en 2021. Peut-être est-ce lié au désert médical qui ne cesse de croître.

Il revient également le manque de temps des femmes, le sentiment de ne pas en avoir besoin ou bien la crainte de l'examen.

D'autres causes sont ressorties mais non exprimées dans les précédentes études. Nous retrouvons le départ à la retraite des gynécologues avec l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous avec les autres gynécologues qui ne prennent pas de nouveau patient.

Ce sont des causes similaires qui sont rapportées par les patientes n'ayant jamais consulté de gynécologue.

Un frein au suivi gynécologique parfois mis en avant dans certaines études et qui n'est pas ressorti dans notre étude est l'aspect économique. C'est étonnant alors que le Limousin fait partie des régions les plus pauvres de France. Le support de la sécurité sociale semble être suffisamment compétent pour que l'accès aux soins pour tous soit garanti. De plus, nombreux médecins gynécologues de la région exerçant dans le secteur 2 maintiennent des tarifications concordantes avec les remboursements de la sécurité sociale.

Sur les 18% de femmes sans suivi gynécologique, 41% de ces femmes sont suivies par un MG réalisant des actes de gynécologie. La possibilité de réaliser les actes gynécologiques par trois professionnels différents pourrait permettre à la patiente de choisir et ainsi d'adhérer aux soins de nouveau. Notre étude confirme qu'une campagne d'information semble indispensable.

4.2.4. Explications et ressentis durant le suivi gynécologique

Dans notre étude nous avons voulu analyser la perception de l'examen gynécologique par la patiente. Une grande majorité rapporte avoir été informée du déroulé et de l'intérêt du suivi. Malgré les informations fournies, 36% des femmes ont le sentiment de ne pas avoir reçu l'explication des gestes durant le suivi. Cela pourrait être un biais de confirmation. Il peut arriver que les explications soient données aux patientes mais ces dernières ne les ont pas forcément comprises.

Soixante-six pourcents des patientes déclarent avoir reçu la demande du consentement pourtant seulement 59% ont le sentiment de l'avoir donné. Les modalités de recueil du

consentement dans l'examen clinique ne sont pas encadrées, à l'exception d'actes bien spécifiques (chirurgie, injection et tout acte présentant des risques d'aléas thérapeutiques). En gynécologie, c'est le cas pour l'interruption volontaire d'une grossesse, le don de gamètes ou bien encore la stérilisation pour lesquels un consentement écrit est nécessaire. (97) Cette différence de résultats est peut-être expliquée comme un biais de confirmation ou bien tout simplement un défaut d'information.

Nos résultats rapportent que seulement 58% des femmes considèrent que leur intimité est respectée. Lors de l'examen gynécologique, le praticien doit montrer une certaine gestion de l'intime. Cela passe par la mise en confiance de la patiente et sur l'aménagement spatial de son cabinet. Sur l'étude publiée en Santé publique en 2020, les patientes trouvent que l'aménagement du bureau médical est le reflet d'accueil et de bienveillance du praticien. (98)

Durant notre étude, nous avons soulevé la question des violences gynécologiques. 6% des femmes de notre étude en auraient été victimes. Le dépistage des violences sexuelles et gynécologiques se fait régulièrement au décours des consultations, en particulier lors de la grossesse. Le site www.decliviolence.fr propose des outils sur la manière d'aborder les violences, comment les dépister et comment réagir lorsqu'elles sont présentes. Ces aides permettent à tout professionnel de santé de dépister et prévenir les violences gynécologiques. Cela peut également aider la patiente dans son choix de professionnel de santé et d'aborder différemment l'examen.(99)

4.2.5. Freins et motivations du suivi gynécologique par le médecin généraliste

4.2.5.1. Freins

Nos réponses sont similaires avec celles retrouvées dans les thèses d'exercices du Dr Terris, Dr Verger, Dr Champeaux et Dr Couprie.

Les freins évoqués par les femmes de notre étude sont :

- La formation différente entre un gynécologue et le MG (45%)
- Le sexe masculin du MG (29%)
- La gêne envers le MG (20%)
- L'âge du MG (6%)
- Méconnaissance du suivi gynécologique réalisé par le MG (6%)

En revanche, certains freins évoqués dans d'autres thèses d'exercices ne sont pas apparus dans la nôtre. C'est le cas de l'environnement du médecin avec un cabinet inadapté ou l'absence de matériel. (75) (74) L'habitude de la patiente à réaliser son suivi chez le gynécologue et le souhait d'être suivi par un médecin différent pour la zone intime a été évoqué comme un frein à changer de professionnel. Cela coïncide avec la gêne envers le MG. (75) L'aspect financier n'est pas non plus mis en avant dans notre recherche tandis qu'elle apparaît dans une recherche établie par l'ordre des sages-femmes. (20).

Il est impossible de savoir s'il y a une amélioration ou une majoration des freins des patientes car nous n'avons que des thèses qualitatives.

4.2.5.1.1. La formation différente entre un gynécologue et le MG

Le principal frein mis en avant dans notre étude est la différence de formation entre le gynécologue et le MG. Cela est évoqué chez 45% des répondantes. C'était le premier frein exprimé dans la thèse d'exercice du Dr Verger et du Dr Terris. Les patientes s'inquiétaient de la différence de formation avec une remise en question des compétences du MG. L'avis général déclare à tort que la FMC en gynécologie ne relèverait que du spécialiste. (77) (75)

Dans l'étude de l'Institut BVA de 2008, l'ensemble des femmes juge le gynécologue plus compétent que le MG pour assurer le suivi gynécologique. Dans cette même étude, seulement 20% des interrogées pensent que le MG est suffisamment formé pour réaliser ce suivi. (78)

Une étude de 2005 parue dans la revue *Exercer* met en avant qu'un « médecin généraliste, sous réserve de pratique courante, est tout aussi compétent que le gynécologue dans la réalisation de l'examen gynécologique, du frottis, la pose d'un DIU ou d'un implant ». (100) Cette analyse sous-entend que les formations gynécologiques faites aux MG doit impérativement associer une pratique significative.

Alors que notre étude se porte sur une majorité d'exercice rural dont les compétences ont déjà été évaluées comme plus diversifiées que chez les MG en zone urbaine, les résultats sur l'évaluation par les patientes des compétences des MG en gynécologie restent concordants avec les études nationales. Il n'y a pas eu de surestimation. Cela montre à la fois le défaut d'information mais aussi la nécessité de renforcer la formation des MG pour qu'ils se sentent à l'aise et légitimes dans ce suivi.

4.2.5.1.2. Le sexe masculin du médecin généraliste

Le genre masculin est pour certaines femmes un frein. C'est le cas pour 29% des 69 femmes l'ayant déclaré dans notre cohorte. Malgré plusieurs études montrant une indifférence générale face au genre du praticien, cela restera toujours un frein pour certaines quelques soit, leur âge, leur milieu socio-culturel ou leur ethnie.

Certaines patientes décrivent qu'elles sont plus à l'aise avec un médecin féminin dans la thèse d'exercice du Dr Terris. (75) Tandis que dans le travail du Dr Huet, il ressort que plus une femme avance dans l'âge plus le genre du praticien l'indiffère. A l'inverse, les patientes jeunes s'orienteront plus facilement vers un médecin féminin pour assurer leur suivi. (101)

Le genre du praticien restera un facteur propre à chaque femme qui peut se modifier dans le temps selon l'histoire de chacune.

4.2.5.1.3. La gêne envers le médecin généraliste

La gêne envers le MG est un frein qui apparaît souvent. Il peut s'expliquer par une certaine pudeur de la patiente envers son médecin traitant avec qui une certaine relation de proximité existe. Dans l'étude du Dr Terris, les patientes préfèrent consulter un gynécologue qu'elles considèrent plus anonyme à leurs yeux. (75)

Dans la recherche du Dr Bancon-Gaschignard, plus la relation médecin-patient dure dans le temps et plus une gêne à l'examen gynécologique est présente. (102)

4.2.5.1.4. L'âge du praticien

Nous avons 6% des 69 femmes qui considèrent que l'âge du praticien est un frein. Certaines patientes préféreraient un médecin relativement âgé car il aura de l'expérience gage de ses compétences. D'autres, choisiraient un jeune médecin qui leur apporterait un sentiment de proximité. (101)

L'étude du Dr Dias rapporte une différence significative entre les MG de moins de 40 ans réalisant beaucoup plus d'actes de gynécologie que les MG de plus de 40 ans. (94) Dans la thèse d'exercice du Dr Bonhomme et Dr Moretti, les médecins jeunes pratiquaient de façon significative beaucoup plus de vaccinations HPV, de poses et retraits d'implants, de prises en charge d'infections génitales basses que les praticiens âgés. Ces derniers réalisaient plus de façon significative la prise en charge des troubles de la ménopause. Il n'y avait pas de différence significative sur la pose et le retrait de dispositifs intra utérins. (103)

4.2.5.1.5. La méconnaissance du suivi gynécologique réalisé par le médecin généraliste

Comme décrit précédemment, il y a une méconnaissance importante par les patientes du suivi gynécologique par le MG. Sur les 69 femmes avec un frein, 6% mettent en avant ce problème comme un frein au suivi gynécologique par le MG.

Dans notre étude, 67% des patientes ne savent pas si le MG pratique le FCU et 86% ne savent pas s'il détient un DU en gynécologie.

Cette méconnaissance est liée à un manque d'information du grand public et par l'absence de proposition du MG de réaliser des actes de gynécologie auprès des patientes.

Nos résultats concordent avec les résultats de la thèse d'exercice du Dr Cretin Ben Hayoun qui retrouve que plus de la moitié des patientes (51,9%) ne savent pas si le MG est compétent en gynécologie. (109)

Dans la thèse d'exercice du Dr Plantevin, seulement 1 femme sur 5 obtenait 10 bonnes réponses sur 16 concernant les compétences gynécologiques de leur MG. (91)

4.2.5.2. Facteurs motivationnels

A l'inverse des freins, les motivations des patientes à réaliser le suivi gynécologique par le MG sont :

- Facilité d'accès du MG (73%)
- La confiance envers le MG (70%)
- La détention d'un DU en gynécologie par le MG (66%)
- Réaliser l'ensemble de son suivi par le MG (58%)
- Le genre féminin du MG (40%)

4.2.5.2.1. Facilité d'accès au médecin généraliste

La facilité d'accès au MG semble être la principale motivation des patientes dans notre étude, pour 73% des patientes.

Cela peut s'expliquer par les délais rapides du MG face au délais du gynécologue. Dans l'étude de l'Institut BVA de 2008, $\frac{1}{4}$ des patientes se tournent vers le MG pour des urgences gynécologiques en raison de l'impossibilité d'avoir un rendez-vous rapidement avec le gynécologue ou bien la distance avec le gynécologue. (78)

L'accès au MG passe par sa proximité de localisation. Notre étude retrouve que 74% des patientes vivent à moins de 15km du cabinet du médecin traitant. Le Limousin est une région rurale où les personnes sont parfois isolées.

Il aurait fallu évaluer la distance entre le domicile de la patiente et le gynécologue le plus proche pour faire un état des lieux de la distance avec les spécialistes.

4.2.5.2.2. La confiance envers le médecin généraliste

La confiance envers le MG ressort dans beaucoup d'étude comme un facteur prédominant du suivi gynécologique. Dans l'étude du Dr Champeaux, elle est la première cause de motivation des patientes à 86,6%. Cela s'expliquerait par la relation médecin-patient établi au fil du temps. Le médecin est un référent/une personne ressource que les patients voient au moindre problème de santé alors que le gynécologue n'est vu normalement qu'une fois par an. (76) Dans nos résultats, l'atout d'une relation de confiance avec le MG est mis en avant dans 70% des cas. Nos résultats se rapprochent de ceux du Dr Champeaux (86,6%). Pourtant, la confiance envers le MG n'est plus le facteur premier du suivi gynécologique par le MG. Pour rappel, 73% de la cohorte a confirmé que le MG était bien plus accessible que le spécialiste. Cela peut être un reflet de la détresse des femmes sur l'accès aux soins face à la pénurie de professionnels de santé. Elles mettent en premiers l'accès aux soins avant la confiance dans le médecin.

Dans la thèse du Dr Terris, certaines patientes expriment que l'absence d'une véritable relation médecin-patient peut induire un frein au suivi gynécologique par le médecin généraliste. (75)

4.2.5.2.3. Détention d'un DU en gynécologie par le MG

La détention d'un DU est demandé par 66% des patientes de notre étude. Plusieurs études dont la nôtre mettaient en avant la différence de formation entre le gynécologue et le MG comme un frein au suivi gynécologique par le MG. Cependant, dans l'étude du Dr Loiseau, les patientes expliquaient qu'avoir un DU n'était pas un facteur favorisant mais simplement un moyen d'informer les patientes de ses compétences dans ce domaine. (72)

Pour autant, l'absence d'un DU ne doit pas être un frein auprès des MG afin de proposer des actes de gynécologie. La formation d'internat obligatoire devrait permettre de palier à ce frein.

4.2.5.2.4. Réaliser l'ensemble de son suivi chez le MG

La prise en charge globale de la patiente par le MG est vu comme un avantage par 58% de nos patientes. Dans les résultats du Dr Terris, les répondantes avancent que les résultats des examens gynécologiques peuvent être croisés avec des éléments de leur dossier médical plus facilement. (75) Cela rappelle la coordination des soins par le MG mise en avant dans la thèse d'exercice du Dr Verger. (77)

A la fin de notre étude, 86% des femmes seraient prêtes à faire leur suivi gynécologique chez le MG. Neuf pourcents des patientes de notre étude le font déjà actuellement. Cette analyse confirme que le suivi gynécologique pourrait être réorienté vers d'autres professionnels de santé que le gynécologue. L'objectif politique était de proposer des alternatives à la carence de gynécologue. La population générale semble donc prête à cette proposition.

4.2.5.2.5. Le genre féminin du praticien

Parmi les motivations émises par les répondantes, 40% ont répondu le genre féminin. Pourtant, seulement 29% des 69 femmes avec des freins ont répondu le genre masculin soit 20 femmes de notre cohorte. Nous pouvons en conclure qu'une majorité de patientes préféreraient un praticien du genre féminin pour le suivi gynécologique mais si c'est un homme, ce n'est pas forcément un frein.

4.3. Ouverture

Notre étude confirme une augmentation du nombre de patientes sans suivi gynécologique régulier. Le principal facteur de cette tendance est la difficulté d'accès aux médecins spécialistes. De plus, le manque d'information des patientes sur l'importance du suivi et les différents professionnels impliqués contribue également à cette situation. Parmi les obstacles identifiés, certains, tels que le genre et l'âge du praticien, semblent difficiles à modifier. L'évolution des mœurs peut permettre de lever ce frein mais le seul levier à court terme de ces préjugés reste la confiance établie entre le médecin et la patiente.

Malgré les réformes successives dans le domaine de la santé, de nombreuses patientes préfèrent se tourner vers un gynécologue, souvent parce qu'elles ne sont pas conscientes des compétences de leur médecin généraliste en matière de suivi gynécologique. Pour changer cette tendance, des campagnes d'information publiques pourraient être mises en place par le gouvernement. Cela pourrait inclure la distribution de brochures, l'affichage de posters dans les salles d'attente des médecins généralistes, ou encore des campagnes télévisuelles. Les résultats de notre étude montrent qu'une majorité de patientes serait ouverte à l'idée de consulter leur médecin généraliste pour ce type de suivi. Il serait intéressant de mener une étude auprès du grand public pour évaluer l'impact de ces supports d'information sur le choix du suivi gynécologique en médecine générale.

Les médecins généralistes reçoivent une formation en gynécologie à la fois au cours de leur cursus obligatoire et par des formations complémentaires facultatives. Cependant, il y a peu d'études qui évaluent l'impact de l'obtention du Diplôme Universitaire (DU) de gynécologie sur leur pratique et sur l'offre de soins en général. Il serait intéressant de recueillir des retours des MG sur ces formations pour mieux comprendre leur effet sur la pratique quotidienne. Les médecins généralistes récemment diplômés bénéficient souvent d'une meilleure formation en gynécologie que leurs prédécesseurs. Il pourrait être intéressant d'étudier les différences dans l'offre de soins selon la formation initiale en médecine générale. L'objectif est de continuer à renforcer ces compétences afin de permettre aux gynécologues de se concentrer sur les cas complexes et les traitements spécialisés. Il est essentiel d'uniformiser les compétences en gynécologie parmi les médecins généralistes pour garantir un parcours de soins cohérent et non praticien-dépendant.

Notre étude montre que l'accès aux soins pour les urgences est plus rapide dans les zones rurales. Cela contredit les rapports nationaux alarmants qui suggèrent une médecine à deux vitesses selon la région de résidence. Bien que la polyvalence des soins en milieu rural ait

déjà été étudiée, nous nous interrogeons sur la nécessité d'actualiser l'état des lieux de l'offre de soin en milieu rural.

Pour encourager l'adhésion aux soins gynécologiques, il est essentiel que tous les médecins établissent une relation de confiance avec leurs patientes. Bien que les patientes aient parfois une certaine pudeur vis-à-vis de leur médecin généraliste (MG), la relation de confiance avec celui-ci reste un atout. Cette réticence peut être atténuée par une information personnalisée en cabinet. Il serait intéressant de permettre aux MG d'afficher les différents Diplômes Universitaires (DU) qu'ils ont obtenus dans leur cabinet, comme c'est déjà le cas pour ceux pratiquant la médecine du sport. Actuellement, cette information est généralement communiquée oralement lors des consultations ou via les grilles tarifaires affichées dans les salles d'attente.

La libération de la parole autour des soins perçus comme violents par les femmes incite le corps médical et paramédical à chercher des moyens d'améliorer leurs pratiques quotidiennes. Bien qu'il soit important de ne pas confondre ces expériences avec des situations éthiquement inacceptables, il est clair que la prise de conscience de ces perceptions nous pousse à être particulièrement attentifs à notre approche des soins et à l'information que nous fournissons. Par exemple, des conseils sur l'aménagement intérieur des cabinets pour créer des espaces d'examen plus respectueux de la pudeur pourraient être proposés.

Il est essentiel pour le corps médical de s'adapter à l'évolution de la société afin de maintenir un suivi de qualité, que ce soit en matière de prévention, de dépistage ou de traitement.

Conclusion

La filière des soins gynécologiques est particulièrement sollicitée du fait de la population concernée et de la fréquence des consultations recommandées. Depuis des décennies, le nombre de gynécologues décroît amenant les pouvoirs publics à étendre les champs de compétences des sages-femmes et des médecins généralistes. Notre travail avait pour but de faire un état des lieux du point de vue des patientes sur leur suivi gynécologique en médecine générale depuis la mise en application des réformes en santé.

Aujourd'hui en France, le nombre de patientes sans suivi gynécologique régulier est en augmentation. Notre étude, conformément à la littérature, met en évidence que le médecin généraliste est peu sollicité dans le cadre gynécologique. L'accès aux soins est facilité en zone rurale, contrairement aux informations véhiculées. Les freins principaux restent le manque de confiance des patientes face aux compétences gynécologiques des médecins généralistes et le manque d'information sur les professionnels accessibles en gynécologie. La gêne ressentie envers leur MG pour réaliser cet examen intime est un frein nouveau mis en avant dans notre étude.

A l'inverse, l'accessibilité, la relation de confiance MG-patiente, et la position de coordinateur des soins du MG sont les facteurs motivationnels retrouvés dans notre étude. Cet état des lieux confirme les freins et motivations retrouvés dans d'autres travaux qualitatifs tout en y apportant une mesure quantitative. Ce travail de recherche souligne que les patientes sont prêtes à se tourner vers le médecin généraliste pour leur suivi gynécologique. En contrepartie, les patientes demandent plus de transparence sur les professionnels disponibles et sur leurs compétences en gynécologie. L'objectif reste de répondre à la demande de soin, faire adhérer la population au dépistage de masse et améliorer la relation médecin-patiente. Ce travail entrevoit la problématique de consentement et de respect de l'intimité qui est régulièrement pointée dans les examens médicaux. Ces problématiques sont inhérentes à la relation médecin-patient et sont la clé d'un suivi médical qui respecte les recommandations actuelles.

A l'avenir, une meilleure communication et formation permettrait d'améliorer l'observance des femmes au suivi gynécologique grâce aux médecins généralistes.

Bien que cette étude reste en accord avec la littérature, le niveau de preuve de cette enquête ne permet pas d'extrapoler à la population nationale.

Il serait intéressant de faire évoluer ce travail vers des campagnes de communication sur la filière gynécologique. Un nouvel état des lieux semble nécessaire lors de l'installation des générations de médecins généralistes ayant reçu une formation gynécologique systématique.

Références bibliographiques

1. Le suivi gynécologique et de prévention [Internet]. 2023 [cité 2 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/le-suivi-gynecologique-et-de-prevention>
2. HCE: les actes sexistes durant le suivi gynecologique et obstetrical [Internet]. [cité 24 avr 2024]. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
3. Liberté recours IVG dans la Constitution avortement Loi du 8 mars 2024 | vie-publique.fr [Internet]. [cité 2 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/292357-liberte-recours-ivg-dans-la-constitution-avortement-loi-du-8-mars-2024>
4. Cancers du sein : les prévenir et les détecter tôt - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Prevenir-et-depister-tot>
5. Maladies et infections sexuellement transmissibles [Internet]. [cité 30 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/correze/assure/sante/themes/mst-ist/maladies-infections-sexuellement-transmissibles>
6. Scribd [Internet]. [cité 29 juin 2024]. Facteurs determinant le choix des femmes entre leur medecin generaliste et leur gynecologue pour une consultation ynegologique. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/605892006/Facteurs-Determinant-Le-Choix-Des-Femmes-Entre-Leur-Medecin-Generaliste-Et-Leur-Gynecologue-Pour-Une-Consultation-Gynecologique-1>
7. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
8. Évolution et structure de la population en 2010 – Région du Limousin (74) | Insee [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2044418/?geo=REG-74>
9. Évolution et structure de la population en 2020 – Recensement de la population – Résultats pour toutes les communes, départements, régions, intercommunalités... | Insee [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/7633058?geo=DEP-19#ancree-POP_T3
10. Évolution et structure de la population en 2020 – Recensement de la population – Résultats pour toutes les communes, départements, régions, intercommunalités... | Insee [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7633058?geo=DEP-87>
11. Évolution et structure de la population en 2020 – Recensement de la population – Résultats pour toutes les communes, départements, régions, intercommunalités... | Insee [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7633058?geo=DEP-23>
12. Numerus clausus dans l'admission aux études de santé françaises. In: Wikipédia [Internet]. 2024 [cité 3 mai 2024]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Numerus_clausus_dans_l%27admission_aux_%C3%A9tudes_de_sant%C3%A9_fran%C3%A7aises&oldid=214260449

13. Les chiffres du numerus apertus comparés à ceux du numerus clausus [Internet]. 2021 [cité 3 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.cours-thales.fr/prepa-medecine/chiffres-numerus-apertus>
14. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
15. cnom_atlas_demographie_2023_approche_territoriale_des_specialites.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/egnnt2/cnom_atlas_demographie_2023_approche_territoriale_des_specialites.pdf
16. Médicale MP. prevention-medecale.org. [cité 3 mai 2024]. Les compétences de la sage-femme dans le suivi gynécologique. Disponible sur: <https://www.prevention-medecale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/sage-femme/competences-sage-femme-suivi-gyneco>
17. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
18. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Données démographiques. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
19. Guyomard E. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale. 2019;
20. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Contraception : les femmes sont-elles suffisamment informées ? Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/contraception-les-femmes-sont-elles-suffisamment-informees/>
21. Feauveau C. L'examen gynécologique en décubitus latéral : vécu des patientes [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: https://www.qare.fr/wp-content/uploads/2022/01/Infographie_Stop-sacrifice-gyneco-digital-recto-1200x2468.jpg
22. Grange Cabane A. Le décubitus latéral : perspective pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: https://www.qare.fr/wp-content/uploads/2022/01/Infographie_Stop-sacrifice-gyneco-digital-verso-1-scaled.jpg
23. Etudes sur les obstacles à l'accès aux soins conduites en ex-Limousin 2017 observatoire régional de la santé du Limousin [Internet]. [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2018/12/343_04-2017_Acces-aux-soins-Lim_Synt.pdf
24. Blin A. Suivi gynécologique hors grossesse : contenu idéal des consultations selon les patientes. 2017 [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2017_Medecine_BlinAurelie.pdf
25. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 27 avr 2024]. Examen gynécologique - Problèmes de santé de la femme. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/problemes-de-sante-de-la-femme/diagnostic-des-maladies-gynecologiques/examen-gynecologique>
26. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ Psychosom. 2002;27(3):81-92.

27. Cassandre F. L'examen gynécologique en décubitus latéral : vécu des patientes. 2016;
28. Cabane AG. Le décubitus latéral: perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes.
29. A propos du consentement en gynécologie ... | Gynéco Online [Internet]. [cité 2 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.gyneco-online.com/gynecologie/propos-du-consentement-en-gynecologie>
30. Barzach M. Gynécologie et santé des femmes L'offre de soins [Internet]. [cité 2 juin 2024]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_05.htm
31. República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. 2007. [Internet]. [cité 24 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
32. Rozée V, Schantz C. Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique: Santé Publique. 11 mars 2022;Vol. 33(5):629-34.
33. Marie Claire [Internet]. [cité 24 avr 2024]. « Le livre noir de la gynécologie » : témoignages du sexisme en milieu médical. Disponible sur: <https://www.marieclaire.fr/livre-noir-gynecologie-extraits-temoignages,1237661.asp>
34. EMMA. L'histoire de ma copine Cécile [Internet]. Emma. 2016 [cité 24 avr 2024]. Disponible sur: <https://emmaclit.com/2016/06/10/lhistoire-de-ma-copine-cecile/>
35. Zep L. Konbini - Musique, cinéma, sport, food, news : le meilleur de la pop culture. 2022 [cité 24 avr 2024]. Violences gynécologiques : "On part du principe que vous êtes consentante". Disponible sur: <https://www.konbini.com/news/violences-gynecologiques-on-part-du-principe-que-vous-etes-consentante/>
36. Recommandation des bonnes pratiques d'établissement 2008 [Internet]. [cité 24 avr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_maltraitance_etablissement.pdf
37. Marcilly A, Mauri M. Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi: point de vue des patientes.
38. Louati Y. Violences gynécologiques et obstétricales: le vécu des professionnels concernés.
39. Pons A. Violences gynécologiques et obstétricales: vers un éveil des consciences des professionnels de santé?
40. Belaisch Allart J. Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. avr 2022;50(4):289-90.
41. Evrard A. Reconnaître et analyser les violences obstétricales, une démarche pertinente d'évaluation et d'amélioration des pratiques. Périnatalité. déc 2020;12(4):172-7.
42. PASS : Parcours Accès Santé Spécifique : La nouvelle PACES [Internet]. PASS Santé : la nouvelle PACES. [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: <https://pass-sante.com/pass-parcours-acces-sante-specifique-la-nouvelle-paces/>
43. Les études de médecine [Internet]. [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.onisep.fr/formation/les-principaux-domaines-de-formation/les-etudes-de-sante/les-etudes-de-medecine>

44. Les EDN et ECOS [Internet]. [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.conference-cartesia.fr/les-edn-et-ecos>
45. Qualification du médecin généraliste CNOM 2014 [Internet]. [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf
46. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.
47. DES de Médecine Générale – CNGE [Internet]. [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>
48. Verrière AJ. Abord de la gynécologie en consultation par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon: enquête qualitative. 2019;
49. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 29 avr 2024]. Article 11 - Développement professionnel continu. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-11-developpement-professionnel-continu>
50. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 29 avr 2024]. Se former tout au long de sa carrière. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/former-long-carriere>
51. Surveillance du VIH et des IST bactérienne Bulletin de Santé Publique 2023.
52. VIH/sida [Internet]. [cité 29 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida>
53. Infections à Papillomavirus humains (HPV) [Internet]. 2024 [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>
54. Institut Pasteur [Internet]. 2015 [cité 29 avr 2024]. Cancer du col de l'utérus et Papillomavirus. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-du-col-uterus-papillomavirus>
55. Dépistage du cancer du col de l'utérus - Dépistage et détection précoce [Internet]. [cité 30 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
56. Papillomavirus : vaccination généralisée à la rentrée 2023 pour les élèves de 5e [Internet]. [cité 30 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16438>
57. Vaccination contre les cancers HPV - Réduire les risques de cancer [Internet]. [cité 30 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Vaccination-contre-les-cancers-HPV>
58. Vaccins anti-HPV : la couverture française et internationale [Internet]. REVUE GENESIS. 2020 [cité 4 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/vaccins-anti-hpv-la-couverture-francaise-et-internationale/>

59. Introduction du FCV en France [Internet]. [cité 29 juin 2024]. Disponible sur: https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1997x031x003_4/HSMx1997x031x003_4x0255.pdf
60. Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 29 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise>
61. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 avr 2024]. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
62. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/correze/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/depistage-organise-cancer-col-uterus>
63. Dépistage du cancer du col de l'utérus : données 2017-2019 [Internet]. [cité 30 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-donnees-2017-2019>
64. Dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/correze/medecin/sante-prevention/pathologies/cancers/depistage-organise-du-cancer-du-sein>
65. Légalisation pilule 1967 [Internet]. [cité 29 juin 2024]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/1967_legalisation_pilule.pdf
66. Le Point [Internet]. 2017 [cité 29 juin 2024]. Les 7 dates-clés de la contraception en France. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/culture/les-7-dates-cles-de-la-contraception-en-france-27-12-2017-2182640_3.php
67. Inserm [Internet]. [cité 1 juill 2024]. Adopter une contraception dès le premier rapport est de bon augure · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/adopter-contraception-premier-rapport-est-bon-augure/>
68. Burelli S, Occhiminuti H, Chamorey E, Maccagnan S, Delotte J, Prax J, et al. Principaux motifs de la première consultation gynécologique chez les jeunes femmes françaises de 15 à 25 ans. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. juin 2021;69:S43.
69. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 30 avr 2024]. Contraception : consultations initiale et de suivi. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122291/fr/contraception-consultations-initiale-et-de-suivi
70. Les différentes méthodes contraceptives.
71. Traitements lors de la ménopause [Internet]. [cité 2 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/correze/assure/sante/themes/menopause/traitements>
72. Loiseau S. Facteur facilitant la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste: une étude qualitative menée auprès de patientes seinomarines en 2018.

73. Timsit C. Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique: étude chez 126 patientes. 2018;
74. Couprie Q. Les freins et les facteurs favorisant la consultation gynécologique en médecine générale: étude qualitative, le point de vue des femmes. 2022;
75. Terris C. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale 2016.
76. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes. Poitiers. 2013.
77. Verger A. Facteurs favorisant et freins ressentis par les patientes à faire effectuer leur suivi gynécologique par leur médecin généraliste: étude qualitative en Haute-Vienne et en Creuse.
78. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique FNCGM 2008 [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: https://www.fncgm.com/images/Enquetes/bva_synthese.pdf
79. Spaich S, Weiss C, Sütterlin M. Altered patient perceptions and preferences regarding male and female gynecologists: a comparison between 1997 and 2018. Arch Gynecol Obstet. nov 2019;300(5):1331-41.
80. Paneau D. Choix du praticien pour le suivi gynécologique: enquête qualitative auprès de patientes de Vaucluse. 2023;
81. Statista [Internet]. [cité 13 juill 2024]. Âge moyen des Français 2010-2023. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/1076333/age-moyen-france/>
82. La Haute-Vienne à grands traits - Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine - 17 [Internet]. [cité 13 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908416>
83. La Corrèze à grands traits - Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine - 20 [Internet]. [cité 13 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908422>
84. France 3 Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2019 [cité 13 juill 2024]. L'agriculture en Limousin, quel poids, quelle place? Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/haute-vienne/limoges/agriculture-limousin-quel-poids-quelle-place-1733763.html>
85. Les niveaux de vie en 2016 – Revenu, niveau de vie et pauvreté en 2016 | Insee [Internet]. [cité 14 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3610277?sommaire=3650460>
86. France 3 Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2019 [cité 14 juill 2024]. Pauvreté: une réalité en Limousin. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/pauvrete-realite-limousin-1737827.html>
87. Statista [Internet]. [cité 22 juill 2024]. Fréquence de consultation d'un gynécologue France. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/912569/frequence-de-consultation-du-medecin-obstetrien-ou-gynecologue-france/>
88. Gynécologie et santé des femmes. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm

89. Sénat [Internet]. 2004 [cité 22 juill 2024]. Libre accès à la gynécologie médicale. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2004/qSEQ04120623S.html>
90. Gynécologie et santé des femmes. La demande de soins. Contraception. [Internet]. [cité 14 juill 2024]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_05.htm
91. Plantevin M. Connaissances des patientes concernant les compétences gynécologiques des médecins généralistes. 2020 [Internet]. [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02967664v1/document>
92. Vanderstraeten M. Analyse de la pratique gynécologique des médecins généralistes du département des Landes: une étude quantitative descriptive. 2022;
93. Ordonnances - Plaques - Titres autorisés | Conseil départemental de Seine et Marne de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 14 juill 2024]. Disponible sur: <https://conseil77.ordre.medecin.fr/content/ordonnances-plaques-titres-autorises>
94. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-ostétrique par les médecins généralistes d'Ile de France. 2010;
95. Carte de France de l'accès au soin 03/2024 [Internet]. [cité 13 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.jean-jaures.org/wp-content/uploads/2024/04/CartesFranceBD.pdf>
96. Portela M (DREES/SEEE). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. 2021;
97. Paricard S. Le défaut de consentement à l'examen gynécologique constitue-t-il un viol ? J Droit Santé Assur Mal [Internet]. juill 2023 [cité 14 juill 2024];(37). Disponible sur: <https://hal.science/hal-04199181>
98. Nguyen NK, Bendahmane L, Martin MJ, Tilly A, Bayen S, Messaadi N. Environnement réconfortant et respect de l'intimité. L'organisation du cabinet médical pour la consultation gynécologique. Sante Publique (Bucur). 2020;32(4):347-58.
99. Déclic Violence [Internet]. [cité 14 juill 2024]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/>
100. Déterminant de la pratique du medecin généraliste revue exercer 2005.
101. Huet C. Suivi gynecologique quelles sont les perceptions des patientes sur la pratique des medecins generalistes Etude qualitative.
102. Bancon. S. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale 2008 [Internet]. [cité 14 juill 2024]. Disponible sur: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/THESE_BANCON_Sabine.pdf
103. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative.
104. Daveaux S. L'acceptation par les femmes des gestes techniques courants de gynécologie médicale en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2013.
105. Porteneuve S, Purroy O. Les déterminants de l'implication des médecins généralistes dans la pratique de la gynécologie : enquête qualitative et quantitative auprès de médecins généralistes du Languedoc Roussillon. Thèse de médecine générale. Montpellier ; 2011.

106. Tambat-Doufack A. Pourquoi les femmes consultent-elles le médecin généraliste pour des problèmes gynécologiques ? Thèse de médecine générale. Paris 5 ; 2005.
107. Ben Andallah L. Quels sont les déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes ? Thèse de médecine générale. Lyon ; 2013.
108. Enquête Epilule, portant sur 2802 femmes de 16 à 54 ans. Consulté sur <http://www.mgfrance.org>
109. Cretin-Ben Hayoun. Facteurs déterminants le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique. Paris : Université Paris 6; 2014. Disponible: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/benhayoun-these.pdf>

Annexes

Annexe 1. Questionnaire de l'étude	86
Annexe 2. Comité d'éthique	90

Annexe 1. Questionnaire de l'étude

Facteurs motivationnels et/ou freins des patientes pour un suivi gynécologique chez le médecin généraliste.

Je m'appelle Laura HAVARD, je suis en dernière année d'internat en médecine générale dans le Limousin. Je sollicite quelques minutes de votre temps dans le cadre de ma thèse sur l'accès aux soins gynécologiques.

Entre 2010-2022, la Corrèze et la Haute-Vienne ont perdu plus de la moitié de leurs gynécologues. Face à cette pénurie, les patientes sont de plus en plus amenées à consulter le médecin généraliste ou la sage-femme pour leur suivi gynécologique.

Dans ce contexte, nous avons décidé de réaliser une thèse sur l'identification des facteurs motivationnels et/ou des freins des patientes pour un suivi gynécologique chez le médecin généraliste. Cette thèse est dirigée par le Dr Marine BLONDEL et le Dr Karen RUDELLE.

Ce questionnaire de moins de 5 min est anonyme, il a été accepté par le comité d'éthique et respecte les règles de la CNIL. Il s'adresse aux femmes de 18 ans et plus.

En vous remerciant par avance de votre participation.

I-données sociodémographiques de la patiente :

A) Age

B) Lieu d'habitation :

☐ zone rurale urbaine ☐ zone semi-rurale ☐ zone

C) Niveau d'étude :

☐ CAP/BEP/Brevet des collèges Bac + 8 ☐ Bac +3 ☐ > ou =

☐ Bac ☐ Bac +5

D) Avez-vous des enfants ? ☐ Oui ☐ Non

E) Avez-vous un médecin traitant ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quelle distance se situe votre médecin généraliste de votre domicile ?

☐ inférieur 5 kms ☐ entre 5 à 15 kms ☐ entre 15 à 30 kms ☐ supérieur à 30 kms

II-Suivi gynécologique de la patiente :

A) Avez-vous un suivi gynécologique en dehors de la grossesse ? ☐ Oui ☐ Non

Si NON, pourquoi (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Pas besoin
- ☐ Raison économique (coût de la consultation)
- ☐ Peur de l'examen, douleur et inconfort/gêne
- ☐ Cabinet médical trop loin du domicile
- ☐ À l'encontre de votre culture ou religion
- ☐ Manque de temps
- ☐ Peur de découvrir une pathologie grave
- ☐ Perte de confiance sur les connaissances scientifiques médicales actuelles et leurs performances
- ☐ Autres :

Si OUI, par qui êtes-vous suivi sur le plan gynécologique ?

- ☐ Gynécologue ☐ Sage-femme ☐ Médecin généraliste

B) Parmi les professionnels qui vous suivent, donnez leur genre :

	Homme	Femme	Pas de suivi
Gynécologue			
Médecin généraliste			
Sage-femme			

C) A quelle fréquence consultez-vous pour un motif gynécologique hors grossesse ?

- ☐ Jamais ☐ < 1 fois/an ☐ 1 fois/an ☐ ≥ 2 fois/an

D) Quels praticiens consultez-vous selon les motifs de consultations cités ci-dessous ?

	Gynécologue	Médecin généraliste	Sage-femme	Jamais
Contraception				
Frottis				
Prévention cancer du sein				
Urgences gynécologiques (IST, mycose, saignement gynécologique hors du cycle, ...)				
Autres suivis gynécologiques (ménopause, endométriose, douleur ...)				
Jamais				

E) Date de votre dernier frottis (approximatif) :

- F) Selon votre expérience, sous quel délai obtenez-vous des consultations avec les praticiens ci-dessous ? (Suivi gynécologique et hors suivi gynécologique)

	Gynécologue		Médecin généraliste		Sage-femme	
	Suivi	Urgences	Suivi	Urgences	Suivi	Urgences
Dans la journée						
Moins d'une semaine						
Plus d'une semaine						
Un mois						
Plusieurs mois						
Vous n'avez jamais pris rendez-vous						

- G) Dans le cadre de votre suivi gynécologique, vous a-t-on clairement expliqué les éléments suivants ?

	OUI	NON
L'intérêt de l'examen		
Comment aller se dérouler l'examen		
Demandé votre consentement		
Donné un délai de réflexion		
Vous a-t-il orienté vers un autre confrère/consœur si vous étiez mal à l'aise		

- H) Lors de votre suivi gynécologique, vous avez le sentiment ? (Plusieurs réponses possibles) :

- ☐ De pouvoir vous exprimer en toute liberté et sans jugement de la part de votre médecin
- ☐ D'avoir donné votre consentement pour réaliser l'examen clinique
- ☐ Qu'il y ait un respect de votre intimité (déshabillage derrière un paravent et mise en place d'un drap pour vous couvrir lors de l'examen clinique)
- ☐ Qu'on vous prévient et explique les gestes qui suivent
- ☐ Que le médecin vous accorde assez de temps
- ☐ Avoir subi des violences gynécologiques
- ☐ Autres :

- I) Si vous n'avez jamais vu un gynécologue, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Pas besoin
- ☐ Suivi gynécologique par médecin traitant ou sage-femme suffisant
- ☐ Délai d'attente trop long
- ☐ Refus de prendre de nouveau patient
- ☐ Spécialiste disponible trop loin en distance
- ☐ Autres :

J) Si vous n'avez jamais consulté un médecin généraliste pour un motif gynécologique, quels en sont les raisons ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Pas besoin pour le moment
- ☐ Gynécologue/sage-femme rapidement disponible
- ☐ Méconnaissance de la possibilité du médecin traitant à pouvoir faire des actes de gynécologie
- ☐ Pas de proposition de votre médecin traitant de faire un examen gynécologique
- ☐ Pas de matériel adapté de votre médecin traitant
- ☐ Gêne vis-à-vis du médecin traitant
- ☐ Age/sexe du praticien
- ☐ Autres

K) Vous est-il déjà arrivé de refuser l'examen gynécologique chez le médecin généraliste ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Jamais eu besoin de faire l'examen chez le médecin généraliste

Si Oui, pourquoi ?

- ☐ Manque de confiance dans les capacités du médecin généraliste
- ☐ Gêne vis-à-vis du médecin généraliste
- ☐ À l'encontre de votre culture ou religion
- ☐ Age/sexe du médecin
- ☐ Médecin remplaçant
- ☐ Autres :

L) Votre médecin traitant pratique-t-il les frottis ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

M) Savez-vous si votre médecin généraliste détient un diplôme complémentaire en gynécologie ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

N) Quels seraient pour vous, les potentiels freins à consulter un médecin généraliste dans le cadre gynécologique ? (Question libre)

O) Quelles seraient pour vous, les motivations pour faire votre suivi gynécologique chez le médecin généraliste ?

	OUI	NON
Facilité d'accès (prise de rendez-vous rapidement)		
Faire l'ensemble de votre suivi par le médecin traitant		
La confiance envers votre médecin traitant		
Avoir un médecin traitant féminin		
Savoir que son médecin généraliste a un diplôme complémentaire en gynécologie		

Autres :

Conclusion :

Seriez-vous prête à être suivie sur le plan gynécologique par le médecin généraliste si nécessaire ?

☐ Oui ☐ Non

Annexe 2. Comité d'éthique

CHU LIMOGES

Comité d'Ethique

Président : Docteur Gérard TERRIER

Avis 57-2023-09

Projet de thèse : « Facteurs motivationnels et/ou freins des patientes pour un suivi gynécologique chez le médecin généraliste ».

Le questionnaire de thèse réalisé par Madame Laura HAVARD, interne de médecine générale sous la direction du Docteur Marine BLONDEL et du Docteur Karen RUDELLE ne recueille aucune réserve du point de vue éthique.

Avis enregistré sous le n°57-2023-09



Docteur Gérard TERRIER

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.

Connaissance des freins et facteurs motivationnels des patientes à réaliser le suivi gynécologique par le médecin généraliste

Introduction : En France, le nombre de gynécologues et médecins généralistes (MG) décroît alors que la démographie féminine augmente. En 2021, 60% des femmes ont renoncé à des soins gynécologiques. Une minorité se tourne vers le MG pour leur suivi. L'objectif principal de cette étude était de déterminer les freins et facteurs motivationnels d'un suivi gynécologique chez le MG. L'objectif secondaire était de déterminer la connaissance des patientes sur l'offre de soin gynécologique de leur MG.

Matériel et méthode : Une étude observationnelle quantitative descriptive transversale a été réalisée à l'aide d'auto-questionnaires disposés dans 20 cabinets de médecine générale des départements de Haute-Vienne et Corrèze.

Résultats : Sur 268 réponses, 74% réalisait leur suivi chez le gynécologue contre 8% chez le MG. 44% avait un suivi gynécologique conforme aux recommandations. Les freins évoqués sont la formation du MG (45%), le sexe masculin (29%), la gêne envers le MG (20%). Les facteurs favorisant sont l'accessibilité (73%), la relation de confiance (70%), l'obtention d'un DU (66%), le suivi d'ensemble (58%), le genre féminin (40%). La possibilité d'un suivi gynécologique en MG est ignorée dans 67% des cas. 86% de la cohorte était prête à réaliser le suivi gynécologique en médecine générale.

Conclusion : La possibilité d'un suivi gynécologique par le MG reste méconnue alors que la population féminine serait prête à adhérer à ce circuit patient. Le maintien des formations et la priorité de la relation médecin-patient restent les leviers des freins évoqués. Une campagne d'information permettrait d'améliorer l'offre de soin.

Mots-clés : Suivi gynécologique/frein/facteur motivationnel/médecin généraliste

Knowledge of the barriers and motivating factors of patients to perform gynecological follow-up by the general practitioner

Introduction : In France, the number of gynecologists and general practitioners (GPs) is decreasing while the female population is increasing. In 2021, 60% of women gave up gynecological care. A minority turned to the GPs for follow-up. The primary objective of this study was to determine the barriers and motivating factors of gynecological follow-up in GPs. The secondary objective was to determine patient's knowledge of the provision of gynecological care of their GPs.

Material and method : A descriptive cross-sectional quantitative observational study was carried out using self-questionnaires arranged in 20 general medical practices of the departments of Haute-Vienne and Corrèze.

Results : Of 268 responses, 74% followed-up with the gynecologist compared with 8% with the GPs. 44% followed-up with gynecological monitoring in accordance with the recommendations. The limits mentioned are the formation of GPs (45%), male sex (29%), discomfort with GPs (20%). The contributing factors are accessibility (73%), trust (70%), achievement of UD (66%), overall follow-up in GPs is ignored in 67% of cases. 86% of the cohort was ready to perform gynecological follow-up in general medicine.

Conclusion : The possibility of gynecological follow-up by the GPs remains unknown while the female population would be ready to adhere to this patient circuit. The maintenance of training and the priority of the doctor-patient relationship remain the levers of the limits mentioned. An information campaign could improve the provision of care.

Keywords : gynecologic follow-up/limit/motivational factor/primary care physician

