

Année 2016

2016 TOU3 1124

MEMOIRE DE THÈSE
POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Audrey ARMAND

Le 14 octobre 2016

Quelles sont les motivations des professionnels de santé à réaliser des frottis cervico-utérins, avant 25 ans et après 65 ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ?

-

Étude qualitative menée dans la région de Midi-Pyrénées du mois de novembre 2015 à janvier 2016

-

Travail réalisé en collaboration avec Amélie CARRADE, Etudiante Sage-femme

DIRECTEURS DE THESE :

Docteurs Thierry BRILLAC et Brigitte ESCOURROU

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE PRESIDENT
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU ASSESSEUR
Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC ASSESSEUR
Madame le Docteur Marie MAS-CALVET ASSESSEUR
Monsieur le Docteur Alain RIVIERE ASSESSEUR

TABLE DES MATIERES

I. Choix du sujet	2
II. Réalisation personnelle	3
1. Le choix de la méthode	3
2. La réalisation des entretiens et le recueil des données	3
3. L'analyse	4
4. L'écriture	4
5. La recherche bibliographique	5
III. Difficultés rencontrées	6
IV. Bilan et bénéfices	6
1. L'association entre médecin généraliste et sage-femme	6
2. La recherche qualitative	7

I. CHOIX DU SUJET

La gynécologie n'a pas toujours fait parti des domaines qui m'intéressait le plus lors de ma formation théorique, faute de réalisation d'un stage pratique.

J'ai réellement commencé à aborder le sujet lors de mon deuxième semestre, aux urgences de Millau, où j'ai pu assister à quelques consultations de gynécologies.

Lors de mon stage chez le praticien, je n'avais fait que très peu de gynécologie, mes maîtres de stage n'en faisant quasiment pas. J'ai appris à apprécier cette discipline, lors de mon stage de Gynécologie-Pédiatrie en quatrième semestre.

C'est en comparant mes deux stages de troisième et quatrième semestre que je me suis posée la question : Qu'est ce qui pouvait faire que certains médecins ne réalisaient aucun frottis cervico-utérins, alors que chez d'autres un certain nombre étaient réalisés en dehors des recommandations, en terme d'âge et de fréquence ? Quelles étaient leurs motivations ? J'ai commencé par poser ces questions aux gynécologues avec lesquels je travaillais, sans avoir vraiment de réponse claire et univoque.

J'ai alors parlé de mes questionnements et réflexions au Dr Thierry BRILLAC, qui était mon tuteur.

Après discussion, celui-ci m'a proposé de me mettre en contact avec Amélie Carrade, étudiante sage-femme, qui venait de démarrer son mémoire de fin d'études, portant sur la réalisation des FCU avant 25 ans et après 65 ans.

Nous nous sommes rencontrées à plusieurs reprises pour discuter de nos objectifs personnels et communs, nos motivations à réaliser ce travail. En effet, il était nécessaire de d'avancer dans la même direction.

Après avoir obtenu l'accord de l'école de sage-femme du CHU de Toulouse, nous avons décidé de réaliser ce travail ensemble.

II. REALISATION PERSONNELLE

1. Le choix de la méthode qualitative

Avant de débiter le travail de recherche, j'ai lu le livre « Initiation à la recherche » de P. Frappé, afin de nous aider à définir précisément la question de recherche, et donc de choisir la méthode la plus adaptée à l'objectif.

L'objectif de cette étude était de recueillir les motivations, d'explorer les comportements sur leur pratique concernant le dépistage du cancer du col utérin.

La méthode qui nous a donc semblé la plus adaptée est la méthode qualitative : cette méthode permet d'explorer les comportements, sentiments, émotions, et expériences personnelles.

Quand il s'agit de comprendre un phénomène humain, une réflexion, une attitude, l'étude qualitative est l'étude de choix.

2. La réalisation des entretiens et le recueil des données

Au début de notre travail, la technique d'entretien que nous avons retenue était les focus groups, pour favoriser l'interactivité entre les participants. Au vu de la difficulté de réunir les professionnels lors d'une même date, et le temps qui nous manquait, nous avons décidé rapidement, de réaliser des entretiens individuels.

Le guide d'entretien a été réalisé à deux, avec l'aide de nos directeurs de thèse. Ce guide a été testé lors de deux « entretiens tests ».

Chacune de nous deux était chargée du recrutement des participants. Nous nous sommes réparties les tâches : je me suis occupée du recrutement des médecins généralistes, et Amélie de celui des sages-femmes. Les gynécologues ont été recrutés par l'une ou par l'autre.

Celle qui recrutait le participant, était chargée de réaliser l'entretien, et sa retranscription, afin d'être le plus fidèle possible.

Un des entretiens qui m'a marqué, a été réalisé avec une gynécologue. C'est le huitième entretien que je réalisais. J'ai été surprise par sa position par rapport aux recommandations, les critiques vis-à-vis de ses confrères gynécologues « tout ça c'est, j'allais dire, une belle hypocrisie (...) il y a 2 discours : un devant pendant les formations, un derrière pendant les consultations » ou médecins généralistes ouvertement critiqués, en relevant un défaut de compétence (c'est en tout cas comme ça que je l'avais compris lors de l'entretien) « *oh, mon médecin n'est pas pour les frottis après 65 ans* ». Oui d'accord mais je lui dis « *de quand date votre dernière consultation ?* » Ça faisait plus de 7 ans... (...) il y a des fois où je me demande si...(rires) si tout est bien d'aplomb quoi... ».

Celle-ci ne connaissait pas ma position de médecin généraliste. Même si j'ai été par moment surprise par ces propos, voire en désaccord, j'ai dû faire attention à ma communication verbale et non verbale afin de ne pas influencer son discours.

3. L'analyse

Tout au long du travail de recherche, il m'a été nécessaire de réfléchir sur ma propre pratique, poser un regard sur ma manière d'agir et de réagir lors des entretiens. Ceci, afin de contrôler ma posture et mes propos lors des entretiens suivants.

Lors des entretiens, j'ai veillé à adopter une posture de chercheur, et non une posture d'interne en médecine. Il m'a fallu faire abstraction de mes propres connaissances, représentations et pratiques afin de ne pas influencer l'interviewé.

A la fin de chaque entretien, était réalisée une analyse du contexte : les conditions dans lesquelles j'avais réalisé l'entretien, mon attitude et celle du participant.

Chaque entretien a été analysé individuellement par chacune de nous deux. Lorsque nous avons toutes les deux analysé un entretien, nos analyses individuelles ont été mises en commun pour permettre une triangulation des données.

4. L'écriture

L'écriture du mémoire d'Amélie et de ma thèse ont été réalisés séparément et à des périodes différentes.

Avant de débiter la rédaction, j'ai assisté à l'atelier « rédaction de la thèse » proposé par le Département Universitaire de Médecine Générale.

Mon travail a initialement consisté à aider Amélie à écrire son mémoire, à la conseiller et à répondre à ses questions.

Dans un second temps, j'ai commencé à écrire ma thèse, après avoir fait une recherche bibliographie plus approfondie.

5. La recherche bibliographique

Amélie avait commencé à réaliser la bibliographie lorsque je me suis associée avec elle. Nous avons poursuivi ensemble ce travail, en particulier sur la méthode qualitative, en lisant des thèses et des ouvrages conseillés par la faculté.

J'ai tout d'abord lu l'article « Introduction à la recherche qualitative » publié dans la revue *Exercer*, afin de me familiariser avec les termes utilisés en recherche qualitative.

Afin de préparer les entretiens ainsi que l'analyse, j'ai également lu le livre « L'entretien : L'enquête et ses méthodes » de A. Blanchet, ainsi que « Le guide pour la conduite d'entretien » réalisé par l'Université de Grenoble.

Après l'analyse, les résultats sont confrontés aux données de la littérature qui avaient soutenu l'élaboration des premières hypothèses.

Afin de réaliser la recherche bibliographique, j'ai assisté à des ateliers recherche, proposés par la Bibliothèque Universitaire : l'essentiel sur la recherche, formation Zotero, et PubMed. Un rendez-vous d'aide personnalisé à la recherche avec un bibliothécaire m'a permis de cibler mes recherches, d'utiliser les mots clés adaptés, et de débiter la recherche bibliographique avec le plus de connaissances possible.

Avant de démarrer la rédaction de la thèse, je me suis principalement concentrée sur la recherche bibliographique concernant la réalisation des FCU après 65 ans et la place du médecin généraliste dans le dépistage. Des recherches complémentaires ont également été faites, en rapport avec les résultats obtenus.

III. DIFFICULTES RENCONTREES

La principale difficulté a été rencontrée dès le début de l'étude : le recrutement des participants.

Pour le recrutement des médecins généralistes, nous nous sommes heurtées au fait que nous n'avions pas de registre des médecins réalisant des suivis gynécologiques. De ce fait, plusieurs médecins généralistes ont refusé de participer à l'étude, soit parce qu'ils ne réalisaient jamais de FCU, soit parce qu'ils estimaient avoir une pratique insuffisante.

Plusieurs médecins généralistes contactés par mail n'ont jamais répondu aux mails envoyés.

A titre d'exemple, les quinze premiers médecins généralistes que j'ai contactés, ont refusé de participer à un entretien.

Nous avons également eu plusieurs refus, par manque de temps ou d'intérêt pour le sujet, autant pour les médecins généralistes, que pour les gynécologues. Certains nous ayant même répondu «*et pourquoi ça tombe sur moi ?* ».

Un des entretiens, déprogrammé à plusieurs reprises en raison d'une suractivité le jour du rendez-vous, n'a pas pu être réalisé.

IV. BILAN ET BENEFICES

1. L'association entre médecin généraliste et sage-femme

Une des forces de cette étude était la possibilité d'avoir pu réaliser ma thèse avec Amélie, alors étudiante sage-femme.

La diversité de nos points de vue et donc nos interprétations, du fait de nos formations et exercices distincts, ont permis des échanges intéressants et productifs lors de la mise en commun de l'analyse.

Notre perspective différente, entre médecin généraliste et sage-femme, était principalement due au fait que le médecin généraliste, de par sa posture de coordinateur des soins, prend en charge la patiente dans sa globalité. Il connaît sa patiente, son mode de vie, réalise un suivi global.

Par exemple, lors d'un entretien avec une médecin généraliste, celle-ci avait dit « Mais moi-même quand elles sont suivies par des gynéco, ou qu'elles vont voir une sage-femme, je me permets quand même de leur poser les questions sur le dernier frottis, sur leur suivi etc... ». Nous avons interprété différemment ce verbatim : il s'agissait d'un manque de confiance envers les sages-femmes et les gynécologues pour Amélie, et du rôle majeur du médecin généraliste en matière de prévention individuelle, s'assurant que les dépistages soient réalisés, pour moi.

Avant le début de l'étude, nous avons nos compétences spécifiques. Notre collaboration nous a permis d'échanger de mettre en commun nos connaissances.

Notre association a permis d'avoir une vision plus large.

2. La recherche qualitative

La réalisation de ce travail m'a permis d'acquérir une meilleure connaissance du travail de recherche ainsi que de la méthode qualitative.

La réalisation des entretiens, avec la formulation de questions ouvertes, m'ont appris à recueillir les opinions, sentiments des personnes, et surtout à les écouter sans interrompre.

Les bases de la communication, utilisée en recherche qualitative peuvent être appliquées en consultation de médecine générale.

Les médecins utilisent la reformulation. Elle permet de vérifier la compréhension de ce que l'on entend et prouve au patient notre disponibilité et prédisposition à l'écoute.

Lors d'un entretien médical, il y a des temps d'écoute où nous laissons parler le patient, et des temps d'interrogatoires plus dirigistes, afin de préciser des éléments de sémiologie indispensables à la bonne prise en charge du patient. Dans tous ces différents temps de la communication orale médecin/patient, nous nous devons d'adapter notre langage verbal et non verbal.

Vu, le président du jury
P. Leguevaque

Professeur Pierre LEGUEVAQUE
Chef de service
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Chirurgie Générale et Gynécologique
CHU TOULOUSE Hôpital RANGUEIL
1, avenue Jean Poulhès - TSA 50032
31059 TOULOUSE CEDEX 9

Toulouse, le 22.09.2016

le 29/09/2016

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
Elie SERPINO