



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Suivi gynécologique :
Représentations et ressentis des patientes.
Étude qualitative**

Présentée et soutenue publiquement le 20 décembre 2018 à 18heures
au Pôle Formation

Par Julie BERNARD

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Madame le Docteur Angélique PONT

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement
ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.

Admis dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés,
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs,
ni à favoriser le crime.

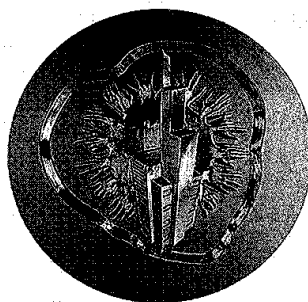
Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage
de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur Père.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé
de mes Confrères si j'y manque.



Université LILLE 2 Droit et Santé - Faculté de Médecine Henri WAREMBOURG

Liste des abréviations et définitions

- ADCN : Associations de Dépistage des Cancers dans le Nord : structure départementale en place, en charge de l'organisation et de la gestion du dispositif de dépistage organisé des cancers du sein et des intestins, et de missions de sensibilisation et d'information des hommes et femmes de 50 à 74 ans.
- BRCA : BReast Cancer
(Gènes dont les mutations prédisposent aux cancers mammaires et ovariens)
- COREQ : COsolidated criteria for REporting Qualitative Research. Liste de points de contrôle prévue pour les rapports en recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés.
- CPP : Comité de Protection des Personnes
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et Statistiques du Ministère de la Santé
- dTcaP : rappel vaccinal : diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite
- ECN : Examen Classant National
- EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- FCU : Frottis Cervico Utérin
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPV : Human Papilloma Virus
- INCa : Institut National du Cancer
- INPES : Institut National pour la Prévention Et la Santé
- IST : Infections Sexuellement Transmissibles
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- IMG : Interruption Médicale de Grossesse
- MG : Médecin Généraliste
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OPALINE : structure de gestion des dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal dans le Pas-de-Calais
- PDS : Professionnels De Santé

Résumé

Contexte : La démographie des gynécologues et la demande exponentielle des patientes, amènent les médecins généralistes à les prendre en charge dans leur suivi gynécologique de prévention.

Objectif : Analyser les représentations et les ressentis qu'ont les patientes vis-à-vis du suivi gynécologique afin d'améliorer leur accompagnement en médecine générale.

Méthode : Analyse par phénoménologie interprétative d'entretiens individuels compréhensifs réalisés auprès de douze femmes majeures recrutées dans des cabinets de médecine générale de la région des Hauts-de-France après consentement éclairé recueilli oralement. Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone puis retranscrits et analysés avec triangulation des données.

Résultats : Les patientes voient la nécessité d'un suivi gynécologique, mais sa représentation n'est pas unique et unanime. Elle est soumise à des facteurs extrinsèques (milieu socio-éducatif et culturel) et intrinsèques (âge, pudeur, sexualité, expériences) propres à chacune. La représentation de la maladie est un facteur déterminant au dépistage (histoire familiale, craintes). La gestion de l'intime durant la consultation, et plus particulièrement l'examen, est importante (dialogue, relation « professionnel de santé/patient », aménagement du cabinet). Le choix du praticien pour le suivi gynécologique est patiente-dépendant. Le gynécologue est choisi pour ses connaissances spécialisées, mais évité pour son manque de disponibilité. Le médecin généraliste est apprécié pour son suivi longitudinal et sa relation paternaliste, qui peut être perçue comme un frein. Les patientes méconnaissent sa pratique de la gynécologie. Le genre du praticien n'est pas un élément de choix contrairement aux qualités humaines (dialogue, écoute et empathie). Les patientes déplorent un manque d'accessibilité aux informations (suivi, dépistage et prévention). La première consultation gynécologique est une étape importante, initiatrice du suivi, avec les interrogations et craintes qu'elle suscite.

Conclusion : En tant que médecin de premier recours, le médecin généraliste a un rôle essentiel dans la prévention et l'information des patientes pour une bonne acceptation du suivi gynécologique. L'évolution et la connaissance de la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes semblent nécessaires, en coordination avec les gynécologues et les sages-femmes. Les représentations et les ressentis des patientes doivent être connus des professionnels de santé.

Table des matières

INTRODUCTION	11
CONTEXTUALISATION.....	12
I. Principes du suivi et recommandations actuelles.....	12
1. Qu'est-ce que la consultation gynécologique ?	12
2. Quelques chiffres	12
3. Plans « Cancer » :	15
4. Recommandations actuelles	16
II. Les professionnels impliqués.....	17
1. Le gynécologue médical.....	17
2. Le médecin généraliste	17
3. La sage-femme	18
4. Le Centre de Planning Familial	18
III. Objectif principal de l'étude	18
MATERIELS ET METHODE.....	19
I. Type de Recherche	19
II. Population de l'étude	19
1. Taille de l'échantillon	19
2. Critères d'inclusion	19
3. Critères d'exclusion	20
III. Recueil des données	20
IV. Analyse de l'étude	21
V. Protection des données personnelles et confidentialité	22
RESULTATS	23
I. Caractéristiques de la population	23
II. Facteurs personnels influençant leur propre suivi.....	24
1. Facteurs intrinsèques	24
2. Facteurs extrinsèques	27
III. Représentations du suivi gynécologique	29
1. Le suivi	29
2. L'examen gynécologique.....	30
3. En quelques mots.....	32
IV. Première consultation.....	33
1. Première consultation : quand?	33
2. Premier examen : quand ?	35
3. Facteurs incitants à l'initiation d'un suivi gynécologique.....	36
V. Rapport avec la maladie.....	38
1. Histoires familiales	38
2. Histoires de l'entourage.....	38
3. Se faire dépister pour sa famille.....	38

4.	Suivi influencé par une pathologie	39
5.	Crainte du diagnostic grâce au suivi	39
6.	Crainte des conséquences d'un manque de suivi	39
7.	Suivi régulier pour un diagnostic et une prise en charge précoces	40
8.	Prise en charge d'une maladie vécue comme quelque chose de positif	40
VI.	Représentations et ressentis : dépistage et relai de l'information	41
1.	Dépistage organisé	41
2.	Information	43
VII.	Choix du praticien.....	45
1.	Compétences recherchées	45
2.	Conviction personnelle sur le genre du praticien	48
3.	Gestion de l'intime.....	48
4.	Rôle des tiers dans le choix du praticien.....	50
5.	Confiance envers les PDS pour orienter le suivi.....	50
6.	Question du suivi par la sage-femme.....	51
VIII.	Choix du médecin généraliste	52
1.	Rapport paternaliste et confiance	52
2.	Compétences du médecin généraliste.....	53
3.	Générationnel	53
4.	Refus par crainte du manque de compétences	54
5.	Dépannage et renouvellement du contraceptif oral	54
	MODELISATION DES RESULTATS.....	55
	DISCUSSION	56
I.	Forces et faiblesses de l'étude	56
1.	Faiblesses	56
2.	Forces.....	57
II.	Principaux résultats	58
1.	Le suivi gynécologique.....	58
2.	Le choix du praticien	60
3.	La gestion de l'intime.....	61
	CONCLUSION.....	63
	ANNEXES	65
	Annexe n°1 : Modèle BERCER de l'OMS	65
	Annexe n°2 : Canevas initial et final d'entretien	66
	Annexe n°3 : Lettre d'information	67
	Annexe n°4 : Enregistrement au Comité protection des personnes.....	68
	Annexe n°5 : Déclaration à la CNIL.....	69
	Annexe n°6 : Grille d'évaluation COREQ	71
	BIBLIOGRAPHIE	73

INTRODUCTION

Beaucoup de patientes semblent peu impliquées dans leur suivi gynécologique par manque d'information, indisponibilité des praticiens, méconnaissance de la pratique de la gynécologie par le médecin généraliste (MG) ou la sage-femme (1), ou encore à cause d'un mauvais ressenti de cet examen clinique. (2)

Les femmes sont amenées à voir un professionnel de santé (PDS) pour bénéficier d'une consultation gynécologique dans les cas suivants :

Soit elles présentent des symptômes se rapportant à la sphère gynécologique (leucorrhées, douleurs, trouble du climatère, etc.) ou évoquent le besoin de parler « gynécologie » (prescription de pilule, bilan d'infections sexuellement transmissibles (IST), sexualité etc.).

Soit elles ne présentent aucun symptôme mais consultent pour un bilan systématique (dépistage). Bien qu'il ne s'agisse pas d'une obligation en France, le suivi gynécologique est fortement recommandé et entre dans une démarche de dépistage précoce de pathologies notamment néoplasiques.

Dans ces situations, la consultation gynécologique répond à un certain « protocole » et des règles simples doivent être appliquées. La règle sans doute la plus importante est que la patiente ne doit pas « subir » cette consultation. Les représentations et attentes du suivi et les ressentis de l'examen gynécologique des patientes doivent être connues des PDS. (2) (3)

CONTEXTUALISATION

I. Principes du suivi et recommandations actuelles

1. Qu'est-ce que la consultation gynécologique ?

La consultation gynécologique ne se limite pas à un examen. Elle commence par un interrogatoire. Il permet de rechercher les antécédents (personnels et familiaux) et les facteurs de risque. Il est également un moment clé de la consultation afin de délivrer une information claire et appropriée, et de donner des éléments de prévention. C'est une étape essentielle et impérative avant tout examen clinique pour s'assurer des symptômes, des demandes, des attentes et des représentations de la patiente. Il permet également une réassurance et une meilleure gestion de l'intimité de la patiente durant celui-ci.

En fonction de la demande de la patiente et de sa symptomatologie, la consultation peut se poursuivre par un examen qui comporte l'examen sénologique, la palpation abdominale et des aires ganglionnaires, l'inspection de la vulve et du périnée, les touchers pelviens et l'examen au spéculum avec réalisation de prélèvements suivant le contexte.

Au terme de la consultation, des traitements ou examens paracliniques peuvent être prescrits. (3)

2. Quelques chiffres

a. Cancers

Le cancer du sein se situe au premier rang des cancers chez la femme en France métropolitaine avec 58968 nouveaux-cas et 11883 décès estimés en 2017, avec un âge médian de 73 ans. Il est responsable chez la femme de 31,8% des cancers et 18,2 % des décès par cancer. Malgré une incidence en stagnation, la mortalité et la survie à 5 ans se sont améliorées du fait de meilleures prises en charge et d'un dépistage plus précoce et adapté à chaque femme. (4)

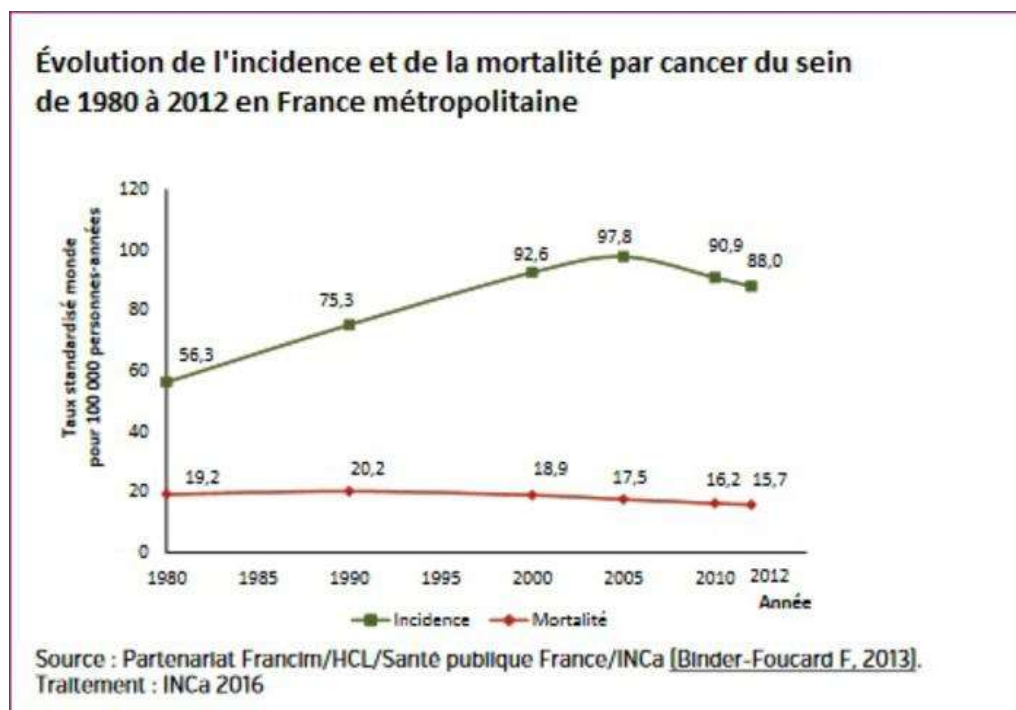


Figure 1 : Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein de 1980 à 2012 en France métropolitaine

Le cancer du col de l'utérus représente la 11^{ème} cause de cancer chez la femme après le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon. En 2017, il a été responsable de 2835 nouveaux cas et 1084 décès estimés. Il est constaté une diminution du taux de mortalité depuis 1980 (premiers bénéfices d'un dépistage apparu dans les années 1960) mais surtout entre 2005 et 2012 (mise en avant d'un dépistage organisé dans les différents plans cancers). (4) Il est attribuable dans quasiment 100% des cas à une infection par un ou plusieurs Papilloma Virus Humain (HPV), infection transmissible par contact sexuel, évitable par la vaccination anti-HPV (5). En 2017, environ 40% des femmes concernées ne faisaient pas de Frottis Cervico Utérin (FCU) et seulement 21 % des jeunes filles étaient vaccinées (schéma complet) (6) (7).

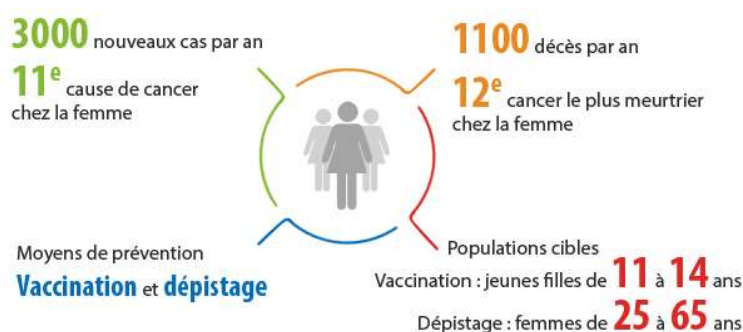


Figure 2 : Données concernant le Cancer du col de l'utérus, source Santé Publique France 2017 (6)

Le cancer de l'ovaire quant à lui touche la femme aux alentours de 65 ans. Du fait de symptômes discrets, il est découvert bien souvent à un stade avancé et est responsable de 3150 décès par an en France. La recherche mise actuellement sur la découverte de nouveaux moyens de dépistage précoce outre le suivi gynécologique régulier et la prise en charge des facteurs de risques et facteurs prédisposants. (8)

Le cancer de l'endomètre est la 4^{ème} cause de cancer et 5^{ème} cause de décès par cancer chez la femme avec un âge moyen au moment du diagnostic de 69 ans. Il est estimé à 7275 nouveaux cas par an avec 1900 décès estimés en France en 2012. (9)

b. Contraception, dépistage IST et autres pathologies :

De par sa fonction de médecin de premier recours, le MG a un rôle prépondérant dans le diagnostic et la prise en charge de pathologies plus ou moins aiguës (dépistage IST, infections génitales, troubles du climatère etc.). Il sera souvent sollicité dans le choix du moyen contraceptif et de son renouvellement. Selon l'INPES, le choix privilégié tous âges confondus est la contraception orale. Le moyen de contraception évolue avec l'âge, la vie sexuelle de la patiente (graphique ci-dessous). L'écoute et l'empathie sont nécessaires à la compréhension du désir d'une patiente mais également d'un couple (10) (11). Un modèle de consultation a été proposé par l'OMS : modèle type BERCER (12) (Annexe1).

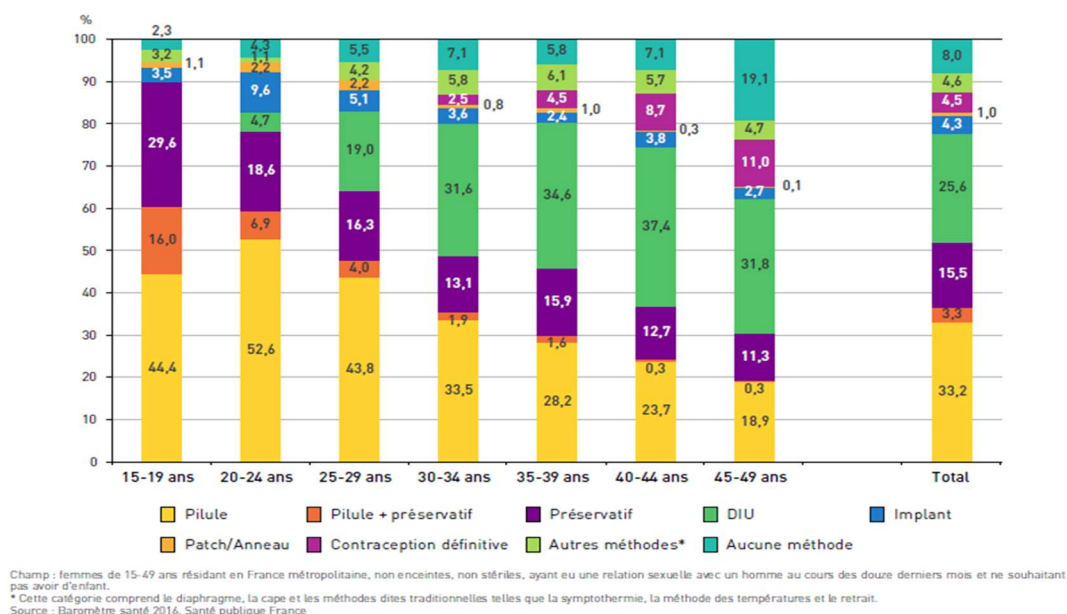


Figure 3 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon l'âge

3. Plans « Cancer » :

« *Le cancer est une maladie qui nous concerne tous. Chaque année 280 000 nouveaux cas sont diagnostiqués ; le cancer tue 150 000 personnes par an. Première cause de mort prématurée, en 10 ans il aura tué autant que la première guerre mondiale* » Annonce Interministérielle pour la lutte contre le cancer, 2003 (13).

Trois plans cancer se sont succédés depuis 2003 :

Le *premier* s'est étalé de 2003 à 2007. L'objectif était de diminuer la mortalité par cancer de 20%. En France, la mortalité prématurée à cette époque par cancer était d'environ 20% plus élevée que dans le reste de l'Europe. L'Institut National du Cancer (INCa) a été créé comme pivot d'une meilleure coordination de l'ensemble des intervenants dans la lutte contre le cancer. Dans les indicateurs clé du cancer, le dépistage était mis en avant avec la mise en place de stratégies cohérentes sur l'ensemble du territoire. L'objectif était de généraliser le dépistage du cancer du sein en 2003 : « 80 % des femmes entre 50 et 74 ans doivent en bénéficier » (mesures 21 à 23), et de favoriser le dépistage du cancer du col de l'utérus, « 80% des femmes entre 25 et 69 ans » (mesure 26). (14)

Le *deuxième* (de 2009 à 2013). La généralisation du dépistage du cancer du sein était effective mais la participation insuffisante (52,3 % des femmes concernées en 2008 pour un objectif de 65 % en 2013). L'implication du médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage était une mesure essentielle (mesure 16) pour lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage (mesure 14). L'objectif était de mettre en place des mesures en fonction du contexte socio-économique, culturel et territorial (mesure 14.2) et adapté au niveau de risque du patient (mesure 14.3) pour favoriser l'adhésion et la fidélisation au programme de dépistage. Un programme d'expérimentation de dépistage du cancer de col de l'utérus a été mis en place par tests sérologiques ainsi que par l'implication du médecin traitant sur la vaccination contre le *Papilloma Virus* (mesure 16.5). (15)

Le *troisième* s'étale de 2014 à 2019. L'objectif « le taux de participation au dépistage du cancer du sein de 65 % » prévu initialement pour 2013 n'a pas été atteint : 52,7 % avec une stagnation depuis 2008. L'objectif 1 est de favoriser les diagnostics plus précoces pour réduire la mortalité du cancer du sein grâce aux dépistages organisés (action 1.6). Les

enjeux du dépistage doivent absolument être mieux connus des patientes et PDS (action 1.9). Il faut proposer un dépistage adapté à chacune en fonction du niveau de risque de cancer du sein (action 1.5). Afin de réduire l'anxiété générée, il est proposé de réduire le temps d'attente lors du parcours de soins en cancérologie une fois le diagnostic posé (objectif 2), de favoriser la chirurgie ambulatoire (objectif 3), d'avoir un accès égal aux actes de reconstruction et de préserver la continuité et la qualité de vie (objectif 7) en promouvant l'activité physique et la nutrition (action 8.6). Outre le dépistage organisé, les consultations d'oncogénétique sont accessibles dans le cadre du dépistage individualisé (cancers BRCA) (action 6.1) tout en favorisant la Recherche (action 6.3). Le baromètre Cancer 2010 montre une vulnérabilité en fonction du niveau d'études, des revenus et de la catégorie socio-professionnelle. Une des mesures est de réduire l'inégalité d'accès au dépistage afin de réduire de 30% le taux de décès par cancer du col de l'utérus à 10 ans. Deux mesures ont été prises : « permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme de dépistage organisé (action 1.1) en y impliquant les PDS (gynécologue, médecin généraliste et sage-femme) » et « améliorer le taux de couverture de la vaccination contre HPV en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès avec la gratuité pour les jeunes filles concernées » (action 1.2). Le taux de couverture vaccinale est aujourd'hui encore bien insuffisant (moins de 25%). (16)

4. Recommandations actuelles

A ce jour, il n'existe pas de consensus en France concernant la fréquence de consultation gynécologique et l'âge du premier examen. Tout est fonction de la patiente, de ses attentes et de son ressenti. Sa représentation du suivi gynécologique, forgée à partir de ses expériences personnelles et celles de son entourage, est un élément décisif. Ce n'est pas un suivi obligatoire mais recommandé.

Actuellement les seules recommandations HAS sont pour le dépistage du cancer du sein et pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Il existe deux types de dépistage : le dépistage organisé et le dépistage individuel en fonction des facteurs de risque.

Le dépistage organisé du cancer du sein est proposé à toutes les femmes entre 50 et 74 ans, avec examen clinique, mammographie +/- échographie (17).

Le dépistage du cancer du col utérin est proposé aux femmes âgées de 25 à 65 ans et reste fondé sur la réalisation d'un FCU (conventionnel ou en milieu liquide) tous les trois ans après deux FCU normaux réalisés à un an d'intervalle (18).

La vaccination contre les infections à HPV est recommandée à toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans. Dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée entre 15 et 19 ans. 2 à 3 injections sont nécessaires en fonction du vaccin utilisé et de l'âge de la patiente. Trois vaccins sont désormais accessibles Cervarix (bivalent), Gardasil (tétravalent) et depuis août 2018, Gardasil 9 (nonavalent). (19).

II. Les professionnels impliqués

Selon un rapport de la DRESS de novembre 2004, en France la population des médecins en exercice devait passer de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025 aux dépens des spécialistes (20). Au 1^{er} janvier 2018, 226 470 sont en activité dont 45% de généralistes (chiffres provisoires) (21).

1. Le gynécologue médical

En 2015, Le journal officiel du Sénat faisait état d'une diminution de près de 500 gynécologues médicaux entre 2008 et 2013. Le nombre d'internes sortant de l'ECN est passé de 30 en 2012, 48 en 2014, à 68 en 2015. Il n'a pas encore été constaté d'impact mais bien au contraire une décroissance de la population des gynécologues médicaux en activité passant de 3719 en 2012 à 2978 en 2017. (22) (23)

2. Le médecin généraliste

La démographie des spécialistes en gynécologie amène les médecins généralistes à s'impliquer dans ce suivi. Le MG est choisi comme médecin traitant par 99,5 % des patients. L'article du Code de Santé Publique L4130-1 modifié par la loi 2016-41 art. 68 du 26 janvier 2016 relate les missions du médecin généraliste dont « *la contribution à l'offre de soins ambulatoires en assurant pour ses patientes la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que de l'éducation pour la santé* » (24).

Actuellement, un quart des patientes suivies confieraient leur suivi gynécologique à leur MG (1). La plupart du temps, les patientes y sont favorables dans les cas suivants : elles sont informées de la pratique du suivi gynécologique par leur MG, le délai de consultation est réduit par rapport à celui d'un spécialiste, elles ont avec lui une meilleure relation de confiance, ou tout simplement parce que celui-ci est une femme. Elles présentent parfois des réticences si celui-ci est un homme, par gêne, par pudeur ou par méconnaissance de leurs compétences en gynécologie (25). Les principales difficultés évoquées par les médecins généralistes sont l'insuffisance de formations initiale et continue en gynécologie, des relations interprofessionnelles non facilitatrices et un rapport rémunération / temps de consultation ou matériel utilisé défavorable (26).

3. La sage-femme

Depuis la loi HPST « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009, les compétences des sages-femmes se sont élargies. En dehors du suivi d'une grossesse normale, elles ont le droit d'assurer les consultations gynécologiques de prévention et de dépistage. Elles peuvent réaliser les FCU et ont la possibilité de prescrire tous les moyens de contraception (orale, pose ou retrait de stérilet ou d'implant contraceptif). Depuis 2016, elles peuvent prescrire et pratiquer les IVG médicamenteuses ainsi que vacciner l'entourage de la femme et du nouveau-né. (27)

4. Le Centre de Planning Familial

Dans les centres de planning familial, les patientes peuvent bénéficier gratuitement de consultations avec un médecin dont la majorité sont des médecins généralistes. Elles peuvent également y rencontrer des conseillères conjugales ou psychologues.

III. Objectif principal de l'étude

L'objectif de ce travail est de réaliser une recherche qualitative pour connaître les représentations et les ressentis des patientes sur leur suivi gynécologique afin de permettre aux médecins généralistes de les aider dans leur démarche personnelle de suivi.

MATERIELS ET METHODE

I. Type de Recherche

La recherche qualitative nous amène à mieux comprendre les expériences personnelles en explorant les aspects non quantifiables tels que les ressentis, les émotions, les croyances et représentations des patientes concernant le suivi gynécologique et leurs expériences personnelles (28).

Afin de répondre à la question, une étude inductive avec recueil des données par entretiens compréhensifs (29) a été menée auprès de femmes majeures.

II. Population de l'étude

1. Taille de l'échantillon

En recherche qualitative, une donnée est rendue significative non par la quantité mais par le contexte. Le nombre de patientes à interroger n'était pas défini au préalable. Il a été déterminé par la suffisance théorique des données, c'est-à-dire quand le recueil n'apportait plus de nouvelles données.

2. Critères d'inclusion

- Femmes majeures volontaires
- Patientes recrutées dans des cabinets de médecins généralistes des Hauts-de-France, choisies en fonction de critères permettant l'obtention d'une variance maximale au sein de l'échantillon (âge, profession, lieu de vie, pratiques et expériences sexuelles, fréquence du suivi gynécologique estimée au préalable, praticien effectuant le suivi gynécologique, niveau social, éducatif et culturel, ayant déjà bénéficié ou non d'un examen gynécologique)

3. Critères d'exclusion

- Femmes mineures
- Hommes
- Similitudes sur les critères d'inclusion avec une patiente déjà interrogée
- Patientes ne comprenant pas ou ne parlant pas facilement le français

Les patientes ont été recrutées par contact direct ou téléphonique grâce à l'entourage professionnel, en sollicitant des médecins généralistes.

Lors de ce premier contact, le sujet précis de la thèse n'était pas abordé afin de permettre de réaliser un entretien spontané sans démarche de réflexion préalable pouvant poser un questionnement, une anticipation des réponses aux questions de l'entretien.

Un rendez-vous était fixé avec la patiente en fonction de son choix, soit au cabinet du médecin généraliste, soit sur son lieu de travail ou à son domicile.

III. Recueil des données

Les patientes ont été interrogées en entretien compréhensif individuel (29) (30). Un canevas d'entretien servait de trame à la discussion. Il a été conçu avec des questions ouvertes sans ordre prédéfini mais adapté en fonction des points abordés dans l'entretien permettant une liberté d'expression de la patiente. Le canevas d'entretien était évolutif au fur et à mesure de l'étude, reprenant les idées émergentes des précédents entretiens (Annexe 2).

Les entretiens étaient réalisés par l'investigatrice principale de l'étude selon le lieu de choix des patientes. Ils étaient réalisés après information orale et écrite de la recherche (Annexe 3), et recueil d'un consentement oral de non-opposition de l'utilisation des données après affirmation de la confidentialité et anonymisation des données. Le caractère non obligatoire et réversible avait été expliqué aux patientes, leur laissant ainsi la liberté d'abandonner avant ou pendant l'entretien et, au décours, de demander à ne pas l'utiliser jusqu'à publication des résultats.

Les patientes étaient informées que l'entretien était enregistré au moyen d'un téléphone ou d'un dictaphone puis retranscrit en intégralité sur le logiciel de traitement de texte Word, tout en respectant l'anonymat. Il était stocké dans l'ordinateur de l'investigatrice sur un logiciel Veracrypt servant de disque dur virtuel jusqu'à la soutenance de la thèse puis détruit.

L'investigatrice posait les questions personnelles et d'ordre sociodémographique à la patiente à la fin de l'entretien, ce qui lui permettait de s'assurer de ses données et de la variabilité de l'échantillon : âge, nombre d'enfants, profession, lieu d'habitation, suivi gynécologique ou non, praticien réalisant le suivi (validité interne).

Il était proposé aux patientes de leur transmettre une copie de l'entretien par mail ou par courrier. Aucune n'a souhaité recevoir de trace.

Les entretiens ont été arrêtés lorsque la réalisation de ceux-ci ne permettait plus l'émergence de nouvelles thématiques. La suffisance des données a été confirmée par la réalisation de deux entretiens test.

IV. Analyse de l'étude

Les entretiens ont été retranscrits en essayant de traduire le plus fidèlement possible les manifestations non verbales et les ressentis (rires, pleurs, gêne etc.) durant l'entretien.

Deux investigatrices (l'investigatrice principale de l'étude et une seconde interne en médecine générale) effectuaient le codage ouvert chacune de leur côté et se rencontraient régulièrement afin de mettre en commun leurs résultats (validité interne de l'étude).

Secondairement, l'investigatrice principale de l'étude faisait la synthèse afin de réaliser une analyse thématique (31). La phénoménologie interprétative a été choisie dans cette étude. Elle permet de mieux étudier le sens que donne les interviewées à leurs expériences personnelles (École d'automne, Formation Fayr-GP 2017) (32).

V. Protection des données personnelles et confidentialité

L'investigatrice principale a consulté le Comité de Protection des Personnes Ile de France VI : l'étude reposant sur des Sciences Humaines et respectant les critères MR-OO3 aucun avis préalable n'était nécessaire (Annexe 4). Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée avec l'aide du Délégué à la Protection des Données de l'Université Lille 2 (Annexe 5).

Pour respecter l'anonymat, au début de chaque retranscription une lettre (P) ainsi qu'un chiffre étaient attribués à chaque patiente. Les noms des praticiens, ville, lieu de soins ont été nommés par une lettre au hasard dont l'investigatrice se servait durant tout l'entretien, voire une dénomination par statut (gynécologue 1 par exemple). Le recueil du consentement oral était effectué avant chaque entretien.

Les enregistrements et entretiens retranscrits ont été stockés sur l'ordinateur de l'investigatrice et protégés grâce à un logiciel servant de disque virtuel crypté (Veracrypt).

RESULTATS

I. Caractéristiques de la population

Les entretiens ont été réalisés de février à septembre 2018. Leur durée allait de 7 à 51 minutes avec une durée moyenne de 25 minutes et une durée totale de 4h45 minutes. La suffisance des données a été atteinte au terme du neuvième entretien, soit à l'inclusion de la dixième patiente. La confirmation a été effectuée avec deux entretiens supplémentaires.

	Age	G/P ¹	Situation	Suivi ²	Emploi	Sexualité	Lieu de vie	Observations
P1	21	G0P0	Célibataire	Aucun	Étudiante	Hétérosexuelle	Rural	X
P2	30	G0P0	En concubinage	GF	Infirmière en EHPAD	Hétérosexuelle	Urbain	X
P3	26	G3P3	Mère Célibataire	Aucun	Mère au foyer	Hétérosexuelle	Urbain	X
P4	46	G1P1	Mariée	GF	Assistante maternelle	Hétérosexuelle	Urbain	X
P5	50	G0P0	Célibataire	Aucun	Aide-soignante intérimaire	Hétérosexuelle	Urbain	Suivi psychiatrique pour trouble bipolaire
								Maghrébine
P6	34	G1P1	Mère Célibataire	MGF	Salariée	Hétérosexuelle	Rural	Dysplasies du col
P7	44	G1P1	Mariée	MGF	Employée de lingerie	Hétérosexuelle	Semi-rural	X
P8	62	G3P3	Mariée	MGF	Agricultrice	Hétérosexuelle	Rural	X
P9	51	G2P2	En concubinage	GH Suivi interrompu	En arrêt maladie Opératrice chaîne de production	Bisexuelle	Urbain	Suivie pour une maladie de Crohn péri anale et maladie de Verneuil
P10	51	G0P0	En concubinage	Aucun	Auxiliaire de vie scolaire	Bisexuelle	Urbain	Compagne de P9
P11	61	G2P2	Divorcée	GF	Enseignante à la retraite	Hétérosexuelle	Urbain	Suivie pour néoplasme mammaire
P12	59	G3P3	Mariée	MG	Responsable de logements sociaux	Hétérosexuelle	Rural	Frottis cervico utérin au laboratoire

¹ G : Gestation (nombre de grossesses y compris fausses couches et IVG/IMG)
P : Parité (nombre d'accouchements viables à partir de 22 semaines de grossesse)

² MGF : Médecin Généraliste Femme
MGH : Médecin Généraliste Homme
GF : Gynécologue Femme
GH : Gynécologue Homme

II. Facteurs personnels influençant leur propre suivi

1. Facteurs intrinsèques

a. Age

L'âge est un facteur déterminant pour la fréquence du suivi :

« j'arrive à des âges où il faut faire attention... » (P4 L33/34)

« je pense qu'il faut y aller tous les 6 mois et les frottis aussi tous les 6 mois surtout à mon âge, parce que en fait bon quand j'étais plus jeune non car à priori « on est en bonne santé » mais maintenant comme je suis en péri ménopause, mais comme avec l'âge les polypathologies arrivent surtout chez la femme » (P5 L40 à 44)

b. Pudeur et gêne

Certaines patientes ne se disent pas pudiques et considèrent l'examen gynécologique comme tout autre examen avec un praticien qui est avant tout un professionnel :

« moi les examens ça ne me dérange en rien qu'ils soient gynécologiques ou autre examen. Je ne sais pas je suis peut-être dans une génération où fin vous allez me dire il n'y a peut-être pas des histoires de génération ou d'âge mais moi franchement, que ce soit gynécologique ou autre pour moi l'examen c'est la même chose ça ne me dérange pas... » (P12 L20 à 25)

Les patientes évoquent une meilleure gestion de leur pudeur avec l'âge et la répétition des examens. P9 suivie régulièrement pour une maladie chronique, se dit de moins en moins pudique :

« il faut savoir que quand on est jeune on est pudique, donc une consultation gynéco c'est toujours délicat » (P5 L80/81)

« d'autant plus avec ce que je vis depuis dix ans oui pudique je l'étais mais à vrai dire je ne suis plus parce que faut pas être pudique (*rires*). Tu vas dans le service de chirurgie au CHRU le chirurgien qui te met sur une table d'accouchement et qui dit je vais appeler mon collègue je vais appeler mon interne on va appuyer on va vous faire un toucher rectal (P9 L46 à 51) »

Certaines gardent cependant une crainte de cet examen probablement suite à leurs expériences. Au décours de l'entretien, P3 a fait allusion « à ce qu'elle a vécu » :

« puis mon intimité de me dénuder ça pose vraiment problème » (P3 L144/145)

« c'est la crainte de me retrouver dénudée » (P3 L180)

c. Négligence ou absence de consultation spontanée

Les patientes non suivies avouent également leur négligence :

« J'avoue que c'est par négligence » (P5 L151/152)

D'autres retardent la consultation :

« c'est pas parce que je suis négligente mais je suis du genre à me dire « ah attends je le vois dans un mois je ne vais pas y aller pour ça maintenant j'ai autre chose à faire » je temporise » (P12 L204 à 207)

d. Ressentis de la consultation gynécologique

1) Peur de l'inconnu

Les patientes n'ayant jamais eu d'examen ont une peur de l'inconnu :

« oui c'est ça, ça me fait grave flipper j'ai vraiment peur qu'elle le fasse » (en parlant du spéculum) (P1 L31)

2) Nécessité d'être suivie

Les patientes évoquent la nécessité d'être suivie, même celles qui ne le sont pas ou ne le sont plus :

« j'essaie de faire attention au maximum à ma santé donc je vais chez la gynéco, je vais chez le médecin ... » (P2 L80 à 82)

« j'y vais pas ...oui je sais que c'était pas bien mais je n'y vais pas... je pense que je devrais m'y mettre ça pourrait être bien (*sourires*) » (P3 L51 à 53)

« bon moi ça fait deux ans que je ne suis pas suivie il faut que j'y aille » (P5 L39/40)

D'autres ne se sentent pas concernées :

« j'ai jamais jugé utile de consulter, d'être suivie parce que oui je n'ai jamais eu de problème » (P10 L318 à 320)

3) Sentiment de contrainte et d'obligation

« bon aller prends ton courage à deux mains » (P3 L171/172)

« c'est en fait une obligation ... je repousse je repousse ... » (P6 L91)

e. Appréhension secondaire à une mauvaise expérience

Les expériences personnelles comme un examen douloureux et mal vécu peuvent créer une appréhension des prochaines consultations :

« Euh oui, mis à part la dernière consultation qui était douloureuse c'était quand j'ai changé mon stérilet[...]mais la prochaine fois que je vais devoir enlever mon stérilet pas que j'angoisserai mais je me dirai que je vais douiller parce que la dernière fois qu'elle me l'a changé je l'ai senti passer » (P2 L 200 à 205)

« sans mentir... j'ai eu une mauvaise expérience avec une gynéco à ma première grossesse et du coup j'en garde un très mauvais souvenir donc du coup maintenant j'y vais à reculons » (P3 L35 à 37)

f. Orientation sexuelle

Les patientes n'ayant pas de relation hétérosexuelle, ne pensent pas que leur suivi doit être aussi régulier. Certaines pensent même qu'il est inutile :

« je me suis séparée et j'avais entre guillemets personne et comme je n'avais pas de relation à proprement dit je ne prenais rien et hormis ça je n'avais aucun... fin avant je me faisais suivre régulièrement par un gynéco tous les ans voire tous les deux ans » (P9 L37 à 41)

« moi c'est juste que je ne vois pas ça utile dans mon cas » (P10 L331)

2. Facteurs extrinsèques

a. Milieu culturel

La religion a une influence sur les représentations :

« - *et niveau contraception ? (question de l'interviewer)* - j'en ai jamais pris, j'ai pas fait d'acné à la différence d'une de mes cousines qui a fait de l'acné et qui en a pris car dans les familles maghrébines c'est pas quelque chose de très répandu » (P5 L47 à 51)

« je reviens à ma culture l'hymen c'est très important et il ne faut pas qu'il soit défleuré avant le mariage » (P5 64 à 66)

b. Milieu socio-éducatif

1) Importance de la relation avec les femmes de la famille

Les patientes n'ayant pas un relationnel favorable avec les femmes de leur entourage (mère, sœurs etc.), pensent que s'il avait été meilleur, il aurait pu les aider dans leur démarche d'être suivie :

« j'ai des sœurs mais pas du tout je n'ai pas de contact avec elles » (P3 L128)

«- *je me permets de rebondir sur ce que vous me disiez toute à l'heure... vous me disiez qu'avec les sœurs c'était délicat... et avec votre maman ?*— c'est pire ...- *d'accord, en étant plus jeune donc ça n'avait pas été évoqué ?* – ah non je n'ai pas vraiment eu de modèle... » (P3 L 212 à 220)

2) Sujet tabou

A contrario, même si les liens affectifs sont présents, les patientes éprouvent des difficultés à évoquer ce suivi avec les proches :

« après avec mes filles oui c'est compliqué, elles ont plus de 30 ans maintenant et y'en a une, je ne sais même pas si elle est suivie mais ça c'est une chose dont on a jamais parlé parce que chez nous c'est comme ça, c'est difficile on arrive pas à en parler ... » (P8 L91 à 95)

« on a pas forcément envie d'en parler aux parents ou à la sœur ou quoique ce soit et un médecin traitant peut-être que ça passerait mieux... » (P12 L264 à 266)

Le suivi gynécologique est souvent assimilé aux relations intimes :

« oui c'est vrai que tout le monde n'a pas cette éducation-là. C'est vrai que nous à l'époque, je me souviens déjà c'était très... avec ma mère on se cachait pour en parler, on en parlait pas devant mon père et je me souviens que quand j'ai pris la pilule parce qu'avec mes règles j'étais malade je ne pouvais pas sortir de mon lit et avec mon père ça a tout de suite créé une histoire pas possible parce que pour lui faire comprendre que c'était pas pour autre chose » (P6 L172 à 178)

3) Générationnel

Les nouvelles générations de mères évoquent une plus grande facilité à parler « gynécologie » avec leur fille grâce à différents supports. Elles ont besoin d'éviter toute forme de gêne à la discussion entre elles :

« les jeunes sont plus spontanés ça change moi déjà pour R. j'avais acheté le guide du Zizi et le jour où j'ai acheté ça, ma mère m'a dit « mais tu te rends compte de ce que tu lui as acheté ? » et j'ai dit « mais Maman on avance ! » » (P4 L293 à 296)

« oui je veux qu'elle ne me cache rien nous y'a jamais eu de cachoteries avec maman et ça nous a appris à voir les choses qui allaient arriver dans la vie mais je ne veux pas qu'elle me cache quoique ce soit si elle a un souci faut qu'elle me le dise » (P7 190 à 193)

« Aujourd'hui on est aidé, y'a plein de trucs sur internet, on peut en parler, on peut même jouer donc maintenant elles peuvent être bien informées les filles » (P7 L367 à 369)

4) Expériences des tiers

Les patientes se forment également leurs représentations avec les expériences de leurs proches. Pour P1, il s'agit de voir sa mère angoisser avant chaque mammographie :

« puis je sais que ma mère fait une radiographie des seins tous les deux ou trois ans car elle a eu des problèmes. Ca je le sais, parce qu'à chaque fois elle angoisse elle nous en parle car ça fait mal soi-disant (*grimaces*) [...] je sais qu'elle n'aime jamais trop son rendez-vous (*rires*) » (P1 L93 à 100)

III. Représentations du suivi gynécologique

1. Le suivi

a. Régularité et temporalité

Les patientes ont conscience de la nécessité d'être régulières dans leur suivi :

« j'y vais régulièrement et tous les ans » (P2 L75)

« oui je la vois tous les ans, là elle m'a déjà mise au courant que j'aurai mon frottis l'année prochaine elle m'a dit en me consultant cette année qu'il n'y avait pas de frottis mais par contre dans le dossier elle l'a déjà bien noté » (P4 140 à 143)

Même celles qui ne sont pas encore suivies :

« tu dois faire régulièrement un frottis » (P1 L91/92)

Elles trouvent un repère temporel afin de ne pas oublier le moment de la consultation :

« j'ai un petit repère temporel dans l'année, donc au printemps tous les ans, je vais chez la gynéco » (P2 L41/42)

« j'ai un repère là ça va être fait en septembre, comme c'est tous les 3 ans et que ma fille va avoir 6 ans » (P7 L43/44)

La notion de fréquence peut être floue et évolutive en fonction de l'âge :

« Je sais qu'il y a un cap dans la vie où on va devoir le faire plus souvent avec tous les problèmes qui peuvent arriver ; après si c'est à faire tous les un an ou deux je le ferai » (P7 L53 à 55)

« après par contre je ne sais pas si il faut le faire plus ou moins quand on est plus âgée ou le contraire, fin ça je ne sais pas ... après un certain âge faut peut-être faire plus qu'avant ? fin ça je ne sais pas Franchement je ne sais pas (P12 L128 à 131) »

b. Suivi gynécologique et « maternité »

Les patientes sont suivies quand elles ont un désir de grossesse :

« j'allais très souvent chez ma gynécologue parce qu'à l'époque je souhaitais avoir des enfants » (P5 L20/21)

Elles assimilent le suivi gynécologique au suivi de grossesse :

« - *le suivi gynécologique ça vous évoque des choses ou pas ?* ben oui, j'ai vu des gynécos à mes trois grossesses » (P3 L 27 à 30)

c. Suivi gynécologique et sexualité

Outre la question de la contraception, les patientes pensent que « parler sexualité » est indispensable dans une consultation de gynécologie en dehors de la question de prévention (Partie VI.2) :

« ... par contre le suivi avec le gynéco ça pose toute la question de la sexualité qui n'est jamais abordée de n'importe quelle façon et maintenant avec la prise de responsabilités qu'on demande aux jeunes c'est imparable que les gynécos que les médecins s'investissent dedans... » (P11 L149 à 153)

2. L'examen gynécologique

a. Importance de l'aménagement du cabinet

Les patientes expriment une gêne quand le bureau et la table d'examen sont proches, et aimeraient un lieu spécifique pour se déshabiller :

« je trouve qu'il faut avoir un cabinet cool et accueillant qu'on puisse s'isoler un peu ; tu vois moi quand j'y suis allée, son cabinet et ben y'avait son bureau et derrière le lit et une petite chaise, j'ai dû me mettre en culotte et sans le soutien-gorge alors qu'elle était à son bureau. Tu vois, il faudrait limite une cabine comme dans les magasins » (P1 L105 à 109)

« son petit local à côté de son bureau là, où il y a la table d'auscultation » (P2 L223/224)

b. Propreté

La propreté du cabinet et du matériel utilisé est évoquée comme importante :

« tout est stérile et tout est emballé » (P2 L225)

A contrario :

« je suis tombée sur du vieux matériel... j'étais comment dire ... un peu frustrée... »(P4 L31/32)

c. Aspect technique de la consultation

Les patientes seraient rassurées si des prélèvements étaient plus facilement effectués :

« le problème s'est redéclenché deux semaines après la consult et franchement ça m'a énervée qu'il ne m'écoute pas, oui il ne m'écoutait pas fin je ne sais pas faire des prélèvements ou quoi... c'est peut-être à ce moment-là que j'ai perdu confiance quoi » (P2 L106 à 110)

Au contraire, d'autres souhaitent que la consultation de gynécologie soit moins matérialisée :

« rentrer le spéculum et tourner la manivelle fin il faut moins médicaliser la chose plus une approche humaine quoi » (P5 L163 à 165)

d. Ressentis et représentations

L'examen gynécologique est perçu comme désagréable par les patientes :

« c'est voilà, on sait qu'on ne va pas passer forcément un bon moment, bon se retrouver dans une position qu'on n'apprécie pas non plus, fin, ça fait un peu âge de pierre, âge de guerre, les quatre pattes en l'air. Non mais c'est vrai ça me donne vraiment cette image les pieds dans les étriers. Fin, je sais qu'apparemment on peut faire sur le côté maintenant, je pense que ça serait pas plus mal parce qu'on aurait pas la même vision et que là, ça fait un peu archaïque « mettez les pieds dans les étriers détendez-vous » et vas-y que je te parle que tu es en face de moi, c'est pas des choses forcément... » (P6 L218 à 227)

« c'est pas quelque chose d'agréable... » (P12 L174/175)

e. Frottis cervico utérin

Les patientes sont incertaines quant à la fréquence recommandée :

« je sais que c'est quand tu as 25 ans, elle m'avait dit puis tous les ans après quand tu vas la voir, je pense enfin je ne sais pas » (P1 L92/93)

« je pense qu'il faut y aller tous les 6 mois et les frottis aussi tous les 6 mois » (P5 L40/41)

« Faire un frottis c'est à partir de quand en fait ? - *25 ans selon nos recommandations... (réponse de l'interviewer)* » (P9 L252 à 254)

Les patientes ne sont pas satisfaites de la fréquence recommandée pour le FCU :

« pour moi je pense que ça serait bien tous les ans, ouais... là c'est vrai qu'elle me dit que si y a pas de soucis, c'est tous les trois ans mais ouais en fait en une année il peut se passer beaucoup de choses finalement » (P7 L143 à 146)

3. En quelques mots...

A la question de l'interviewer, « *si je vous dis « suivi gynécologique » qu'est-ce que cela vous évoque ?* », les réponses des patientes sont :

« Spéculum, ça représente frottis, ça représente intimité, nudité, pénétration, santé et ça représente soins » (P5 34/35)

« En fait pas grand-chose, la peur la peur et la peur » (P6 L213)

« Une sécurité » (P7 L164 à 167)

« Moi je dirais une sécurité, la peur de plus en plus pour moi mais pas les maladies mais de parler cancer et tout ce qui s'en suit...ah oui c'est clair... » (P12 L277 à 279)

IV. Première consultation

1. Première consultation : quand?

Les patientes qui n'ont jamais eu de suivi, se posent la question du moment de la première consultation :

« d'ailleurs je ne sais pas quand je dois y aller en fait maintenant que j'ai 21 ans » (P1 L37/38)

a. Avant la puberté

Les patientes sont conscientes que toutes les jeunes filles ne reçoivent pas la même information de leurs proches :

« et même en parler car ça peut faire peur aux enfants les règles oui donc pour vous, en tant que professionnel de santé commencer par là et puis oui le rôle des parents est hyper important » (P6 L162 à 167)

Certaines patientes sont sensibles au fait que « première consultation » ne veut pas forcément dire « premier examen » :

« même si ce n'est pas une consultation poussée jusqu'à l'examen c'est ce que je veux dire mais au moins en parler avec quelqu'un qui est du métier et tout ce qui s'en suit ça pourrait être bien ... » (P12 L237 à 240)

b. Puberté / Premières règles

Pour la plupart des patientes, le début du suivi débute au moment de la puberté et de l'apparition des premières règles :

« - pour moi je pense que j'aurais dû le faire avant sinon je pense que vers quinze seize ans je pense que c'est correct - *donc quand pour vous dans la vie d'une femme ?* - en fait ben peut-être avant en début de puberté ça pourrait être pas mal ... ça pourrait permettre de se dire, de savoir plus de choses » (P3 L93 à 101)

« déjà je pense que lors des premières règles il devrait y avoir un suivi tout de suite pour nous habituer parce que lors des premières règles ... fin moi à mon époque... fin je les ai eues tard j'étais pas sexuellement active donc euh je pense que déjà là, on devrait avoir une première approche même si c'est pas un frottis, mais au moins voir l'état du col après ceci doit je ne sais même pas, si on a le droit par rapport à la virginité » (P6 L133 à 138)

c. Pathologie

Les patientes bénéficient d'une première consultation gynécologique du fait d'une pathologie de la sphère génitale :

« - *oui votre histoire gynécologique, on va dire, quand ça a commencé ?* - bah quand ? euh à partir de seize ans ou même peut-être un petit peu avant parce que j'ai eu des problèmes de mycose » (P6 L20 à 23)

d. « Vaccination contre les rapports »

Les mères ont connaissance de la vaccination contre HPV :

« parce que maintenant, il y a tout ce qui est vaccins chez les ados aussi... » (P4 L54/55)

Mais ne sont pas suffisamment informées :

« après je ne comprends pas finalement y'a pas des choses faites bien avant avec le cancer du col ?- *les vaccins ?* - oui à 14 ans ? ah oui c'est ça mais on ne fait pas un dépistage avant ? - *non non les vaccins on les fait sans dépistage* » (P9 L289 à 297)

Ou évoquent la difficulté à sensibiliser à ce vaccin à onze ans :

« oui ça c'est tabou de vacciner à onze contre les rapports je trouve... » (P9 L302)

e. Contraception et premiers rapports

« ouais, 16 ans, quand j'ai eu mes premiers rapports en fait... pour prendre ma première contraception » (P2 L24 à 28)

« Mon suivi, il a commencé quand j'ai commencé à avoir une vie sexuelle ... euh suivi ben, j'ai pris tout de suite la pilule parce que je ne voulais pas être enceinte » (P11 L73 à 75)

Les rapports sexuels devenus plus précoces, les patientes estiment que le suivi gynécologique devrait commencer plus tôt :

« je pense que les ados maintenant ont des rapports de plus en plus tôt... quand je vois que maintenant les gamines de treize ans peuvent tomber enceintes... j'ai l'impression d'être décalée par rapport à 2018 » (P2 L253 à 260)

f. Initiation spontanée de son suivi gynéco

« je trouvais bizarre de ne pas avoir eu de suivi à part par mon médecin juste une prise de sang et j'ai voulu faire un examen pour voir, c'était vers 23 ans » (P7 L83/84)

2. Premier examen : quand ?

La majorité des patientes sont d'accord sur le fait que l'examen gynécologique ne doit pas être réalisé avant les premiers rapports :

« au niveau du rapport, du premier rapport c'est pas la peine d'y aller avant je pense, de toute façon on m'a toujours dit jamais avant le premier rapport et d'abord en discuter avant et même après ... » (P5 L59 à 61)

« il lui a dit « je ne te fais pas d'examen parce que tu es trop jeune ». Elle avait seize ans et demi et il a dit qu'il ne faisait pas d'examen avant 18 ans, fin, je n'ai pas compris parce que bon à partir du moment où on a eu un rapport je pense qu'on peut avoir un examen » (P9 L241 à 245)

Impact négatif du premier examen sur les premiers rapports :

« ce serait mieux de faire ça quand il y a eu un premier rapport... quand on va chez le gynécologue y'a tous des fantasmes qui viennent et ça, ça fait peur et en fait ça peut désacraliser les moments comment dire, intimes surtout les premiers moments » (P5 L84 à 87)

Certaines patientes se disent « choquées » que l'examen ne soit pas fait à titre systématique pour tout motif gynécologique :

« Même elle ! Elle était choquée de ne pas avoir eu un examen elle y allait pour avoir la pilule elle pensait qu'elle allait avoir un examen et il lui a donné la pilule et il l'a même pas examinée, c'est dommage ... » (P9 L245 à 248)

3. Facteurs incitants à l'initiation d'un suivi gynécologique

a. Importance de la relation avec les femmes de l'entourage

« quand on a une mère ... fin pour moi c'était la belle-mère qui peut-être un soutien, quand elle se rend compte que sa fille commence à tomber amoureuse... je pense que c'est à ce moment-là qu'il faut en parler » (P2 L264 à 267)

« quand j'ai fréquenté mon époux j'ai dit à ma mère et elle m'a dit « on va aller voir le médecin, on va discuter avec le médecin », je lui ai dit « c'est pour avoir la pilule ? » et là, je l'ai choquée, je n'ai pas compris parce que nous entre filles, on en discutait. J'ai dit à ma mère que je n'avais pas besoin d'elle, que je pouvais y aller seule, je n'avais pas besoin de ma maman pour aller demander la pilule » (P4 L280 à 286)

b. Importance d'une triangulation avec le PDS dans la prise en charge des jeunes filles

La consultation gynécologique étant souvent mise en relation avec les rapports sexuels, il est parfois difficile de l'évoquer avec un proche. Les patientes en tant que mères, souhaitent avoir un rôle dans l'initiation du suivi gynécologique de leur fille tout en sollicitant l'implication des PDS :

« moi je préfère qu'elle me dise et qu'on fasse tout de suite les démarches et qu'elle prenne conscience. Je pense qu'il y a une prise de conscience qui pourrait être apportée à ces moment-là par rapport à plein de choses. Je pense qu'il y a un rôle des parents, pas forcément par rapport à la prévention, fin si par rapport à l'activité sexuelle, mais pas dans le sens de la prévention de ce qu'apporte l'examen ... fin moi personnellement, si je devais parler à ma fille du frottis, je ne pourrais pas, ça serait quelque part lui mentir. Par contre lui dire « si tu as des relations sexuelles ben parles moi en » ne serait-ce que par rapport à la pilule déjà ça « et il faudra savoir que tu auras besoin d'un suivi parce que tu deviens adulte » donc voilà et au niveau de l'examen je pense que c'est à la personne habilitée, fin, le médecin à en parler » (P6 L146 à 158)

« le problème des femmes, c'est qu'on ne parle pas de nos petits problèmes et on doit après en parler à nos filles, donc c'est plus délicat et donc je pense que les médecins devraient nous aider et avoir vraiment un dialogue pour leur expliquer plus tard et même pourquoi pas avec eux directement » (P7 L106 à 111)

c. Importance du PDS

Le dialogue préalable au premier examen est rassurant :

« tu vois, elle en sait un peu plus sur moi et je pense que je serai moins gênée si elle doit faire un examen plus loin que quelqu'un que je ne connais pas » (P1 L112 à 114)

Il permet de démystifier le premier examen :

« la démystification, plus comment dire une anamnèse plus poussée avant la consultation, oui ça c'est hyper important plutôt que comme souvent « allez-vous installer » » (P5 L157 à 160)

« je dirais 16 ans en faisant attention, fin, c'est spécial faut voir je trouve, parce que... mais je trouve que c'est bien je parle de la consultation, on peut les préparer à l'examen parce qu'on est pas préparées à ces choses-là dans la vie. Je trouve que 16 ans c'est bien... » (P7 L72 à 75)

« parce que les personnes ne savent pas à quoi elles s'attendent il y a beaucoup l'imaginaire » (P12 L318/319)

V. Rapport avec la maladie

Le rapport avec la maladie influence les craintes et représentations.

1. Histoires familiales

« donc moi cancer du sein, ma grande sœur cancer du sein, je te dis pas comment ma petite sœur derrière elle a la trouille... hein bon alors ? » (P11 L339/340)

« j'ai quand même eu deux tantes qui sont décédées d'un cancer du sein, donc effectivement je suis bien suivie là aussi » (P12 L27 à 29)

« j'ai perdu mon plus jeune frère là en début d'année d'un cancer fin bref, en 8 jours de temps et c'est une peur, une peur, on entend tellement ... » (P12 L286 à 288)

2. Histoires de l'entourage

« - *minimum tous les ans pour être sûre ? Mais être sûre de quoi ?* – ben j'ai une amie qui a eu le cancer du col de l'utérus [...] elle a été bêtement pour une infection urinaire, je crois et un examen en entraînant un autre, ils se sont rendu compte qu'elle avait le cancer du col de l'utérus » (P3 L165 à 175)

3. Se faire dépister pour sa famille

Le statut familial (épouse et mère) les incite à se faire dépister :

« j'ai des enfants, des petits enfants, un mari, et aussi pourquoi ? pour être prise en charge en amont de ce qu'il peut réellement arriver ... » (P12 L291 à 293)

« je vais dire que quand je suis rentrée chez moi, j'avais mes deux petits garçons, ils avaient 5 et 7 ans, j'ai pris ma santé en main » (P11 L82 à 84)

« parce que maintenant je me dis que j'ai ma fille et que le moindre bobo je veux qu'on me soigne et c'est peut-être ça qui fait réagir d'un autre côté » (P7 L118 à 120)

4. Suivi influencé par une pathologie

Présenter une pathologie chronique déclencherait pour les patientes la volonté de consulter un gynécologue en préconceptuel :

« je souhaitais avoir des enfants mais comme j'ai aussi la maladie de Vaquez je suis sous Hydrea et comme pour faire un enfant je ne peux pas prendre Hydrea je devais prendre de l'interféron je suis allée voir un gynécologue ... qui m'a donné des hormones de la progestérone pour accélérer mon ovulation » (P5 L21 à 26)

Par contre, être suivie pour une autre pathologie, interromprait le suivi régulier pour les patientes :

« ah si, moi j'étais suivie mais là actuellement avec ma maladie... quoique ... fin j'ai été opérée en gynécologie mais je ne suis plus suivie » (P9 L15/16)

5. Crainte du diagnostic grâce au suivi

« c'est les mêmes craintes que quand on fait un examen, un truc, on y va un peu à reculons d'avoir peur de ce qu'on va trouver » (P3 L142 à 144)

« maintenant quand je fais un examen, j'ai toujours peur de tout ce qui vont me dire après » (P12 L279/280)

« ça m'embête c'est sûr, mais maintenant c'est la peur des résultats, de devoir se dire « ben je vais devoir repasser » en fait, je préfère ne pas savoir... » (P6 L112 à 114)

6. Crainte des conséquences d'un manque de suivi

La crainte de la maladie pousse certaines patientes à déclencher des examens :

« oui j'ai trop peur d'avoir des boules aux seins, ça c'est une phobie » (P7 L64)

« bon pour la palpation des seins, je lui dis et elle le fait régulièrement, parce que c'est pareil c'est le genre de truc où on fait pas attention. On a rien une année et puis six mois après on peut se choper un cancer, mais ça je trouve que c'est pas assez suivi il y a un manque dans le suivi » (P7 L146 à 149)

7. Suivi régulier pour un diagnostic et une prise en charge précoces

« je suis suivie régulièrement et je me tiens à mes rendez-vous annuels. Il n'y a pas raison qu'il y ait quelque chose d'anormal et si c'était le cas, c'est vu, c'est connu et ce sera traité » (P2 L207 à 209)

« ben oui, mais si y'a quelque chose qui est là, c'est là et faut l'enlever, et c'est en le faisant tôt, qu'on pourra soigner quand on voit la plupart des cancers du sein maintenant se guérissent » (P7 L286 à 288)

8. Prise en charge d'une maladie vécue comme quelque chose de positif

« ... je ne l'ai pas vécue comme quelque chose qu'on m'enlevait... mais oui, c'était quelque chose qu'on m'enlevait mais pour me mettre en santé donc j'ai vraiment tout de suite pensé aux côtés positifs de la chose » (P11 L45 à 48) (en évoquant sa mastectomie)

VI. Représentations et ressentis : dépistage et relai de l'information

1. Dépistage organisé

a. Dépistage précoce

Les patientes soulignent l'importance du dépistage organisé :

« Je pense que faire ces dépistages permet de guérir, pas dans tous les cas mais souvent... une prise en charge précoce et une augmentation de l'espérance de vie » (P5 L130 à 133)

b. Méconnaissance des organismes de dépistage

Chez les patientes ne rentrant pas dans les critères, peu connaissent les organismes de dépistage organisé comme l'ADCN ou Opaline :

« *si je vous parle ADCN, octobre rose, ça vous parle ?* - euh non » (P7 L91 à 93)

c. Connaissance mais négligence

« oui bien sûr, ADCN ça me parle car j'ai reçu un papier il n'y a pas longtemps pour le dépistage du cancer colorectal, bon fallait que je vienne voir mon médecin traitant, mais je ne l'ai pas fait » (P5 123 à 125)

d. Connaissance mais réticence

Les patientes suivent les recommandations mais ne sont pas totalement rassurées :

« suivi gynécologique ... euhhh, il y a des études qui ont été faites là-dessus donc faut le faire, mais moi, je dis toujours on fait une mammographie mais bon il se peut que quinze jours plus tard il y a quelque chose qui peut se déclencher. C'est pour ça, que je suis toujours un petit peu réticente à faire la mammographie parce que je me dis toujours que ça peut arriver un mois après... » (P8 L61 à 66)

e. Connaissance et approbation

Les patientes concernées sont favorables au dépistage organisé :

« Oui ! ça je les reçois... et je les fais bien évidemment » (P12 L131)

Même celles qui évoquent leur réticence envers le milieu médical, acceptent de « se plier » aux recommandations :

« Ah oui je fais tout, colorectal, je fais seins, je fais tout, ouais ça c'est certes des recommandations mais c'est un suivi positif » (P11 L220/221)

« oui, le côté systématique est un petit peu chiant en ce sens qu'il est très... fin faut s'y plier, c'est pas de mon consentement fin c'est une norme une norme qui a sa place puis je le fais sans rechigner » (P11 L235 à 237)

f. Importance de la gratuité

« oui c'est l'organisme euh qui s'occupe ... euh on reçoit les imprimés donc bon c'est pour aller faire une visite et que ce soit gratuit... » (P8 L72/73)

« On a quand même des soins comme le dépistage c'est gratuit et pourquoi les gens ne le font pas fin on est peut-être pas assez sensibilisés parce que moi je sais que quand on fait un dépistage pour un cancer fin moi mes parents reçoivent donc je sais et je me dis qu'ils font le test c'est gratuit » (P7 L272 à 276)

g. Importance des rappels :

Les patientes trouvent utiles les rappels effectués par l'ADCN :

« oui le cancer du côlon oui je fais aussi c'est bien, c'est pratique, ça fait des rappels » (P8 L77/78)

Elles reconnaissent l'importance des rappels effectués par le dépistage organisé mais ont conscience de la nécessité d'un suivi individuel :

« de toute façon, je reçois moi un truc de la sécu, fin moi on m'a dit faut revenir dans deux ans sauf si je ressens une boule ou quelque chose d'anormal... moi, on me dit tous les deux ans, donc je fais tous les deux ans, je reçois ce papier bleu « madame vous avez autant pensez à faire votre mammographie » » (P9 L175 à 179)

2. Information

a. Importance de l'information

Les patientes apprécient des initiatives de leur travail :

« notre DRH a mis en place euh, une rencontre qui va se faire là prochainement et je m'y suis inscrite quand même, par rapport à tout ça et on va rencontrer un gynécologue avec le centre hospitalier et après, il y aura aussi mammographie pour les personnes qui le veulent et discuter avec les personnes rencontrées au sujet du cancer du sein et tout ce qui s'en suit » (P12 L142 à 147)

b. Importance de l'information auprès des jeunes filles

Les patientes évoquent la nécessité d'information des jeunes filles par les établissements scolaires en triangulation avec le PDS pour mieux appréhender le suivi gynécologique et la sexualité :

« avoir des cours à l'école qui nous permettent de relativiser et d'aborder la sexualité différemment... ce qui lui permettrait de mieux appréhender la visite chez le gynécologue » (P5 L88 à 95)

« Ils doivent savoir ce que signifie un acte sexuel quoi ! dans la signification de comment j'aime une personne de la pratique et puis tout ça que les choses soient harmonisées » (P11 L157 à 159)

Le PDS est ressenti comme ayant un rôle de prévention vis à vis des abus sexuels et de l'utilisation de toxiques :

« je vais même vous dire que je souhaite que la prise en charge passe par la prise en charge d'examens de toxicologie » (P11 L166/167)

« il se fichait du consentement de sa femme, lui tout ce qu'il voulait c'était lui se satisfaire... pour ça que vous avez un rôle prépondérant à jouer en tant que médecin » (P11 L346 à 349)

c. ... et des jeunes garçons

L'information ne devrait pas se limiter aux femmes mais aussi aux jeunes hommes :

« on devrait peut-être même en parler aux jeunes garçons finalement c'est-à-dire leur expliquer tout ça qu'une femme doit être suivie, [...] leur expliquer qu'ils peuvent aussi attraper quelque chose » (P7 L175 à 181)

d. Manque d'information

« on devrait recevoir une petite brochure et dans le temps, on avait une petite brochure par la CAF, on recevait une brochure « la vie de famille » pour les jeunes femmes [...] mais je pense qu'on manque d'informations, avant pendant le marché ou manifestations nous, on avait des petites tonnelles qui distribuaient des documents » (P4 L351 à 360)

« parce que y a pas assez de suivi et d'information je trouve, pour ça, on est quand même en 2020 bientôt, et que y a toujours un problème de suivi chez la femme et pourquoi on a peur » (P7 L106 à 113)

e. Informations présentes mais peu consultées

Redondance des informations :

« après à vrai dire, on reçoit régulièrement de la CPAM, des trucs d'information par mail mais je dois avouer que ça passe à la trappe [...] je pense que ça devrait être plus relayé par les PDS, la CPAM c'est on reçoit plein de trucs, c'est nos remboursements, c'est des trucs de dépistage, c'est tout quoi » (P6 L200 à 208)

Les patientes ne se sentent pas concernées :

« Non, moi je pense qu'il n'y a pas beaucoup d'information quand je pense à mon entourage etc. Je parle plus professionnel... bon après les gens n'ont peut-être pas envie d'entendre non plus ou ne se sentent pas concernés... » (P12 L254 à 260)

VII. Choix du praticien

1. Compétences recherchées

a. Écoute et empathie

Les patientes ont besoin d'explications pour être rassurée sur leur pathologie :

« quand j'ai des questions à lui poser...j'ai dû lui poser des questions sur... notamment quand elle m'a détecté le *Papilloma Virus* il y a quelques années ça m'a fait un peu flipper » (P2 L59 à 62)

« elle m'a bien expliqué que ce n'était pas une IST ... si je dois lui poser des questions, elle me réexpliquera » (P2 L 65 et 73/74)

Le manque d'empathie et d'explications génère de l'angoisse :

« trois semaines après j'avais toujours rien, un mois après j'avais toujours rien, donc j'étais allée à deux reprises au laboratoire et ils m'ont dit « vous savez ça on sait pas trop moi je veux bien appeler mais bon ». Alors je me suis un peu énervée en leur disant « bon là je pense qu'il faut me dire quelque chose faut me dire si il y a eu des examens complémentaires » » (P12 L53 à 58)

D'autres ont besoin d'être écoutées et actives dans leur suivi pour une meilleure acceptation :

« j'ai dit à Gynéco 2 « stop on arrête la pilule toutes ces choses-là, j'ai besoin de retrouver mon corps » »(P4 L107 à 108)

« quand je fais des examens, c'est plus le médecin qui décide pour moi, on décide ensemble. Je tiens absolument à ce que ce soit une décision co... co-discutée et que je consente... ça va jusque-là j'en ai besoin, vraiment besoin de ça » (P11 L59 à 62)

Le manque d'écoute entraîne une perte de confiance :

« ça m'a énervée qu'il ne m'écoute pas [...] et c'est à ce moment-là que j'ai perdu confiance » (P2 L108 à 110)

« quand j'ai grossi j'ai dit, c'est ma pilule qui me fait grossir et mon gynéco m'a dit « mais non c'est pas la pilule qui te fait grossir , c'est pas vrai » et en en parlant entre femmes je me suis rendu compte que je n'étais pas la seule » (P4 L97 à 100)

« les médecins ne me croient pas ... mais oui, j'ai pris 23 kg et j'ai « bouffie » » (P11 L114/115)

b. Réactivité et continuité du suivi

Les marques d'affection que peuvent apporter certains médecins peuvent être appréciées :

« c'est vrai que quand on arrivait on voyait toutes les photos des bébés des mamans qu'elle avait suivies [...]c'était chaleureux car quand on envoyait le faire-part elle l'affichait. C'était sympa et agréable... » (P4 L40 à 45)

Les patientes sont rassurées quand le praticien prend l'initiative des investigations s'il découvre une anomalie :

« on pouvait vraiment lui faire confiance là-dessus quand on avait un souci elle nous recontactait avec un petit mot et derrière un suivi et même quand il n'y avait pas de souci... bref j'ai toujours été rassurée » (P4 L19 à 22)

« si il voit quelque chose qui ne va pas il ne va pas attendre » (P12 L12/13)

Malgré des difficultés pour la prise de rendez-vous avec leur gynécologue, les patientes évoquent le désir d'une prise en charge rapide si besoin :

« En fait, je n'ai jamais eu besoin, mais elle m'a toujours dit que le jour où j'ai un problème, je peux téléphoner à sa secrétaire et qu'il n'y a pas de soucis, elle est ouverte » (P4 L166 à 168)

c. Disponibilité

La disponibilité du praticien est un facteur facilitateur au suivi :

« je suis passée chez une femme à L., ce qui est quand même un peu plus simple malgré tout (*sourires*) et elle est surtout beaucoup plus dispo et elle me donne des rendez-vous beaucoup plus rapidement, donc j'essaie d'être régulière - *Sous quel délai vous avez vos consultations ?* -Je peux avoir un rendez-vous dans la semaine et même des fois le lendemain si besoin » (P2 L43 à 52)

Beaucoup reconnaissent que le manque de disponibilité est un frein dans leur suivi :

« bon même si avec Gynéco 2 c'est pas toujours évident et moi aussi vis-à-vis de mon travail non plus parce que je n'ai pas mes plannings souvent à l'avance, par exemple l'an passé j'ai eu un rendez-vous en novembre pour le mois de janvier » (P4 L148 à 151)

« autre sujet mais moi, je trouve le gros problème avec mon suivi c'est l'histoire des rendez-vous, parce que tu as des mois d'attente et c'est vrai que c'est pénible » (P9 L420 à 422)

d. Rapidité

Paradoxalement, les patientes se sentent rassurées par le fait de prendre du temps pendant la consultation pour répondre aux questions mais apprécient la rapidité de la consultation :

« elle va à l'essentiel, elle est assez directe » (P2 L54/55)

e. Proximité géographique

La proximité est exprimée comme importante, quelque soit le PDS :

« Je vais essayer de prendre contact avec la maternité parce qu'on m'a dit ça qu'ils prenaient des gens de l'extérieur parce qu'actuellement des gens de la commune je vous assure, ben ils ont leur clientèle ils sont à saturation » (P12 L67 à 70)

« et après, plutôt que de me déplacer chez un gynécologue ... donc euh... je préfère car c'est plus pratique et au moins c'est fait... » (P8 L25 à 27)

2. Conviction personnelle sur le genre du praticien

a. Refus catégorique d'être suivie par un homme

Les patientes assimilent la nudité aux rapports intimes. « Se montrer intégralement nue et dévoiler son intimité » pose des réticences à l'examen gynécologique avec un homme :

« Heureusement d'ailleurs que c'était une femme, un homme j'y serais même pas allée » (P1 L18 à 20)

« - *votre médecin ça poserait problème ?* - oui ça poserait problème car c'est un homme et que je conçois qu'avec un homme c'est des relations sexuelles, montrer mes parties intimes à un homme je veux bien, mais faut que ça reste romantique, mais pas forcément romantique en fait, mais plutôt relation sacrée intime, alors qu'avec une femme ça désacralise ça démystifie » (P5 L138 à 146)

« mais le gynéco que j'ai eu, j'ai eu du mal ça passait pas du tout ...alors pourquoi ? C'est déjà le fait de se déshabiller devant un homme, on n'aime pas forcément... » (P4 L29 à L31)

b. Aucune importance

« euh, un homme, non pas de soucis [...] j'ai pas eu une préférence d'aller chez un homme parce que c'était un homme... j'y suis allée et voilà » (P9 L46 et L56/57)

« moi femme ou homme finalement, je m'en fous tant qu'on m'écoute » (P2 L111/112)

3. Gestion de l'intime

a. Rapidité de l'examen

« elle va très très vite euh, et en plus comme elle discute, on ne sait jamais elle dit toujours « bon ben, ça y est j'ai terminé » et je n'ai même pas eu le temps de m'en rendre compte l'autre jour je me suis même pas rendu compte, qu'elle m'avait fait un frottis » (P4 L252 à 255)

« rapidité, efficacité ça me convient, ça dure cinq minutes que tu es toute nue et elle te laisse te rhabiller le temps d'aller noter la consultation » (P2 L239 à 241)

b. Dialogue durant examen

Les patientes ont besoin d'explications durant l'examen :

« mettre à l'aise et prendre le temps d'expliquer, tout ce que tu fais moi je t'avoue que j'étais un peu surprise quand elle m'a touché la poitrine pour la prescription de pilule je m'attendais pas, donc j'étais pas prête » (P1 L117 à 119)

« je pense qu'il faut aussi s'adapter, dire la vérité aux gens mais y'a la façon de faire mais je pense aussi, qu'il faut le prendre en douceur et expliquer ce qu'on va faire parce que si on n'explique pas, la personne est plus frustrée et plus crispée...de ce dire « ben qu'est-ce qu'on va me faire ? » » (P12 L338 à 342)

D'autres ont besoin d'éviter le sujet et de parler de choses anodines :

« c'est comme quand elle nous visite, c'est bien, on parle d'autre chose « alors les bébés vont bien ? Et votre fille ? Elle a quel âge maintenant votre fille ? » Elle parle d'autre chose, histoire de noyer la chose » (P4 L245 à 248)

« c'est discuter de tout et de rien de passer à autre chose et pas rester dans l'attente, être rapide fin, pour moi ça marche et pas commencer à expliquer au fur et à mesure, c'est encore pire » (P6 L232 à 234)

c. Attitude rassurante et professionnelle

La mise en condition aide à une meilleure acceptation de l'examen :

« pour ça elle fait toujours la palpation, elle me dit « décontractez-vous » » (P4 L209 à 210)

« non car elle me fait décontracter, elle met sa main sur mon épaule et puis elle nous parle » (P4 L244/245)

L'hésitation du praticien effectuant les gestes techniques génère de l'angoisse :

« je me suis dit « mais qu'est-ce qu'elle m'a fait ? » je me suis interrogée parce qu'elle s'y est mise à plusieurs reprises car ça n'allait pas comme elle voulait euh bon, c'est pas forcément un endroit facile d'accès (rires) ça, c'était mon ressenti » (P12 L101 à 104)

d. Absence d'examen :

Même consciente que son cas nécessite un examen, la patiente tire une satisfaction de ne pas en avoir :

« il me donne un traitement et voilà je suis tranquille » (P1 L55/56)

4. Rôle des tiers dans le choix du praticien

a. Importance de la relation avec les femmes de la famille

« à l'époque mon père était avec une femme donc je suis allée chez le gynéco chez lequel elle allait » (P2 L26/27)

« c'est une question d'habitude et d'éducation je pense, si tes parents t'amènent chez le médecin et qu'au départ tu es suivie par lui, tu continueras » (P2 L126 à 129)

« elle m'a tout de suite emmenée voir le médecin traitant » (P12 L242)

« ma fille a commencé à grandir elle a voulu voir un gynéco donc on y est allées et après on a pris le même gynéco... voilà » (P9 L206/207)

b. Influence des proches et aprioris

« j'ai écouté le conseil de copines qui allaient chez cette femme » (P2 L110)

« euh les femmes elles sont fin pas plus violentes mais moins douces que les hommes » (P2 L 101 à 103)

« j'ai eu peur parce que j'ai des gens que je connaissais qui me disaient « je n'y vais plus parce qu'il faut voir comment elle est sèche » » (P12 L323/324)

5. Confiance envers les PDS pour orienter le suivi

Les patientes n'ayant pas de modèle familial, portent toute leur confiance sur les PDS pour les orienter :

« pour avoir un bon avis j'irai voir mon médecin traitant qui pourrait me conseiller ou pourquoi pas la pharmacienne » (P3 L59/60)

Les médecins généralistes orientent les patientes vers les spécialistes quand la pathologie diagnostiquée sort de leur domaine de compétence :

« c'est sans doute un problème que moi je ne verrai pas qu'eux probablement verront » (parole du MG) et elle m'a envoyée en gynécologie et dermatologie » (P9 L88 à 90)

Les patientes non suivies évoquent un manque de sensibilisation de la part du médecin traitant :

« ceci dit, moi mon médecin traitant ne m'a jamais conseillée ou poussée à aller voir le gynéco à un moment ou à un autre... je pense que le médecin se doit de nous sensibiliser de nous informer » (P10 L369 à 371)

Les patientes expriment le désir que le PDS insiste pour organiser un suivi, le patient pouvant être négligent :

« elle demande et je pense que si un médecin dirait « fais attention tu arrives à un certain âge il faudrait peut-être penser à te faire suivre » peut-être que les gens comme toi iraient ! si certains médecins ne le disent pas aussi ... » (P9 L379 à 382)

6. Question du suivi par la sage-femme

a. Les pous

« - si je vous évoque le suivi de la femme par la sage-femme ?[...]– oui ça pourrait être pas mal ça reste, son domaine c'est moins dérangeant qu'un médecin » (P3 L83 à 88)

« on a la vision de la sage-femme qui est là pour la femme et l'enfant » (P6 L82/83)

b. Les réticences

« je pense que c'est plutôt un intermédiaire... ils ont toujours un doute avec mes antécédents et franchement faut quand même que je fasse très attention par rapport à ça ou je me dis que ce n'est peut-être pas mieux que je retrouve direct un gynéco... » (P12 L72 à 80)

« ah oui c'est vrai que ça serait bien fin, après elle n'est pas médecin » (P9 213/214)

VIII. Choix du médecin généraliste

1. Rapport paternaliste et confiance

Facteurs incitateurs au suivi par le MG :

« fin moi, j'estime qu'un médecin traitant c'est vraiment quelqu'un de proche à qui on peut parler si il le faut moi, je prends comme ça... » (P12 L260 à 262)

« j'ai la phobie des médecins, ç'a était un long travail avec elle ça fait 6 ans que je suis ici vous pouvez lui demander et euh petit à petit y'a cette confiance qui s'est fait » (P7 L27 à 29)

Importance des rappels :

« c'est en fait une obligation ... je repousse je repousse ... je pense qu'on a un certain relationnel avec X. et je pense qu'à un moment donné elle sait comment me le dire, taper du poing sur la table en disant « faut le faire le frottis vu ton passé » voilà on a un relationnel qui est assez proche et son avis compte beaucoup bon, même si j'attends toujours la dernière minute je prends en considération et je fais... ça serait quelqu'un d'autre j'aurais dit « ben j'attends de voir avec X » (P6 L91 à 97)

« je fais j'ai tellement confiance en mon médecin, c'est lui qui sort le dossier qui me dit « attention il faut faire la mammo, il faut faire l'examen tout ce qui s'en suit » » (P12 L105 à 109)

« je suis les recommandations de mon médecin ... » (P8 L15)

Rapport paternaliste perçu comme frein au suivi par le MG :

« tu vois un médecin traitant tu vas le voir pour beaucoup de choses, je sais que moi je suis allée le voir quand je me suis séparée ou quand on a eu un décès dans la famille pour me confier, car les cours ça devenait dur, donc je ne sais pas j'ai peur qu'il en parle à ma mère » (P1 L76 à 79)

« ça me gênerait d'être suivie par mon médecin traitant parce qu'il m'a connue ado » (P2 L88/89)

2. Compétences du médecin généraliste

Certains MG pratiquent le suivi de prévention :

« J'étais suivie longtemps par le médecin traitant parce que de plus je me souviens qu'il avait fait aussi des spécialisations sur la gynécologie » (P12 L5 à 7)

« bah ça coulait de source...pas besoin d'aller voir ailleurs, elle pratiquait aussi la gynécologie » (P6 L31/32)

Ils orientent la patiente pour un suivi plus spécialisé si besoin :

« à moins qu'on me dise que y'a vraiment un gros problème et qu'on me dise « faut aller voir le spécialiste » j'irai mais après, si c'est pour faire un examen un frottis je trouve que le médecin est capable de le faire » (P7 L219 à 222)

D'autres préfèrent réorienter la patiente pour un suivi classique :

« « je suis médecin, je ne suis pas gynécologue, je veux bien te renouveler ta pilule quand il faut, mais il faut aller voir un gynécologue » elle m'a toujours conseillé d'aller voir un gynécologue » (P9 L74 à 77)

3. Générationnel

« ma fille quand elle m'a dit « je veux prendre la pilule, je vais aller voir le gynécologue » elle m'a pas dit « je vais voir le médecin ». Pour eux, c'est associé en tant que jeune, à un gynécologue, moi j'ai pensé tout de suite à mon médecin traitant, c'est vrai pour moi le médecin traitant il faisait tout mais pour eux chaque truc est différent » (P9 L363 à 367)

4. Refus par crainte du manque de compétences

« - *en tant que médecin généraliste on peut faire un suivi gynécologique vous en pensez quoi ?* - voir mon généraliste non ! - *et pourquoi ?* – ben parce que c'est pas son domaine de travail... il est généraliste pas spécialiste... c'est pas son domaine perso à lui » (P3 L68 à 76)

« C'est elle qui m'a beaucoup aidée en voyant qu'il y avait un problème plus loin que le Crohn mais gynécologie pure ? non... un médecin traitant reste un médecin traitant ... » (P9 L65 à 68)

Il existe également un manque de connaissances des compétences du MG :

«ah oui je pensais qu'il fallait avoir la première prescription par un gynécologue » (P1 L62/63)

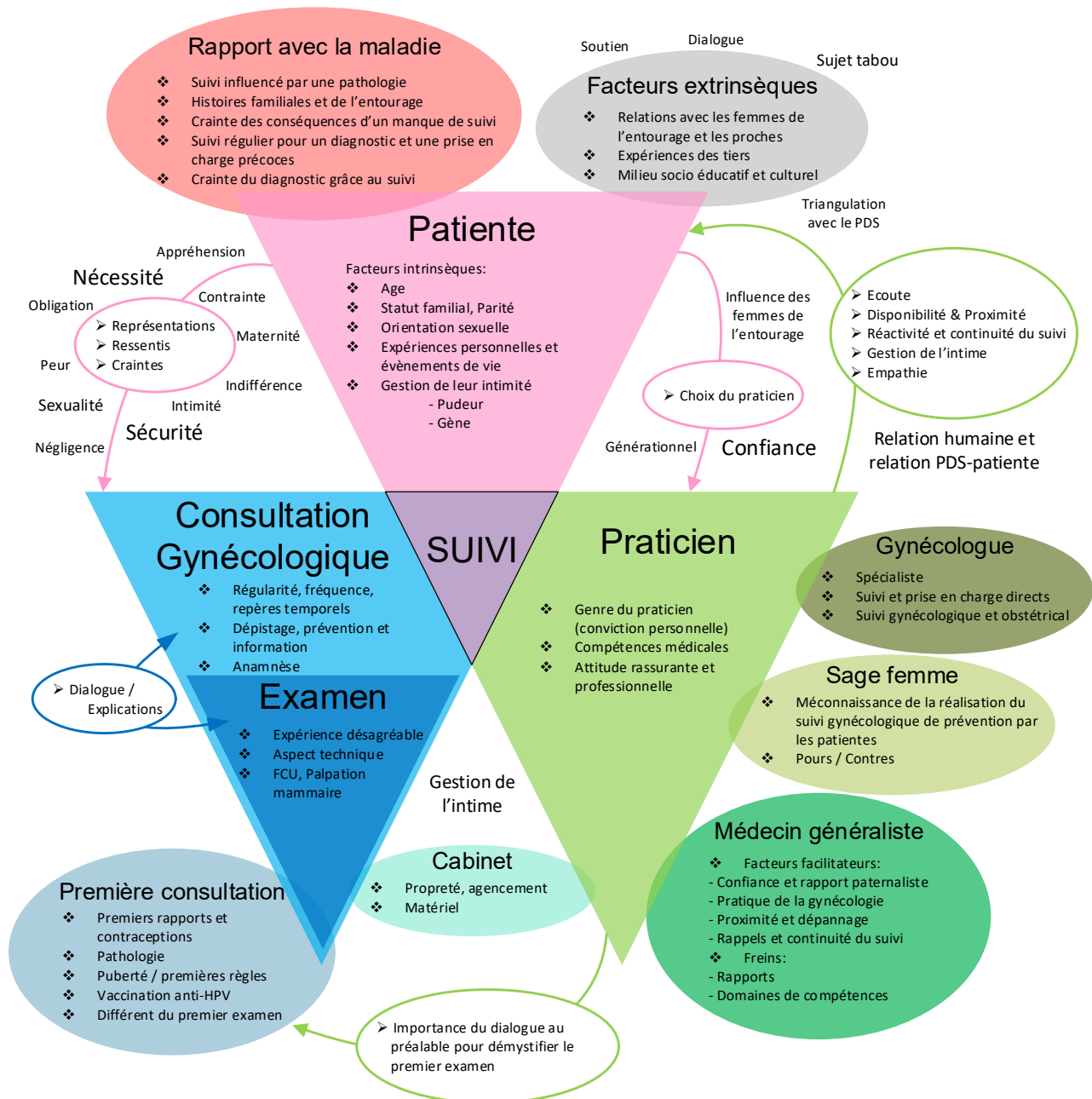
5. Dépannage et renouvellement du contraceptif oral

« ça m'est déjà arrivé d'être allée voir mon médecin traitant parce que je n'arrivais pas à joindre ma gynéco, mais c'était juste pour avoir une ordonnance » (P2 L290 à 292)

« je suis allée voir « au secours » Madame D. (médecin traitant) parce que Gynéco 2 ne pouvait pas me prendre parce que je n'avais pas eu mes règles. Bon comme aussi je ne suis pas régulière je me suis dit « ça y est... » elle m'a dit « on va faire une prise de sang » bon j'étais persuadée de ne pas être enceinte mais bon il fallait s'en assurer » (P4 L116 à 121)

« - *et niveau moyen de contraception ?* – oui j'ai la pilule - *qui gère alors ?* – c'est mon médecin traitant oui il renouvelle mais je lui dis que je ne fais rien » (P3 L195 à 202)

MODELISATION DES RESULTATS



DISCUSSION

I. Forces et faiblesses de l'étude

1. Faiblesses

a. Facteurs de recrutement

Aucune patiente suivie par une sage-femme n'a été incluse. Nous avons choisi un recrutement de patientes au sein de cabinets de médecine générale. Sur les médecins interrogés aucun n'avait connaissance de patientes consultant une sage-femme pour le suivi gynécologique de prévention.

Nous pouvons également regretter ne pas avoir une grande variance au niveau des croyances et pratiques religieuses, ou pratiques sexuelles au sein de notre échantillon. Certaines patientes sollicitées ont refusé l'entretien ou n'ont pas donné suite.

b. Facteur d'influence

La position de l'investigatrice principale de l'étude en tant qu'interviewer est une faiblesse. Son statut de médecin connu des patientes peut orienter les réponses sur un versant médical en occultant les expériences personnelles. C'est pourquoi, l'investigatrice ouvrait intentionnellement le dialogue en s'adaptant à la patiente pour permettre une mise en retrait de l'image du médecin avant chaque entretien.

c. Facteur d'interprétation

L'interviewer étant l'investigatrice de l'étude, la connaissance des objectifs de l'étude pouvait influencer le déroulement de l'entretien.

Dans l'analyse, la subjectivité de l'investigatrice peut entraîner une interprétation des données, les éloignant de leur sens initial. Une triangulation des codages a été effectuée après chaque entretien. Les aprioris des chercheurs n'ont pas été mentionnés limitant l'objectivité de l'analyse.

2. Forces

a. Choix de la méthode

La méthode qualitative permet de collecter un maximum d'informations non quantifiables et permet de faire apparaître des sujets non attendus par le chercheur. (31). Les entretiens compréhensifs individuels ont permis aux patientes de s'exprimer librement sur leurs engagements personnels concernant leur suivi gynécologique et leur histoire de vie (pathologie, vie sexuelle etc.).

b. Validité interne de l'étude

1) Crédibilité

Les différentes étapes de la méthodologie de la recherche qualitative ont été respectées. Ce travail a été évalué à l'aide de la grille COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) traduite de l'Anglais. Cette grille composée de 32 points de contrôle permet d'attester de la rigueur scientifique d'un travail qualitatif. (Annexe 6).

2) Fiabilité

Pour limiter la subjectivité dans l'analyse du travail, une triangulation des codages a été effectuée avec une autre chercheuse Interne en Médecine Générale. Le canevas d'entretien a été modifié après chaque entretien selon les idées émergentes (Annexe2).

La suffisance des données a été obtenue après l'inclusion de dix patientes. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés sans apport de nouvelle donnée.

c. Validité externe de l'étude

Les résultats de l'étude sont en cohérence avec les données actuelles et disponibles de la littérature.

II. Principaux résultats

1. Le suivi gynécologique

a. Première consultation et premier examen

Dans la vie d'une femme, la première consultation est un moment important et initiateur de son suivi gynécologique. Les motifs évoqués par les patientes sont la puberté, les premières règles, la vaccination, les premiers rapports avec la prescription d'une contraception, la prise en charge d'une pathologie gynécologique ou le besoin de consulter. Le travail de C. GAUTHIER (33) faisait ressortir que 74% des patientes avaient des idées négatives avant cette première consultation (stress, angoisse, peur des douleurs) et 72% avait un « niveau d'inquiétude » moyen à très élevé.

Les patientes interrogées dans ce travail ont évoqué l'importance du dialogue préalable au premier examen pour « démystifier » cette consultation auprès les jeunes patientes. Elles sont désireuses d'une triangulation avec le PDS, pour expliquer le suivi gynécologique à leur fille. Dans le travail de C. GAUTHIER seulement 24,4% des patientes interrogées avaient reçu une information du PDS et se sentaient plus rassurées avant l'examen. L'Association Sparadrapp a réalisé, en collaboration avec l'INPES, une brochure illustrée pour encourager les adolescences au dialogue avec les professionnels et dédramatiser cette consultation (34).

b. Facteurs influençant le suivi gynécologique

1) Niveau socio-éducatif et culturel

Les patientes soulignent l'importance de la relation avec les proches pour orienter ou initier un suivi. Des études menées auprès de patientes prenant en compte le score EPICES (indice de précarité) ³ montrent que plus le score EPICES est élevé, moins les femmes ont un suivi régulier (35). La définition de la précarité selon WRENSISKI regroupe ces idées *« la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits »*

³ Score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) : indicateur individuel de précarité prenant en compte le caractère multidimensionnel de la précarité (catégorie socioprofessionnelle, revenus, compositions familiale et liens sociaux, événements de vie). Le score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

fondamentaux » (36). Cette situation n'est pas sans conséquence. Les femmes « précarisées » souffrent souvent d'une perte de repères pouvant induire un manque de suivi, un retard dans le dépistage et dans la prise en charge (37).

2) Sexualité

L'association du suivi gynécologique à la grossesse ou à la contraception est fréquente. Les femmes ayant des relations avec d'autres femmes ne se sentent pas toujours concernées par ce suivi. Dans ce travail, seules deux patientes ayant cette caractéristique ont été incluses. Dans la thèse de M.ROUANET portant sur le suivi des femmes homosexuelles, certaines femmes ne ressentaient pas le besoin de consulter en l'absence de symptôme ou de plainte fonctionnelle. Au contraire, le suivi gynécologique était perçu comme un besoin intrinsèque à la condition de la femme, même si redouté et parfois évité. (38)

c. Dépistage et Représentations de la maladie

Les représentations de la maladie et la pression sociale (environnement médical et entourage) exercées sur la patiente ont une influence sur le dépistage et le suivi. Les patientes se projettent elles-mêmes dans la maladie lorsqu'un proche est malade. Beaucoup sont conscientes de la nécessité d'un dépistage régulier pour une prise en charge précoce dans l'éventualité d'une maladie. Le statut (mère ou épouse) incite au dépistage « pour la famille ». Les patientes développent la crainte d'un manque de dépistage ou, à l'inverse, ne se font pas dépister par crainte du diagnostic et une entrée dans la maladie. Une étude publiée en 2006 par D.FORESTIER et G.VANGREVELYNGHE montrait que l'amalgame entre dépistage et pathologie est présent : « faire le dépistage » c'est déjà « penser qu'on peut être atteinte ». La représentation des patientes concernant le dépistage est très différente de celle des médecins : pour les femmes « dépistage » signifie « maladie » alors que pour les professionnels c'est un acte de prévention (37).

d. Information

Même si les patientes ont conscience de la nécessité de ce suivi, il est parfois vécu comme une contrainte voire une obligation. Elles sont en demande d'informations « suivi gynécologique : pour qui ? À partir de quand ? Dans quel cas ? À quelle fréquence ? Par qui ? Etc. ». Elles attendent d'être informées dans la prise de décision concernant leur santé et expriment leur volonté d'y participer.

2. Le choix du praticien

a. Age des patientes

Dans cette étude, les patientes évoquent le facteur générationnel dans le choix du praticien : les femmes plus jeunes s'orienteraient vers le gynécologue alors que les femmes plus âgées consulteraient plutôt le médecin généraliste. Le travail de thèse quantitative de F. CRETIN-BENHAYOUN (39) et celui de A.DELANNOY- EGLINGER (40), faisaient apparaître le même constat. Une étude ancienne menée en 1999 par l'observatoire Thalès auprès de 620 médecins généralistes, confirmait cette hypothèse : les patientes de plus de 66 ans consultaient leur MG en moyenne 5,5 fois par an pour un motif gynécologique comparativement aux patientes de la tranche de 15-20 ans, 2,5 fois par an (41). Ces résultats divergent avec ceux d'autres études dont celle de R.CHAMPEAUX : les femmes de moins de 45 ans se tournaient plus facilement vers leur médecin généraliste à 83,3% versus 55,5% pour les femmes de plus de 45 ans (1).

b. Compétences du praticien

Les femmes suivies par le médecin généraliste sont satisfaites de leurs compétences et ont connaissance de leur éventuelle formation complémentaire. Les femmes non suivies par le médecin généraliste ne sont pas convaincues de leurs aptitudes dans la pratique du suivi gynécologique de prévention ou méconnaissent cette activité. D'autres évoquent une réorientation par le médecin généraliste vers le gynécologue pour leur suivi de prévention ou des actes spécialisés. Ces résultats sont retrouvés dans la thèse de R. CHAMPEAUX. Dans son travail, il apparaissait également que de nombreux généralistes considéraient leurs connaissances insuffisantes, ne se considéraient pas compétents en gynécologie ou déclaraient une activité chronophage voire un manque d'intérêt personnel. 92,8% des 97 médecins généralistes interrogés ressentaient qu'il était nécessaire de faire de la gynécologie en médecine générale. (1)

1) Disponibilité

Un des facteurs facilitateurs au suivi par le médecin généraliste décrit par les patientes est « la disponibilité et la proximité géographique » de celui-ci contrairement au gynécologue dont les délais d'obtention de rendez-vous de consultation sont plus longs. Les patientes suivies par un gynécologue ont décrit s'orienter également vers le médecin généraliste en premier recours pour une urgence ou un « dépannage » (renouvellement du

moyen de contraception, bilan IST etc.). Dans leur travail publié dans la revue médicale *Exercer*, A. GAMBIEZ et J. VALLEE soulignaient cette meilleure accessibilité de la consultation gynécologique par un médecin généraliste (25). La rapidité de prise de rendez-vous est également un facteur facilitateur au suivi par la sage-femme.

2) Qualité de la relation

Les patientes suivies par le gynécologue expriment un manque de neutralité et de la pudeur dans leur relation avec le médecin généraliste. Elles préfèrent un suivi par le spécialiste. Au contraire, la confiance, le rôle paternaliste et la proximité relationnelle sont un atout pour le suivi par le médecin généraliste. Ces éléments sont retrouvés dans le travail de recherche de A. GAMBIEZ-JOUMARD et J. VALLEE. « Rencontrer un gynécologue » aurait l'avantage de séparer le suivi médical général du suivi gynécologique. A l'inverse, la notion de « médecin de famille » connaissant bien les antécédents personnels et familiaux rassurerait (25).

3. La gestion de l'intime

Ce travail de thèse montre que la gestion de l'intime est extrêmement importante et diffère d'une patiente à une autre. Trois éléments rentrent en compte : la mise à nu de son corps, la position gynécologique et le contact du praticien avec les parties intimes. La neutralisation de la dimension intime et potentiellement sexuelle de cette consultation est nécessaire (2).

a. Importance du cabinet

Les patientes interrogées dans cette étude apportent de l'importance à la disposition du cabinet : un espace distinct entre la table d'examen et le bureau du praticien est apprécié. Dans le travail de thèse de N. NGUYEN, 73% des patientes accordaient de l'importance à l'agencement du cabinet médical : avec isolement spatial de la partie « examen » et du « contact extérieur » (portes, fenêtres, accompagnant) (2).

b. Examen gynécologique

Les patientes évoquent le caractère désagréable de l'examen gynécologique et appréhendent de se retrouver nue dans une position de vulnérabilité devant le praticien. Un ressenti négatif est parfois la conséquence d'une expérience négative antérieure (douleur, relation PDS-patient etc.). Le travail de recherche de A. GAMBIEZ-JOUMARD et J.VALLEE soulignait également le caractère désagréable de l'examen gynécologique, véritable frein au dépistage du cancer du col utérin (13).

Les patientes décrivent cet examen comme étant une véritable intrusion. Elles utilisent des termes particuliers (« quatre pattes en l'air », « tourner la manivelle ») ou à connotation sexuelle (« pénétration », « nudité »). A.RIALLAND et M. RIPAUD retrouvaient ces notions dans leur travail de thèse réalisé auprès de médecins généralistes (43). Comme dans cette étude, elles constataient également des réticences et des craintes à l'examen suite à une expérience antérieure complexe (attouchement, viol, sexualité compliquée).

CONCLUSION

A travers ce travail, il a été tenté de comprendre les représentations et les ressentis du suivi gynécologique avec les craintes qu'il peut susciter.

Trois éléments sont à prendre en compte : la patiente, le praticien et la consultation. Toutes les variantes propres à chacun influent sur les représentations du suivi gynécologique.

Les patientes ont décrit des représentations variables en fonction de facteurs intrinsèques (gestion de leur intimité, expériences personnelles et événements de vie, âge, orientation sexuelle etc.) et facteurs extrinsèques (milieu socio-éducatif et culturel). L'environnement social (famille et entourage) joue un rôle important dans l'initiation et le choix du suivi gynécologique. L'examen gynécologique est mal vécu pour la plupart d'entre elles. Un dialogue avant et pendant l'examen ainsi qu'un aménagement du cabinet favorable à une meilleure gestion de l'intimité, permettent d'améliorer cette expérience.

Les patientes sont conscientes de la réelle nécessité de ce suivi. Elles évoquent comme arguments : « la crainte des conséquences du manque de suivi » et « un dépistage et une prise en charge précoces de pathologies grâce à un suivi régulier ». Par contre, certaines le refusent car elles n'en ressentent pas le besoin, ou ont une crainte du diagnostic. « Se faire dépister, c'est penser que nous pouvons être potentiellement malades ». Le professionnel de santé doit informer de sa mission de prévention et de dépistage, pour inciter les patientes à être suivies.

Le choix du praticien dépend des convictions personnelles de la patiente mais également du milieu dans lequel elle a évolué (avis extérieurs). Cependant, il doit être professionnel avec les qualités humaines que sont l'écoute, la compréhension et l'empathie. Le choix du genre n'est pas primordial, même si certaines refusent catégoriquement d'être suivies par un homme.

Les patientes suivies par le médecin généraliste le choisissent compte tenu de sa proximité géographique, de la relation unique et paternaliste qu'elles ont avec lui et de sa disponibilité en ayant conscience de ses compétences en gynécologie. Les patientes refusant le suivi par le médecin généraliste méconnaissent sa pratique du suivi de prévention ou ne sont pas convaincues de ses aptitudes. Leur pudeur ou leur relation avec celui-ci les incitent à consulter le gynécologue. Face au manque de disponibilité des gynécologues et dans la perspective de cloisonnement de l'intime avec leur médecin généraliste, les patientes peuvent également se tourner vers les sages-femmes.

La première consultation génère des appréhensions, des incertitudes voire même des craintes soit pour les patientes elles-mêmes ou pour leur fille. C'est une consultation importante de par son caractère initiateur du suivi gynécologique. Les patientes évoquent le manque d'informations préalables à cette consultation induisant des représentations pouvant être négatives. Tout ceci montre qu'en tant que professionnel de santé de premier recours, le médecin généraliste a un rôle de prévention et d'information (délivrance de brochures etc.). Il pourrait être suggéré de mettre en place une consultation recommandée voire obligatoire pour sensibiliser les jeunes filles, d'autant plus que le rappel vaccinal dTcaP et la vaccination contre HPV ont lieu entre 11 et 13 ans.

Les informations sont présentes. Les patientes évoquent leur redondance, ou des supports induisant un impact moindre qu'une information directe. Afin de sensibiliser les patientes à ce suivi et réorienter leurs représentations sur les compétences du médecin généraliste, une communication plus ciblée doit être mise en place. Certaines réticences peuvent être atténuées grâce à la confiance apportée au médecin généraliste. Des études montrent que la population des médecins généralistes prenant en charge le suivi gynécologique sont majoritairement des femmes (1). La féminisation de la profession pourrait revaloriser cette activité (44).

La démographie des gynécologues et la demande exponentielle des femmes en matière de gynécologie, amènent les médecins généralistes à prendre en charge les patientes dans leur suivi gynécologique de prévention. Une évolution de la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes est à réaliser en coordination avec les sages-femmes et gynécologues.

ANNEXES

Annexe n°1 : Modèle BERCER de l'OMS

Le modèle BERCER de l'OMS propose un déroulement de la consultation en 6 étapes :

1. *Bienvenue* : temps d'accueil (présentation du soignant, rappel de la confidentialité, rôle, objectif et déroulement de la consultation).
2. *Entretien* : recueil d'informations et expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et doutes. Elaboration d'un diagnostic éducatif partagé.
3. *Renseignement* : délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure en s'assurant de la bonne compréhension des informations (mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages-inconvénients, risques, coût).
4. *Choix* : le professionnel souligne que la décision finale appartient à la femme en fonction de sa situation de famille, ses préférences (et celles de son partenaire), des bénéfices/risques des différentes méthodes, et de la possibilité pour elle de respecter la méthode en fonction de sa situation.
5. *Explication* : discussion autour de la méthode choisie et de son emploi, démonstration, manipulation, réflexion sur les possibilités d'établir une prise de pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, sur les oublis, sur les situations qui nécessitent de revenir consulter. Au mieux, fournir un document écrit.
6. *Retour* : lors des consultations de suivi. Évaluer la méthode et son utilisation, qu'elle est adaptée à la personne et sa satisfaction. Discuter éventuellement un changement de méthode. Prendre en compte les modifications de situation personnelle, médicale, affective et sociale. À partir de 35-40 ans, réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation avec l'âge des risques cancéreux et cardio-vasculaires.

Annexe n°2 : Canevas initial et final d'entretien

Canevas initial d'entretien :

- Etes-vous suivie sur le plan gynécologique ?
- Si oui, par qui êtes-vous suivie ?
 - Quelle est la raison de votre choix d'être suivie par tel ou tel praticien ?
 - Pouvez-vous me parler de votre suivi gynécologique ?
 - Que savez-vous sur le suivi de la femme ?
 - A quelle fréquence estimez-vous devoir bénéficier d'une consultation gynécologique ?
 - Arrivez-vous à consulter facilement pour le suivi recommandé, ou attendez-vous le rappel ? (ADCN, Opaline ou rappel du praticien)
 - Connaissiez-vous les différents dépistages organisés par l'ADCN, Opaline ? Octobre rose ? Qu'en pensez-vous ?
 - Comment appréhendez-vous la consultation ? Quelles sont vos craintes ? Avez-vous déjà rencontré des difficultés à évoquer un problème gynécologique ?
- Quand pensez-vous qu'il est utile de bénéficier d'une consultation gynécologique ? (première consultation).
- Que représente pour vous le suivi gynécologique ? Quelles sont vos représentations ?
- Quelles seraient vos suggestions pour vous aider à mieux appréhender ces consultations ?

Canevas final d'entretien :

- Pouvez-vous me parler de votre suivi gynécologique ? Que représente pour vous le suivi gynécologique ?
- Points à aborder :
 - Avis concernant le suivi par les différents praticiens : gynécologue, médecin généraliste et sage-femme
 - Fréquence du suivi
 - Connaissance du suivi recommandé, organismes de dépistage
 - Influence des femmes de l'entourage (premier examen, orientation, relation...)
 - Première consultation : quand ? par qui ? premier examen ?
 - Appréhension, gêne pendant la consultation
 - Rôle du PDS : prévention, information
 - Suggestions : comment améliorer l'adhésion des femmes au suivi gynécologique ?

NB : Le canevas initial d'entretien avec questions ouvertes s'est rapidement transformé en liste de points à aborder si non évoqués spontanément par l'interviewée.

Annexe n°3 : Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTES

Etude qualitative « Suivi gynécologique : ressentis, croyances et craintes des patientes »

Madame,

Il vous est proposé de participer à une étude de recherche clinique. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude. Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, pour réfléchir à votre participation, et pour demander au médecin responsable de l'étude, Julie BERNARD de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ÉTUDE

Recueillir votre avis concernant le suivi gynécologique.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Pour chaque participante un seul entretien de 30 minutes environ sera réalisé avec enregistrement audio. L'entretien consistera en plusieurs questions ouvertes. Au début de l'entretien, votre consentement oral sera recueilli. L'enregistrement audio sera ensuite retranscrit sur un fichier informatique, puis analysé. Toutes les données personnelles retranscrites seront anonymisées et protégées.

FRAIS MEDICAUX

Votre collaboration à ce protocole de recherche biomédicale n'entraînera pas de participation financière de votre part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Conformément aux articles L. 1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, le Comité de Protection des Personnes Ile de France XI a été informé de la réalisation de l'étude. Une déclaration auprès de la CNIL a également été effectuée.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002) relative aux droits des malades, les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Annexe n°4 : Enregistrement au Comité protection des personnes

Agence nationale
de sécurité du médicament
et des produits de santé

BORDEREAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHES ET COLLECTIONS BIOLOGIQUES (RCB)

Date : 09/11/2017

1. INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Raison sociale : BERNARD Julie
(ou nom s'il ne s'agit pas d'une personne morale)

Catégorie : Privé

Adresse :

Ville : Sainghin en weppes

Code postal : 59184

Pays : France

Siret : 81827079500011

Nom du contact : Mademoiselle BERNARD Julie

Mail : XXX@XXX

Téléphone : 06XXXXXXXX

Fax : 06XXXXXXXX

2. INFORMATIONS SUR LE DOSSIER

Titre complet de la recherche

Suivi gynécologique : ressentis, croyances et craintes des patientes
enquête qualitative réalisée sur un échantillon de patientes des Hauts de France

Numéro ID RCB : 2017-A03162-51

Type RCB : Recherches visant à l'évaluation des soins courants

Type de dossier : Dossier initial

Annexe n°5 : Déclaration à la CNIL

GED Université Lille (N2) - 201824

<https://ged.univ-lille.fr/nuxeo/nxpath/default/CIL/workspaces/Université de Lille/Registre Université ...>

CIL Workspaces Université de Lille Registre Université de LILLE 201824

201824

Utilisés : 0 Ko

Éléments généraux

Responsable(s) chargé(s) de la mise en oeuvre	Didier Gosset
Interlocuteur(s)	Anita Tilly
Nom du traitement	Suivi gynécologiques : ressentis croyances et craintes des patientes
Priorité du traitement (1=haute, 4=basse)	4
Date d'ouverture du dossier	16 mars 2018
Etat de la déclaration	Brouillon
Date de mise en oeuvre	1 avr. 2018
Date fin de traitement prévu	31 oct. 2018
Composant(s)	Faculté de Médecine
Service(s) concerné(s)	
Autre service	Département de médecine générale

Informations générales

Dates et auteurs	
Date de création	16/03/2018 15:03
Date de modification	26/03/2018 12:02
Créateur	Jean-Luc Tessier
Contributeurs	Jean-Luc Tessier
Dernier contributeur	Jean-Luc Tessier

Version visualisée	0.0
Objet de la mise à jour	
Date de la mise à jour	
Bloc-notes	mail : Bernard Julie <julie.bernard-3@etu.univ-lille2.fr>

Documents annexes	1 Accord écrit.docx
	1 Courrier de demande d'avis.docx
	1 Fiche déclaration de thèse.doc
	1 Formulaire de demande cpp.docx
	1 Grille d'entretien.docx
	1 note d'information aux patients.doc
	1 Protocole.docx
	1 Résumé.docx
	1 Courrier 8-18.pdf

Formalités

Type de déclaration	Déclaration normale
---------------------	---------------------

Données traitées

Données anonymes	Non
------------------	-----

1 sur 3

26/03/2018 à 12:03

GED Université Lille (N2) - 201824

<https://ged.univ-lille.fr/nuxeo/nxpath/default/CIL/workspaces/Université de Lille/Registre Université ...>

Lien vers la référence		Méthode de collecte des données	Par entretien. Les données sont anonymisées à la retranscription
Si déclaration à la CNIL n°		Données identifiantes (directe et indirecte)	audio
Finalité	Madame Julie Bernard réalise une thèse d'exercice sur le Suivi gynécologique : ressentis croyances et craintes des patientes sous la direction du Dr Anita Tilly. L'objectif principal est d'étudier les représentations, croyances et peurs des patientes concernant leur propre suivi gynécologique. L'objectif secondaire est de questionner les patientes sur leurs attentes et sur ce que pourrait leur apporter le médecin généraliste?	Autres données non identifiantes	
Détails des finalités	- sollicitation de médecins généralistes pour trouver des sujets - accord de participation de patientes (non opposées) - entretiens semi dirigés (enregistrés) - retranscription verbatim anonymisée des entretiens	Interconnexion de fichiers	Non
Type de traitement	Facultatif	Zone de libre commentaire	
Application(s) logicielle(s) utilisée(s)	enregistrement audio	Données sensibles	Non
Catégories des personnes concernées par le traitement		Risques et impacts sur la vie privée	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.
Autres personnes concernées	patientes ayant donné leur accord		
Nombre approximatif de personnes concernées	12 à 15 patientes environ		
Modalité d'information auprès des usagers concernés	par courrier transmis aux médecins généralistes		
Fichier(s) d'information	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.		
Fonction de la personne auprès de laquelle s'exerce le droit d'accès	cl@univ-lille.fr		
Autre personne			

Destinataires des données

Catégories de destinataires internes	
Procédure d'habilitation des personnels	Non
Destinataires externes	
Transfert de données hors de l'UE	Non

Durée de conservation

Sous-traitance

2 sur 3

26/03/2018 à 12:03

Sous-traitance	non
Détails	
Convention(s) ou Contrat(s)	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.

Sécurité des données (technique)

Hébergement des données (technique)	Ordinateur portable personnel
Authentification	Sans objet
Site https	Non
Données cryptées	Oui
Autres précisez	Une copie également cryptée est réalisé sur un autre support physique

Sécurité des données (organisationnelle)

- les fichiers audio sont enregistrés sur une zone cryptée du disque dur. (VeraCrypt)	
Documentation(s) spécifique(s)	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.

Audit

Annexe n°6 : Grille d'évaluation COREQ

Tableau I - Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
<u>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</u>		
Caractéristiques personnelles		
1. BERNARD Julie	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2. Validation du 3e cycle des études Médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3. Médecin remplaçant	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Pour 1 d'entre elles	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Motifs de la recherche, sujet débattu	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8. Intérêts de la recherche, raisons motivant l'entretien	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
<u>Domaine 2 : Conception de l'étude</u>		
Cadre théorique		
9. entretiens compréhensifs et analyse par phénoménologie interprétative	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10. échantillonnage au hasard au début puis dirigé par les résultats des précédents entretiens	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11. téléphonique	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?
12. Douze	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Aucune patiente incluse n'a abandonné / beaucoup de patientes ont refusé de participer (manque de temps, difficultés à évoquer le sujet)	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14. Domicile ou lieu de travail de la patiente, cabinet du médecin généraliste	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15. oui entretien n°9 (inclusion de	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et

P10)		les chercheurs ?
16. Age, statut marital, parité, suivi, profession, lieu de vie, religion.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17. Non	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Oui	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. 4h 45 min	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Proposition faite aux patientes mais aucune n'a souhaité un retour	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<u>Domaine 3 : Analyse et résultats</u>		
Analyse des données		
24. 2	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Oui	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Oui	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Word, Veracrypt	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

BIBLIOGRAPHIE

1. R.Champeaux. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/18222>
2. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Cairn Info - Champ Psychosom. 2002;no 27(3):81-92.
3. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Examen gynécologique [Internet]. Campus Cerimes. 2011 [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/cours.pdf
4. INCA - Les cancers en France-épidémiologie des cancers en France- cancer du sein et du col de l'utérus [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=7
5. Cancer du col de l'utérus / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
6. Santé publique France - 11e semaine européenne de prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2017 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://santepubliquefrance.fr/Actualites/11e-semaine-europeenne-de-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
7. Papillomavirus humains / Données / Couverture vaccinale / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains>
8. Cancer de l'ovaire [Internet]. Institut Curie. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <https://curie.fr/dossier-pedagogique/cancer-de-lovaire>
9. Le cancer de l'endomètre : points clés - Cancer de l'endomètre [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-l-endometre/Points-cles>
10. Inpes-Santé Publique France. Baromètre santé 2016 : contraception [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>
11. Inpes-Santé Publique France. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet]. inpes.santepubliquefrance. 2011. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>

12. Rapport d'élaboration : Contraception chez l'homme et chez la femme page 14 [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
13. La documentation française. Evaluation du plan cancer 2003 - 2007 [Internet]. [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000084/index.shtml>
14. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 [Internet]. [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
15. Le Plan cancer 2009-2013 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 [Internet]. [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
16. Le Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
17. Haute Autorité de Santé - Cancer du sein : modalités spécifiques de dépistage pour les femmes à haut risque [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1740821/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque
18. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France (juillet 2010). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2011;40(3):279-82.
19. Gardasil 9 : nouveau vaccin nonavalent contre les infections à papillomavirus humain [Internet]. VIDAL. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/22847/gardasil_9_nouveau_vaccin_nonavalent_contre_les_infections_a_papillomavirus_humain/
20. DRESS. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. nov 2004;(352):12.
21. La démographie des médecins (RPPS) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps>
22. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - Série longue : les médecins de 2012 à 2017 (RPPS) [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3334>
23. Démographie des gynécologues médicaux - Sénat [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2015/qSEQ150616732.html>

24. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.
25. Gambiez Joumard A. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique. *Exercer*. 2011;22(98):122-8.
26. Brosset. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique gyénco-obstétricale [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster_BROSSETmarie.pdf
27. Suivi gynécologique et de prévention des femmes : l'Ordre réaffirme le rôle fondamental des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/suivi-gynecologique-et-de-prevention-des-femmes-lordre-reaffirme-le-role-fondamental-des-sages-femmes/>
28. Héas S. Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Lectures [Internet]. 10 mai 2015 [cité 13 sept 2018]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/17952>
29. Kaufmann J-C, Singly F de. L'entretien compréhensif. Paris: Armand Colin; 2016. 126 p. (Tout le savoir).
30. Fiche_EL58_modalites_de_recueil_d_information_cle2c6239.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_EL58_modalites_de_recueil_d_information_cle2c6239.pdf
31. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. De Boeck; 2016. 149 p. (Méthodes en Sciences Humaines).
32. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychol Fr*. 1 déc 2017;62(4):373-85.
33. Gautier C. Le premier examen gyéncologique : une épreuve pour les femmes? Enquête d'opinion auprès de 90 femmes [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2010.
34. La consultation gynécologique.pdf [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1400.pdf>
35. Sass C, Dupré C, Giordanella JP, Girard F, Guenot C, Labbe É, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. :4.
36. Grande pauvreté et précarité. [Internet]. Joseph Wresinski FR. 2007 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite141/>
37. Forestier D, Vangrevelinghe G. Étude des représentations du dépistage du cancer et politique de prévention. *Sci L'éducation - Pour L'Ère Nouv*. 2006;39(1):97-113.

38. Rouanet M. Suivi gynécologique chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes: étude qualitative explorant le vécu de la consultation gynécologique. [Lyon, France]; 2018.
39. Benhayoun F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique. - CMGE - UPMC [Internet]. 2014 [cité 23 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/spip.php?article269>
40. Delannoy-Eglinger A. A propos du suivi gynécologique: médecin généraliste ou spécialiste ? : étude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2009.
41. Gynécologie et santé des femmes. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cité 23 oct 2018]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
42. Nguyen N-K. Environnement réconfortant et respect de l'intimité: à propos de la consultation gynécologique [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2018.
43. Aurore Rialland, Margaux Ripaud. Pratique du premier examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active : étude auprès des médecins généralistes et gynécologues en Maine-et-Loire. Université Angers; 2016.
44. Bouet Patrick. Conseil National de l'Ordre des Médecins : Atlas de la démographie médicale en France - profils comparés 2007/2017 - situation au 1er janvier 2017 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf

AUTEUR : Nom : BERNARD

Prénom : Julie

Date de Soutenance : 20/12/2018

Titre de la Thèse :

Suivi gynécologique : Représentations et ressentis des patientes. Étude qualitative.

Thèse - Médecine – Lille 2018

Cadre de classement : *Médecine*

DES + spécialité : *Médecine Générale, Gynécologie*

Mots-clés : suivi gynécologique, examen gynécologique, représentations, ressentis, médecine générale, médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, patiente, dépistage

Résumé :

Contexte : La démographie des gynécologues et la demande exponentielle des patientes, amènent les médecins généralistes à les prendre en charge dans leur suivi gynécologique de prévention.

Objectif : Analyser les représentations et les ressentis qu'ont les patientes vis-à-vis du suivi gynécologique afin d'améliorer leur accompagnement en médecine générale.

Méthode : Analyse par phénoménologie interprétative d'entretiens individuels compréhensifs réalisés auprès de douze femmes majeures recrutées dans des cabinets de médecine générale de la région des Hauts-de-France après consentement éclairé recueilli oralement. Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone puis retranscrits et analysés avec triangulation des données.

Résultats : Les patientes voient la nécessité d'un suivi gynécologique, mais sa représentation n'est pas unique et unanime. Elle est soumise à des facteurs extrinsèques (milieu socio-éducatif et culturel) et intrinsèques (âge, pudeur, sexualité, expériences) propres à chacune. La représentation de la maladie est un facteur déterminant au dépistage (histoire familiale, craintes). La gestion de l'intime durant la consultation, et plus particulièrement l'examen, est importante (dialogue, relation « professionnel de santé/patient », aménagement du cabinet). Le choix du praticien pour le suivi gynécologique est patiente-dépendant. Le gynécologue est choisi pour ses connaissances spécialisées, mais évité pour son manque de disponibilité. Le médecin généraliste est apprécié pour son suivi longitudinal et sa relation paternaliste, qui peut être perçue comme un frein. Les patientes méconnaissent sa pratique de la gynécologie. Le genre du praticien n'est pas un élément de choix contrairement aux qualités humaines (dialogue, écoute et empathie). Les patientes déplorent un manque d'accessibilité aux informations (suivi, dépistage et prévention). La première consultation gynécologique est une étape importante, initiatrice du suivi, avec les interrogations et craintes qu'elle suscite.

Conclusion : En tant que médecin de premier recours, le médecin généraliste a un rôle essentiel dans la prévention et l'information des patientes pour une bonne acceptation du suivi gynécologique. L'évolution et la connaissance de la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes semblent nécessaires, en coordination avec les gynécologues et les sages-femmes. Les représentations et les ressentis des patientes doivent être connus des professionnels de santé.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseeurs : Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Madame le Docteur Angélique PONT

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR (Directrice de Thèse)