

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Manon DROSZCZ

Le 1^{er} juin 2021

SUIVI GYNECOLOGIQUE DES PATIENTES AVEYRONNAISES, CRITERES DE CHOIX DU PRATICIEN

Directeur de thèse : **Dr Marie Lemanissier**

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Assesseur : Docteur Thierry BRILLAC

Assesseur : Docteur Anne FREYENS

Assesseur : Docteur Marie LEMANISSIER

**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
		Professeur Honoraire	Professeur ALBAREDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	Professeur ARBAREDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	Professeur ARBUS Louis
		Professeur Honoraire	Professeur ARLET Philippe
		Professeur Honoraire	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
		Professeur Honoraire	Professeur BOCCALON Henri
		Professeur Honoraire	Professeur BOUTAULT Franck
		Professeur Honoraire	Professeur BONEU Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur CARATERO Claude
		Professeur Honoraire	Professeur CHAMONTIN Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur CHAP Hugues
		Professeur Honoraire	Professeur CONTÉ Jean
		Professeur Honoraire	Professeur COSTAGLIOLA Michel
		Professeur Honoraire	Professeur DABERNAT Henri
		Professeur Honoraire	Professeur FRAYSSE Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur DELISLE Marie-Bernadette
		Professeur Honoraire	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur GRAND Alain
		Professeur Honoraire	Professeur JOFFRE Francis
		Professeur Honoraire	Professeur LAGARRIGUE Jacques
		Professeur Honoraire	Professeur LANG Thierry
		Professeur Honoraire	Professeur LAURENT Guy
		Professeur Honoraire	Professeur LAZORTHES Yves
		Professeur Honoraire	Professeur MAGNAVAL Jean-François
		Professeur Honoraire	Professeur MANELFE Claude
		Professeur Honoraire	Professeur MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	Professeur MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	Professeur MURAT
		Professeur Honoraire	Professeur RISCHMANN Pascal
		Professeur Honoraire	Professeur RIVIERE Daniel
		Professeur Honoraire	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian

Professeurs Emérites

Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAD Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elle (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétiq
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétiq
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme JINGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Laila

Remerciements :

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Vos enseignements, au cours de mon internat, ont toujours aiguisé mon intérêt et c'est un honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance sincère.

A Madame le Docteur Anne FREYENS

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Merci d'avoir concédé de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC

Je vous remercie d'avoir accepté spontanément de participer au jury de ce travail de thèse. Veuillez trouver ici toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Marie LEMANISSIER

Tout d'abord, merci pour ta bienveillance et ton aiguillage tout au long de mon internat, cela m'a été précieux. C'était naturel pour moi de te parler de mon projet de thèse et je te remercie d'y avoir adhéré et de l'avoir dirigé. Tu m'as permis de voir la médecine générale d'un œil qui me correspond et tu m'as laissé des graines à germer sur certaines actions de la vie.

A mes parents, pour votre soutien infailible, depuis le tout début des années médecines et même avant ; vous êtes les premiers à avoir cru en moi. Merci pour votre amour et pour avoir toujours été présents dans les moments heureux comme difficiles.

Merci papa pour ton aide sur Excel et merci maman pour ton aide pour le power point !

Je vous aime.

A mes frangins, à ma sœur Julia, nos particularités nous permettent maintenant d'aborder tellement de choses sous divers angles et c'est enrichissant. Pour ton ouverture d'esprit et ta touche d'originalité, merci. **A mon frère Mathéo**, pour ta jeunesse, ta générosité et ta maturité, merci ; merci encore à tous les deux pour vos encouragements.

A mes grand-parents, papi Henri, mamie Lili, mamie Jojo, merci pour vos enseignements sur la vie, pour votre réconfort et votre confiance en moi. **A papi Dada**, qui me soutenait déjà lors de mes exercices de mathématiques, et qui je sais, reste à mes côtés.

A mes oncles, tantes et cousins, qui ont su me faire rire et me changer les idées aux bons moments, merci ; **à Romain**, pour ton épaule et nos aventures passées et à venir !

A Emilie, tu es plus qu'une amie et je te remercie pour ta compréhension, ta force, ton honnêteté et ton cœur. Merci d'être là lors de mes joies, de mes peines et pour ton soutien évident.

A Clem et Nath, mes poulettes, pour les difficultés que l'on a rencontré et surmonté ensemble lors de ces années de dur labeur, pour les fous rires, pour les coudes serrés, merci.

A Morgane, je te remercie pour ton amitié de longue date, et ton soutien malgré la distance maintenant ; pour les événements importants vécus ensemble, merci. Merci **à Victor** pour son aide au cours de ma thèse et lors de mon exercice professionnel.

A Claire, pour nos révisions des ECN avec les sushis, notre thé détente et pour ton grain de folie, merci.

A Alice, Lorraine et Camille, mes copines en Aveyron, avec qui nous avons partagé des moments nuageux, pluvieux et froid comme des moments en plein soleil, dans le sens propre et figuré du terme !

A **Célia, Cassandre**, mes co-internes de St Gaudens : **Claire, Alice, Thibaut, Anna, Cécile, Léa, Claudia, Elodie, Julia, Marion, Cassandra, Délia**, merci pour les déconnades et les conversations existentielles !

A **toute l'équipe des urgences de Figeac**, qui m'a accueilli avec prévenance lorsque j'étais bébé interne, et avec qui j'ai beaucoup appris mais aussi bien rigolé ; mention spéciale pour **Jules**, qui garde toujours un œil sur moi.

A **Jean-Pierre Cadhilac**, avec qui j'ai découvert la vraie médecine de campagne ; merci à tous les deux, **Gisèle** et toi, pour votre accueil chaleureux.

A **Chantal Blain**, qui a su m'apaiser.

A **tous les autres MSU et collègues**, dont j'ai croisé la route et qui m'ont apporté professionnellement et humainement.

A **Marc**, il n'y a pas de mots pour exprimer à quel point la vie peut-être bien faite lorsque nos chemins se sont croisés. Tu m'apprends beaucoup sur moi-même, tu es entier, et je peux compter sur toi. Merci de me faire découvrir divers horizons et de faire partie de ma vie. B7ebbak.

Enfin, **Merci aux patientes** qui ont participé à cette thèse.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS :	9
I- INTRODUCTION	10
II- MATERIEL ET METHODE ANALYSE QUANTITATIVE	12
1. CHOIX DE LA METHODE	12
2. POPULATION ETUDIEE.....	12
3. REDACTION DU QUESTIONNAIRE	12
4. PROTOCOLE D'ENVOI ET DE RECUEIL DES DONNEES	12
5. METHODE STATISTIQUE ET ANALYSE DES DONNEES.....	13
III- RESULTATS	14
1. PROFIL DES FEMMES INTERROGEEES	14
A. Répartition des patientes selon l'âge	14
B. Répartition des patientes selon leur domiciliation	15
C. Répartition des patientes selon leur catégorie socio-professionnelle	16
D. Répartition des patientes selon leur nombre d'enfants.....	17
2. LE SUIVI GYNECOLOGIQUE	18
A. Existence d'un suivi gynécologique	18
B. Les raisons de ne pas avoir de suivi gynécologique	19
3. LE PRATICIEN QUI ASSURE LE SUIVI	19
4. TEMPS DE TRAJET POUR LE SUIVI	20
5. LES CRITERES INFLUENCANT LE CHOIX DU PRATICIEN.....	21
A. La formation du médecin généraliste.....	21
B. La pratique du médecin généraliste	22
C. L'influence du genre du médecin généraliste	23
6. LES CRITERES INDISPENSABLES A LA CONSULTATION GYNECOLOGIQUE	24
IV- DISCUSSION	25
1. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE	25
A. Forces de l'étude	25
B. Biais de l'étude	25
2. SUIVI GYNECOLOGIQUE	26
3. INFLUENCE DE LA FORMATION DU MEDECIN.....	28
A. Les Infections sexuellement transmissibles (IST)	28
B. La palpation mammaire	28
C. La vaccination contre le papillomavirus	28
D. Le frottis cervico-utérin (FCU).....	29
E. Prescrire et adapter les thérapeutiques liées à la ménopause	29
F. La contraception.....	30
G. Les urgences gynécologiques	31
H. Le suivi de grossesse normale.....	31
I. L'Interruption volontaire de grossesse (IVG)	32
4. CONNAISSANCES DES PATIENTES SUR LA PRATIQUE DE LEUR MEDECIN	32
5. L'INFLUENCE DU GENRE DU MEDECIN	33
6. LES FACTEURS INDISPENSABLES AU SUIVI GYNECOLOGIQUE.....	34
7. PERSPECTIVES	36
V. CONCLUSION	38
VI- BIBLIOGRAPHIE	40
VII- ANNEXES	46

Liste des abréviations :

HPV : papillomavirus humain

SA : semaines d'aménorrhée

HPST : hôpital patient santé territoire

IST : infection sexuellement transmissible

VIH : virus d'immunodéficience humaine

VHB : virus de l'hépatite B

FCU : frottis cervico utérin

DIU : dispositif intra utérin

IVG : interruption volontaire de grossesse

I- Introduction

Les médecins généralistes sont habituellement les premiers sollicités dans le parcours de santé et doivent pouvoir répondre, dans les limites de leurs compétences, à tous les problèmes de santé, quelque-soit le profil du patient.(1)

Ils sont dans ce cadre, habilité au suivi gynécologique des femmes, tout au long de leurs vies : ils orientent les patientes lors du choix de leur contraception (2), ils ont un rôle d'information et réalisent les différents dépistages oncologiques : dépistage du cancer du sein (3), du cancer du col de l'utérus (4) et proposent la vaccination anti-HPV (5).

Les médecins généralistes ont la capacité de suivre les grossesses à bas risque (6) et ceci progresse depuis plusieurs années grâce à la plus grande place accordée au domaine de la gynécologie-obstétrique dans le cursus universitaire (7). Avant 7SA, ils peuvent accompagner les femmes pour organiser l'interruption volontaire de grossesse à domicile. Pour finir, ils prennent en charge les symptômes de la femme en péri-ménopause (8).

Ces aptitudes sont acquises au fur et à mesure des études médicales et surtout lors des stages pratiques. Le DES de médecine générale actuel, propose aux étudiants, un semestre couplé de gynécologie et de pédiatrie, où il est possible, selon les régions, d'effectuer l'une des deux disciplines ou les deux (9). Le DES à 4 ans permettrait de faire un semestre complet de gynécologie (ainsi qu'un semestre complet de pédiatrie), ce qui permettrait aux futurs doctorants, d'être plus à l'aise dans cette spécificité (10).

La gynécologie est la spécialité consacrée à l'appareil génital féminin et le gynécologue reste le médecin référent de ce domaine, quelque-soit l'âge ou l'état de santé de la patiente (11).

Les sages-femmes ont longtemps assuré la surveillance de la grossesse normale, du pré-partum jusqu'au post-partum (12). Depuis la loi Hôpital Patient Santé et Territoire du 21 juillet 2009 (13), il y a eu un élargissement de ces compétences, qui leurs permettent d'accompagner les femmes pour leur suivi gynécologique de prévention (14).

Ces changements de champ des compétences et de pratiques, s'effectuent dans un contexte démographique particulier. En effet, en France, on note une diminution de 8,4% des effectifs de médecins généralistes depuis 2007, chiffres qui vont continuer à diminuer jusqu'en 2025. Concernant les spécialistes en santé de la femme (gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens), sur la période 2008-2015, leurs effectifs ont diminué de 25,5%. Cette tendance

s'est confirmée sur la période 2015-2020 (-19%). De plus, le nombre d'internes formés en gynécologie médicale et en gynécologie-obstétrique a diminué depuis 2014-2015.

Malgré une légère hausse (+3%) sur la période 2007/2015, le département de l'Aveyron fait partie des départements enregistrant une baisse significative de son effectif médical depuis 2015, généralistes et spécialistes compris (15).

De l'autre côté, le nombre de sages-femmes augmente depuis près de quinze ans sur le territoire français, notamment en Occitanie. Cet effectif avait déjà doublé entre 1998 et 2014 passant de 13% à 26% de sages-femmes, France entière. Cet accroissement s'explique par 2 évènements : d'une part l'activité gynécologique des sages-femmes autorisée assez récemment par la loi Hôpital patient santé territoire (HPST) et d'autre part la démographie en baisse des gynécologues médicaux en ville. (16)

J'ai choisi de travailler sur cette thèse, car lors de mes différents stages ambulatoires dans l'Aveyron j'ai remarqué plusieurs faits : il y avait très peu de gynécologues sur le territoire, les médecins généralistes de sexe féminin rencontrés effectuaient le suivi gynécologique des patientes et les sages-femmes étaient aussi beaucoup sollicitées.

Dans le domaine particulier de la gynécologie (17), certains médecins généralistes n'ont pas forcément d'attrait pour la discipline, ou ont moins de pratique, même si cela tend à changer avec la féminisation de la profession et l'évolution de la formation.

Du côté des patientes, elles ne sont pas toutes informées des possibilités de suivi ou bien préfèrent parfois un suivi par deux praticiens différents.

Devant les différents acteurs possibles et en fonction de ce que les patientes savent, je souhaitais connaître de façon plus précise, quel est leur choix concernant leur suivi gynécologique dans ce département.

L'objectif principal étant de déterminer le praticien choisi par les femmes pour le suivi gynécologique en Aveyron.

L'objectif secondaire est de déterminer les facteurs influençant leurs choix.

II- Matériel et méthode analyse quantitative

1. CHOIX DE LA METHODE

Nous avons choisi une étude quantitative observationnelle descriptive transversale du mois de mars 2020 au mois d'août 2020, qui a été menée par un auto-questionnaire, multicentrique, afin de connaître le praticien choisi pour le suivi gynécologique des femmes dans le département de l'Aveyron.

2. POPULATION ETUDIEE

Notre étude s'est intéressée aux femmes, de 18 à 77 ans, présentes sur le territoire aveyronnais. Les questionnaires ont été distribués dans de diverses structures des villes aveyronnaises suivantes : Millau, Rodez, Baraqueville et La Primaube.

Pour avoir un maximum de réponses, les critères d'inclusions étaient les suivants : sexe féminin, résidence sur le territoire aveyronnais, tous âges.

Les critères d'exclusions étaient la provenance d'un autre département et/ou un questionnaire incomplet.

3. REDACTION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire (Annexe 1) a été inspiré d'anciennes thèses sur le choix de praticien pour le suivi gynécologique et a préalablement été testé sur des internes de médecine générale. Il a été amélioré grâce à l'atelier questionnaire du Dr Nathalie Boussier à la faculté de médecine de Toulouse.

Il comportait 12 questions à choix multiples dont 11 à questions fermées et 1 à choix semi-ouvert, ainsi qu'un choix semi-ouvert pour le dernier item de la question 12.

4. PROTOCOLE D'ENVOI ET DE RECUEIL DES DONNEES

Les questionnaires étant anonymes, il n'a pas été nécessaire d'avoir l'accord du comité de protection des personnes.

Les questionnaires ont été distribués de façon multicentrique, dans les salles d'attente des cabinets de médecins généralistes à la Maison de santé de Millau, à la Maison de santé de La Primaube, et dans le cabinet médical de Baraqueville ; mais aussi remis par l'infirmière

d'accueil aux consultations de gynécologie du Centre Hospitalier de Rodez et dans la salle d'attente d'un cabinet de sages-femmes de la Maison de Santé du Faubourg.

Il était accompagné d'une pancarte explicative, indiquant mon travail de thèse, la question explorée, les critères d'inclusion, la durée (estimée à environ 2-3 minutes), et l'anonymat des patientes.

5. METHODE STATISTIQUE ET ANALYSE DES DONNEES

Les réponses en format papier ont été codées puis informatisées grâce au tableur Excel. Elles ont fait l'objet d'une analyse à l'aide du logiciel « p-value » mais aucune des données n'était significative, pour un seuil de significativité choisi $< 5\%$ pour le risque alpha. Les résultats des questions ont été présentés sous forme de graphiques.

III- Résultats

Nous avons recueilli 166 réponses sur les 175 questionnaires distribués, soit un taux de réponse à 94,8 % et 164 questionnaires ont été remplis complètement.

Nous avons dû exclure 4 questionnaires de patientes ne provenant pas du département de l'Aveyron (1 patiente du Lot, 2 de Haute Garonne et 1 du Tarn).

Lieu de recueil	Questionnaires recueillis	Taux de réponse
MSP Millau	22/25	88%
Cabinet Baraqueville	30/30	100%
MSP La Primaube	32/40	80%
Cabinet SF (MSP)	30/30	100%
Cs Gyneco	52/50	104%

1. PROFIL DES FEMMES INTERROGÉES

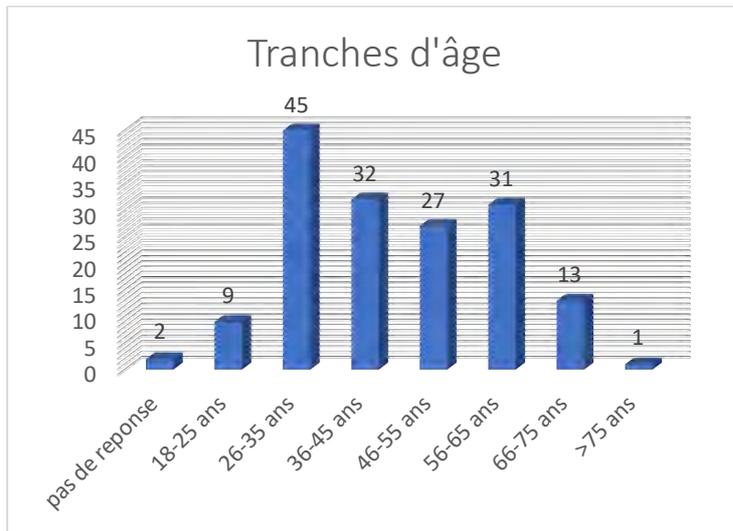
A. Répartition des patientes selon l'âge

Le taux de réponse à cette question était de 98,7%. Seules 2 patientes n'avaient pas renseigné leur âge.

La moyenne d'âge sur les 158 questionnaires remplis était de 43,9 ans, et la médiane de 42 ans.

La majorité des femmes qui ont répondu, se situaient dans la catégorie des 26-35 ans avec 28,1% de réponses. Ensuite suivent des catégories des 36-45 ans et des 56-65 ans avec respectivement 20% et 19,3% des réponses (graphique 1).

Les patientes de plus de 75 ans étaient très peu représentées avec une seule patiente, ainsi que la catégorie des 18-25 ans avec seulement 9 patientes.

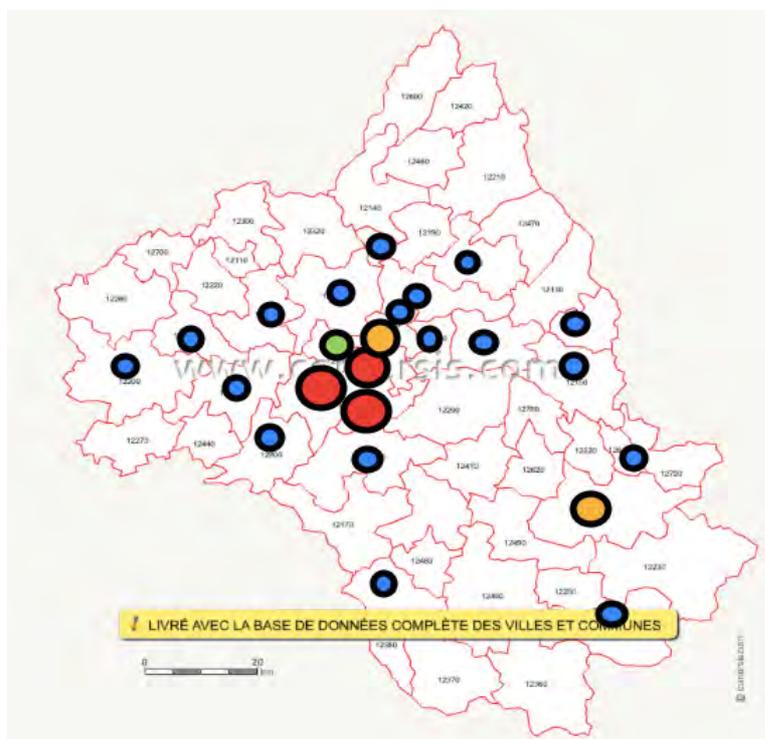


Graphique 1

B. Répartition des patientes selon leur domiciliation

Le taux de réponse à cette question était de 98,7%.

La majorité des patientes provenaient du Centre Aveyron, notamment Rodez et sa couronne proche (< 15-20 km), suivi du Sud Aveyron. Les patientes du Nord Aveyron étaient moins représentées (Carte 1).



Nombre de patientes par couleur :

- Point rouge : 29 à 31 patientes
- Point jaune : 12 à 18 patientes
- Point vert : 7 patientes
- Point bleu : 1 à 3 patientes

Carte 1

Elles vivaient pour la plupart dans des villes < 10 000 habitants, cela représentait 69% des patientes (Graphique 2).

Les patientes provenant de grosses villes > 50 000 habitants n'étaient pas représentées et ont été exclues de l'analyse, car elles ne provenaient pas du département de l'Aveyron.

2 patientes n'avaient pas renseigné leur code postal.



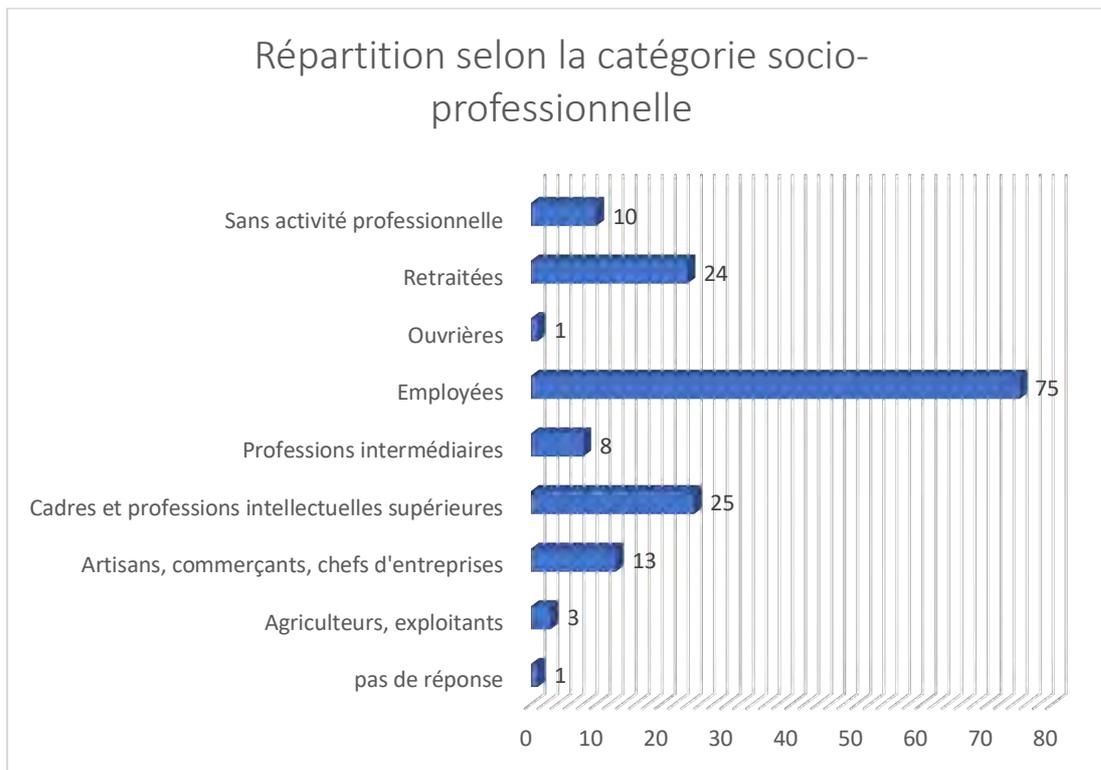
Graphique 2

C. Répartition des patientes selon leur catégorie socio-professionnelle

Le taux de réponse à cette question était de 99,3%, une seule patiente n'y a pas répondu.

La catégorie socio-professionnelle la plus représentée était celle des employées avec un taux de 46,8% suivie des cadres et professions intellectuelles supérieures et des patientes retraitées avec un taux respectif de 15,6% et 15% (Graphique 3).

La catégorie la moins représentée était la catégorie ouvrière avec une seule patiente.

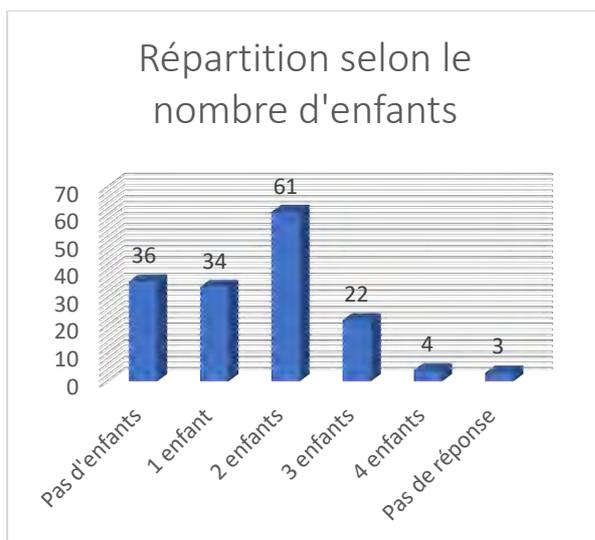


Graphique 3

D. Répartition des patientes selon leur nombre d'enfants

Le taux de réponse à cette question était de 98,1%. 3 patientes n'ont pas souhaité répondre.

La majorité des patientes interrogées, avaient 2 enfants (38%), 22% n'avaient pas d'enfant et 21% un seul enfant (Graphique 4).



Graphique 4

2. LE SUIVI GYNECOLOGIQUE

A. Existence d'un suivi gynécologique

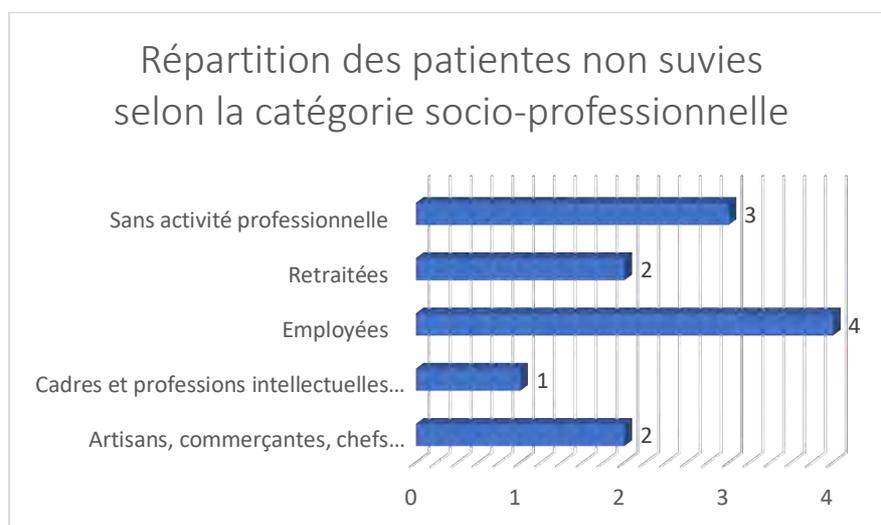
Le taux de réponse à cette question était de 100%.

Sur les 160 patientes, 148, soit 92,5% avaient un suivi gynécologique régulier, versus 12 patientes, soit 7,5%, qui n'en avaient pas.

Les femmes non suivies avaient toutes moins de 46 ans et elles étaient plus nombreuses à être domiciliées dans des villes <10 000 habitants, avec 83% d'entre elles.

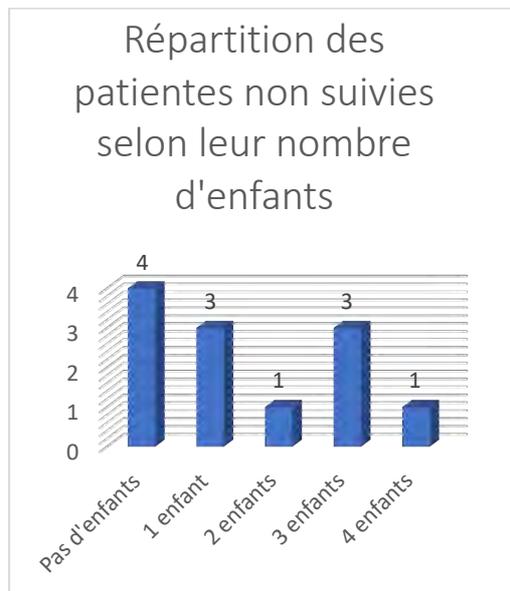
Pour les patientes ayant un suivi gynécologique, la répartition selon la catégorie professionnelle était similaire à la répartition générale avec une majorité d'employées, puis les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Parmi les femmes non suivies il y avait 4 employées, 3 sans activité professionnelle, 2 retraitées, 1 cadre et 2 artisans/commerçantes (Graphique 5).



Graphique 5

Parmi les patientes sans suivi gynécologique, quatre n'avaient pas d'enfants, trois n'avaient qu'un seul enfant, une avait 2 enfants, trois avaient 3 enfants et une 4 enfants (Graphique 6).



Graphique 6

Concernant les femmes bénéficiant d'un suivi gynécologique, la répartition selon le nombre d'enfants était similaire au schéma général.

B. Les raisons de ne pas avoir de suivi gynécologique

Les patientes n'ayant pas de suivi gynécologique ont toutes répondu pourquoi.

Les réponses ont pu être classées comme ci-après :

- 2 patientes n'ayant pas eu de rapports sexuels
- 1 patiente avec antécédent d'hystérectomie totale
- 2 patientes ayant des difficultés à trouver un professionnel assurant le suivi gynécologique
- 1 patiente ayant des difficultés d'alliance thérapeutique
- 2 patientes n'ayant pas repris de suivi suite à un déménagement
- 2 patientes ne pensent pas à prendre rendez-vous pour assurer leur suivi
- 1 patiente n'était pas informée du suivi car c'est tabou dans sa famille
- 1 patiente n'avait pas de suivi depuis 3 ans et a repris rendez-vous récemment

3. LE PRATICIEN QUI ASSURE LE SUIVI

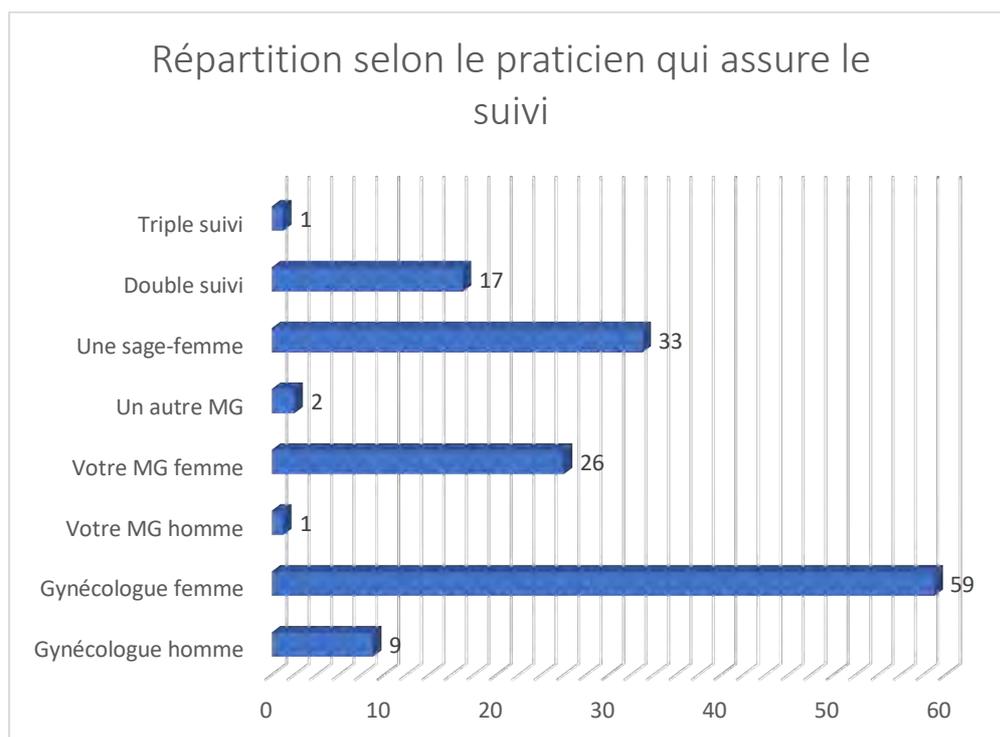
Le taux de réponse à cette question était de 100% (en prenant compte le fait que les patientes sans suivi gynécologique n'y répondaient pas).

La majorité des patientes (39,8%) étaient suivies par une gynécologue femme, 22% étaient suivies par une sage-femme et 17,5% par une médecin généraliste femme. (Graphique 7).

Le double suivi était représenté dans 12,1% des cas et était réparti ainsi :

- 3 patientes étaient suivies par un gynécologue homme et une sage-femme
- 4 patientes étaient suivies par un gynécologue homme et une médecin généraliste femme
- 1 patiente était suivie par une gynécologue femme et une médecin généraliste femme
- 4 patientes étaient suivies par une gynécologue femme et une sage-femme
- 3 patientes étaient suivies par une médecin généraliste femme et une sage-femme
- 1 patiente était suivie par un autre médecin généraliste et un gynécologue homme
- 1 patiente était suivie par un autre médecin généraliste et une sage-femme

Le sexe masculin des praticiens était moins bien représenté pour le suivi gynécologique, même si l'on rajoute le nombre de gynécologues hommes présents dans le double suivi.



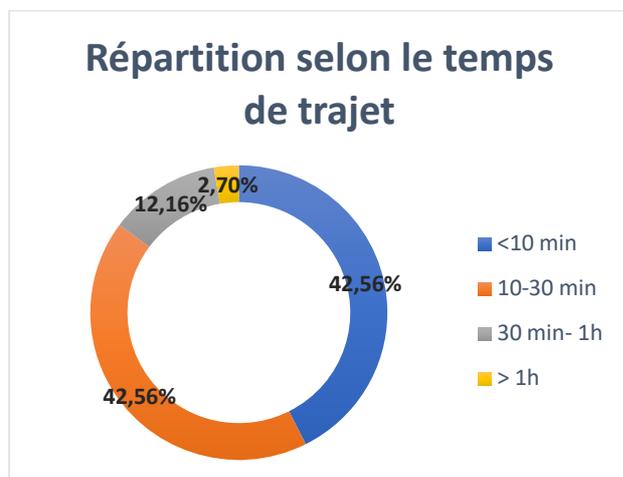
Graphique 7

4. TEMPS DE TRAJET POUR LE SUIVI

Le taux de réponse à cette question était de 100% (en prenant compte le fait que les patientes n'ayant pas de suivi gynécologique n'y ont pas répondu).

42,6% des patientes avaient un temps de trajet < 10 minutes, et 42,6% un trajet compris entre 10 et 30 min, donc la majorité des patientes avaient un trajet de moins de 30 minutes.

Les patientes avec un temps de trajet > 1h étaient peu nombreuses avec seulement 4 patientes (2,7%) sur 148 (Graphique 8).



Graphique 8

Parmi les patientes avec un temps de trajet <10 min, 28,5% allaient voir leur sage-femme, 26,9% leur gynécologue femme et 23,8% la généraliste femme.

Pour le temps de trajet entre 10 et 30 min c'est la gynécologue femme qui était vue principalement dans 52,3% des cas, suivi par la sage-femme (20,6% des cas), et la médecin généraliste femme (15,8% des cas).

Cette place prioritaire, restait, pour la gynécologue femme, dans le temps de trajet entre 30 min et 1h ; et principalement les gynécologues hommes puis femmes consultés pour les trajets > 1h.

5. LES CRITERES INFLUENCANT LE CHOIX DU PRATICIEN

A. La formation du médecin généraliste

Le taux de réponse à cette question était de 100%.

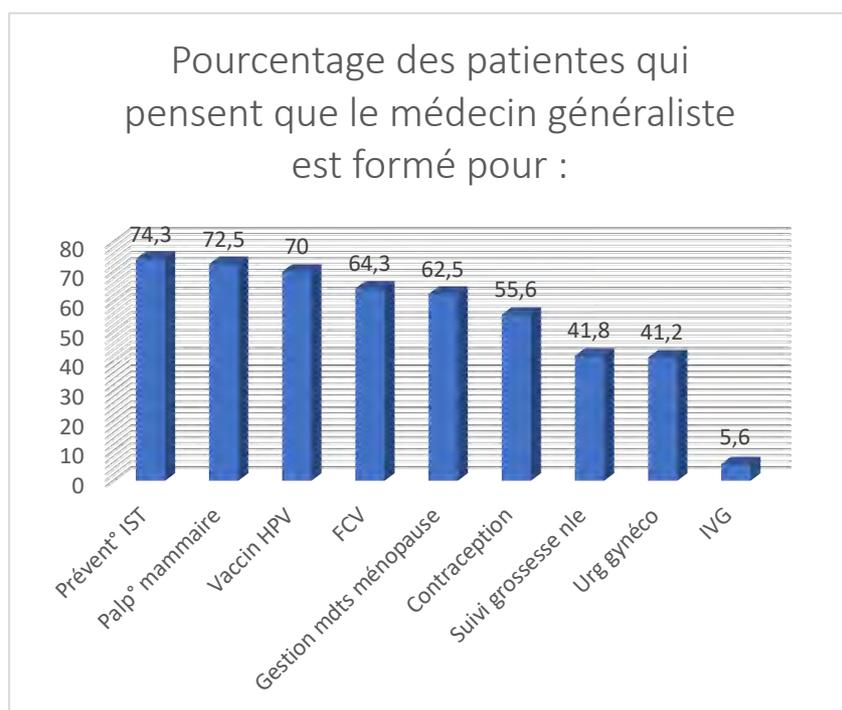
Le but de cette question était d'évaluer les connaissances des patientes sur la formation de leur généraliste. Si elles estimaient le médecin formé aux gestes ou aux problèmes gynécologiques proposés par l'item, elles devaient cocher la case.

L'item le plus choisi a été la prévention des infections sexuellement transmissibles avec 74,3% de réponses, suivi de la palpation mammaire avec 72,5% de réponses, ainsi que la vaccination contre le papillomavirus avec 70% de réponses (Graphique 9).

Nous avons ensuite 64,3% de réponses pour la réalisation d'un frottis cervico-utérin, 62,5% de réponses pour la gestion des médicaments de la ménopause et 55,6% de réponses pour la prescription et/ou pose d'un dispositif intra-utérin (Graphique 9).

Enfin les items ayant eu un pourcentage plus faible de réponses étaient les suivants (graphique 9) :

- Le suivi de la grossesse normale avec 41,8% de réponses positives
- Les urgences gynécologiques (telles qu'un saignement, une anomalie des leucorrhées...) avec 41,2% de réponses
- Et pour finir l'interruption volontaire de grossesse selon le terme avec 5,6% de réponses



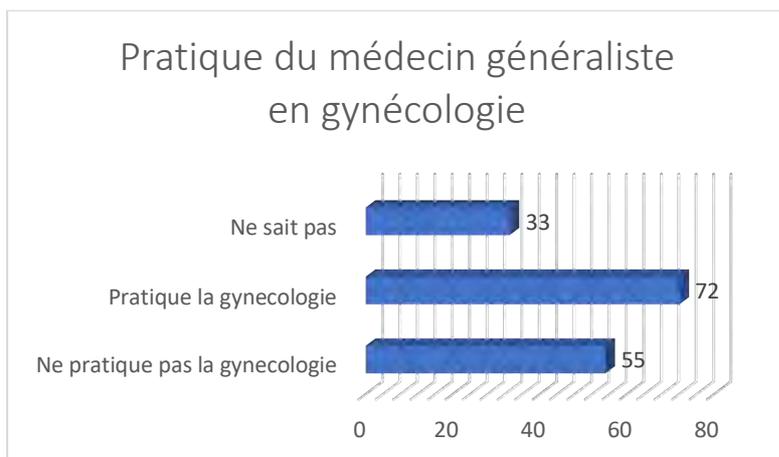
Graphique 9

B. La pratique du médecin généraliste

Le taux de réponse à cette question était de 100%

34,3% des patientes interrogées s'imaginaient que leur médecin généraliste ne pratiquait pas la gynécologie, versus 45% pour lesquelles leur médecin semblait pratiquer. On retrouve tout de

même 20,6% des patientes qui ne savaient pas si leur médecin pratiquait ou non la gynécologie (Graphique 10).

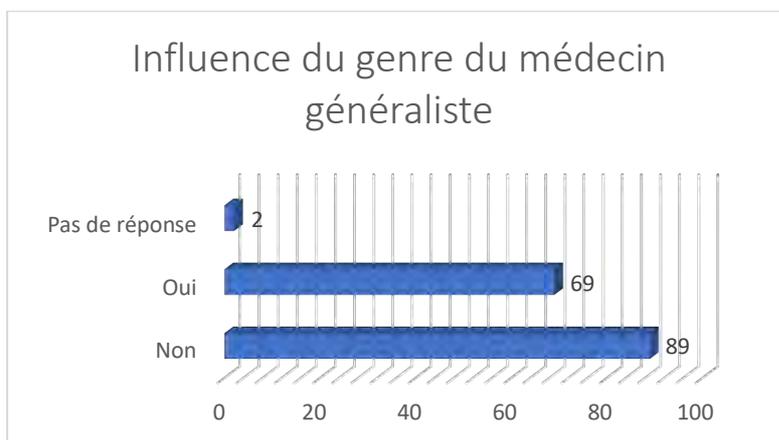


Graphique 10

C. L'influence du genre du médecin généraliste

Le taux de réponse à cette question était de 98,7%. 2 patientes n'y avaient pas répondu.

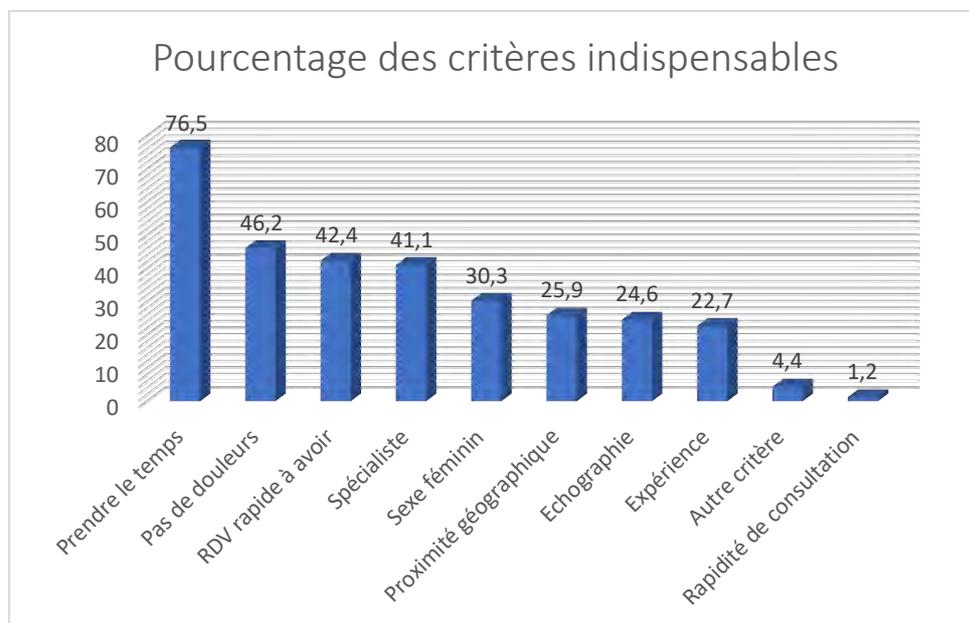
43,1% des patientes déclaraient que le genre de leur médecin avait une influence sur leur suivi gynécologique, versus 55,6% pour lesquelles il n'y avait pas d'impact (Graphique 11).



Graphique 11

6. LES CRITERES INDISPENSABLES A LA CONSULTATION GYNECOLOGIQUE

Le taux de réponse à cette question était de 98,7%. 2 patientes n'avaient pas répondu.



Graphique 12

Le critère le plus important pour les patientes était le fait de prendre le temps lors de la consultation. Il était suivi de 3 critères qui se suivaient de près : le fait de ne pas ressentir de douleurs, puis un rendez-vous rapide à obtenir et le fait que le praticien soit spécialisé dans le domaine de la gynécologie (Graphique 12).

Les 7 patientes qui avaient répondu « autre critère », avaient souligné, pour 3 d'entre elles, l'écoute, 1 patiente avait noté la bienveillance, 1 autre la sympathie, 1 autre la confiance, et enfin 1 patiente avait écrit la réputation du praticien.

IV- Discussion

L'objectif de ce travail est de déterminer quel praticien les patientes aveyronnaises choisissent pour leur suivi gynécologique, ainsi que les facteurs déterminant ce choix.

Nous n'avons pas trouvé beaucoup de thèses ni d'articles questionnant le suivi gynécologique par les sages-femmes plutôt que par les gynécologues ou les médecins généralistes, ce qui nous amène à envisager d'autres postulats.

1. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE

A. Forces de l'étude

Cette étude a permis d'observer la répartition des patientes selon les professionnels de santé pour leur suivi gynécologique en Aveyron ; département où les spécialistes en gynécologie manquent.

Elle a également permis de repérer les facteurs influençant les patientes pour le choix de leur praticien pour le suivi gynécologique.

L'anonymat des questionnaires a facilité les réponses des patientes qui n'ont pas eu à avoir peur d'un quelconque jugement. Notre étude a retenu 160 questionnaires ce qui est un bon score pour une étude de ce type.

B. Biais de l'étude

Les différents biais retrouvés sont les suivants :

- Un biais de sélection non négligeable ; en effet, les questionnaires ont été remplis sur la base du volontariat dans des centres définis.

De plus, la sélection des différents lieux ne permet pas d'extrapoler à l'ensemble des professionnels en Aveyron car nous n'avons pas sélectionné de villes dans le Nord Aveyron ni dans le Nord-Ouest de l'Aveyron, même si certaines patientes provenaient de ces zones.

Les questionnaires ont été inégalement répartis, avec un nombre plus important de questionnaires récoltés dans certains centres.

- Un biais de recrutement est certain, car 92,5% des patientes ont un suivi gynécologique, ce qui est élevé. Ceci est probablement lié aux centres de recrutement. Effectivement, les femmes qui vont dans les cabinets médicaux ou à l'hôpital sont, en général, déjà suivies sur le plan médical.
- Enfin, un biais d'interprétation est notable, car nous exposons les faits du point de vue des patientes, qui répondent selon leurs propres croyances. Pour illustrer ceci, nous pouvons prendre l'exemple de la question « votre médecin traitant pratique-t-il/elle la gynécologie ? », où des patientes ont pu répondre que non alors que leur médecin pratique bien.

Cette étude manque de puissance, assurément, 160 questionnaires ont été analysés, ce qui n'est pas suffisant pour conclure de façon certaine sur nos objectifs, mais permet d'émettre de premières hypothèses. En conséquence, on retrouve un manque de significativité sur la majorité des paramètres étudiés.

Finalement, les patientes étaient seules pour remplir le questionnaire, ce qui a posé des problèmes de compréhension, et donc des conséquences sur les réponses et l'interprétation de ces dernières. La question sur les critères indispensables au suivi gynécologique où nous avons stipulé, 3 critères maximum, n'a pas toujours été respecté, et nous avons donc décidé d'intégrer les questionnaires présentant plus d'items à cette question, au risque de perdre un trop grand nombre de questionnaires. Ou encore la question sur la formation du médecin généraliste en gynécologie, qui n'a pas toujours été bien comprise.

2. SUIVI GYNECOLOGIQUE

Dans notre étude, les patientes sont suivies pour environ 40% d'entre-elles par une gynécologue femme, environ 22% par une sage-femme, et 17,5% par un médecin généraliste femme. On retrouve un double suivi pour 11% des patientes environ et une patiente avait un triple suivi.

Ces chiffres sont relativement similaires à une étude de Passelande Hélène, en 2018, sur le suivi de grossesse en Vendée, dans laquelle sur près de 300 patientes, la majorité des femmes (55%) étaient suivies par un gynécologue, 26% par le généraliste et 16% par une sage-femme (18). Ils sont également similaires à une étude de 2018 dans l'Hérault et le Gard de Timsit Claire (19), où le gynécologue est majoritairement représenté, suivi du médecin généraliste puis de la sage-femme, sans distinction de genre du praticien.

Les écarts sont beaucoup plus marqués dans un mémoire de maïeutique, de Lardanchet Sophie, en région PACA (20), où 88% des patientes sont suivies par un gynécologue, 6% par un généraliste et 6% par une sage-femme, sans distinction de genre du praticien.

Le nombre de femmes suivies par un spécialiste en gynécologie (comprenant les gynécologues médicaux ou obstétriciens), dans notre étude, est paradoxal, au vu du nombre de praticiens dans le secteur.

En effet sur la période 2008-2015, les bassins de vie de la région Midi-Pyrénées, retrouvent une diminution de 25,5% des effectifs pour la spécialité gynécologie dans sa globalité. Cette tendance s'est confirmée sur la période 2015-2020 (-19%). En Aveyron, la gynécologie-obstétrique observe une variation d'effectif de -12,5% entre 2007 et 2016, et de -82% en gynécologie médicale.

De plus, le nombre d'internes formés en gynécologie médicale en Midi-Pyrénées, était de 4 internes en 2014-2015 puis de 2 internes jusqu'en 2018-2019, et de 7 internes en gynéco-obstétrique en 2014-2015 à 6 internes ensuite. (15)

La variation départementale, en Aveyron, des effectifs de médecins généralistes en activité régulière est de -18,9% entre 2010 et 2020 et -1,5% entre 2019 et 2020.

Cependant le nombre de sages-femmes augmente, notamment en Aveyron, avec une densité libérale forte, car on observe 38,1 sages-femmes pour 100 000 patientes, comparé à une moyenne de 24,8 sages-femmes pour 100 000 patientes en France. (21)

On retrouve dans un article de 2002, que même si l'hôpital offre symboliquement distance et neutralité, de nombreuses femmes font le choix de s'y rendre pour la consultation gynécologique. Si le facteur déterminant mis en avant par ces femmes est d'ordre financier, le prix de la consultation y étant réduit au ticket modérateur alors qu'il est élevé en cabinet libéral, le choix relève aussi du poids des habitudes ; ainsi, nombreuses sont les femmes à consulter à l'hôpital parce qu'elles y ont accouché. (22)

La plus faible proportion de suivi par le médecin généraliste peut s'expliquer, notamment chez les patientes plus jeunes, par la représentation que ces dernières ont de leur médecin. En effet, comme cité dans une revue de santé publique (23), le médecin généraliste n'est pas forcément le meilleur interlocuteur pour aborder la sphère intime et privée, malgré l'attachement que certaines jeunes femmes accordent au médecin de famille. Elles se trouvent parfois dans l'impossibilité d'en parler avec lui, car il connaît leurs parents, leur fratrie et elles ne s'imaginent pas aller « *parler de ces choses-là* » avec un médecin considéré comme moins

compétent en la matière. Une grande partie des jeunes filles rencontrées ignorent que le médecin généraliste peut prescrire la pilule.

3. INFLUENCE DE LA FORMATION DU MEDECIN

Concernant la question sur la formation du médecin généraliste, le médecin est bien formé à tous les items qui étaient proposés. Pourtant, on observe que certaines patientes ignoraient certaines compétences du généraliste pour le suivi gynécologique.

A. Les Infections sexuellement transmissibles (IST)

74,3% des patientes pensaient que leur médecin était formé à la prévention des IST. Pour se faire une idée plus générale, le baromètre santé de 2009 a interrogé près de 2000 médecins, et on peut noter que 59,1% des médecins déclaraient prescrire souvent ou systématiquement les sérologies VIH, VHB lors d'un changement dans la vie sexuelle de leur patient. Cependant le domaine de la prévention dans la vie affective et sexuelle, est un des sujets les plus difficiles à aborder selon les médecins, avec seulement 14,8% des médecins qui sont « tout à fait d'accord » pour aborder le sujet, malgré leur formation. (24)

B. La palpation mammaire

Le dépistage du cancer du sein au cabinet, se fait par une information éclairée des patientes, des modalités de suivi, selon leur âge et leur niveau de risque, en dépistage organisé ou individualisé. Un examen clinique des seins par un généraliste, une sage-femme ou un gynécologue est recommandé une fois par an, à partir de l'âge de 25 ans, quel que soit le niveau de risque (3). Mais on retrouve que 72,5% des patientes qui estiment que le médecin est formé à la palpation mammaire dans notre étude, ce qui semble peu pour un acte aussi simple et important.

C. La vaccination contre le papillomavirus

De nombreuses études abordent le sujet de la vaccination contre le papillomavirus. On retrouve un faible taux de vaccination contre HPV en France (autour de 20%) (25). Parmi les freins, en plus de la peur des effets secondaires ou du refus parental, une part au manque d'information est imputée.

Dans notre étude, 70% des patientes pensent que le médecin généraliste peut vacciner contre le papillomavirus, chiffre qui paraît assez élevé comparé aux résultats de la thèse de Farne Alice, en Gironde, où il est noté que 83.9% de la population estime être mal informée au sujet du papillomavirus par les professionnels de santé (généralistes et pharmaciens dans cette étude). Les professionnels de santé se justifient par un manque de temps ou d'occasions, une difficulté à aborder ce sujet et un manque de connaissances et de formation sur le papillomavirus et ses vaccins (26). Mais dans une autre étude de Meyer Sinja, en Ile de France, sur un groupe de plus de 200 patientes adolescentes, on remarque qu'1/3 d'entre elles ignorent l'existence d'un vaccin contre HPV. (27)

Dans les 30% de patientes qui ne cochent pas l'item, nous aurions pu leur demander si elles pensent qu'un autre professionnel peut vacciner ou si elles manquent d'informations sur ce sujet.

D. Le frottis cervico-utérin (FCU)

70% des patientes pensent que le médecin généraliste est formé à la réalisation d'un FCU, ceci ne rejoint pas les chiffres retrouvés dans la revue de santé publique de 2013 sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, où seulement 35,9 % des femmes du Val d'Oise connaissaient la possibilité pour les médecins généralistes de réaliser cet acte de dépistage (28). L'Institut national du cancer a conduit une étude visant à caractériser les populations vulnérables et les femmes non-participantes au dépistage du cancer du col de l'utérus ; près de 40% des femmes n'avaient réalisé aucun dépistage en quatre ans. L'étude montre qu'une partie de ces femmes est en contact régulier avec le système de santé, consulte fréquemment un professionnel de santé, voire bénéficie d'un suivi gynécologique, ce qui met en exergue l'importance de la parole médicale. En effet, comme suggéré par les résultats du Baromètre cancer 2010, les femmes non dépistées indiquent que le fait que le médecin aborde la question du frottis, les amènerait à participer au dépistage. (29)

Dans une étude de plus grande envergure, de Chanson Marine, dans le Puy de Dôme, sur plus de 700 patientes, les chiffres sont similaires à notre étude, avec 68,6% des femmes qui savaient que cet examen pouvait être effectué par un médecin généraliste. (30)

E. Prescrire et adapter les thérapeutiques liées à la ménopause

62,5% des patientes pensent que le médecin est apte à prescrire et à adapter les médicaments liés à la ménopause. Il est difficile de trouver des chiffres à grande échelle

concernant cet item en raison des freins que l'on peut retrouver du côté des patientes et des médecins, dans ce domaine. On retrouve le plus souvent des études qualitatives, comme celle de Zeraoui Amanda et de Balas Sixtine, en 2020, qui stipule que les femmes identifient un manque de communication de la part des praticiens, qui pourrait être à l'origine de leur difficulté à en parler spontanément en consultation. (31)

En 2016, une autre thèse de Tomaszek Valentine (32) avait déjà montré le manque d'information et soulignait le fait que les patientes souhaiteraient voir leur médecin généraliste s'impliquer davantage dans leur prise en charge, en bénéficiant d'une consultation dédiée à la ménopause, à l'approche de celle-ci.

Dans la thèse de Devaux Emmanuelle et Delhaye Elsa, il est difficile pour certains médecins, notamment des médecins masculins, d'aborder ce sujet ; Adapter l'information grand public ou proposer une consultation dédiée permettrait de libérer la parole des femmes et de replacer la sexualité féminine au même plan que la sexualité masculine. (33)

F. La contraception

Sur la question de la contraception, le taux de réponse a été moins important avec 55,6% de réponses positives, probablement parce que certaines patientes, même sachant que le médecin peut prescrire la pilule, ne savent pas que ce dernier est formé à la pose d'un implant ou d'un Dispositif intra-utérin (DIU).

Les croyances selon lesquelles certaines femmes ne pourraient pas être éligible à la pose d'un DIU ont sûrement un rôle dans ce taux de réponses faible ; 54 % des femmes interrogées selon l'enquête *Fecond* en 2010 considèrent que le DIU n'est pas indiqué pour une femme n'ayant pas eu d'enfant (34). Pourtant la Haute Autorité de Santé (HAS) déclare dans ses recommandations que le DIU est une contraception de première intention qui peut être proposée à toutes les femmes, quelle que soit la parité ou l'âge, dès lors que les situations à risques ont été écartées (35).

En 2019, selon l'étude de Francillard Rémi (36), un total de 555 563 actes, comprenant la pose ou le changement de DIU, ont été réalisés en France. Environ 60% de ces actes sont réalisés par les gynécologues, 26% par les sages-femmes et 9% par les médecins généralistes sur le territoire (un pourcentage restant pour d'autres spécialités). L'évolution de cette pratique depuis 2015 est de +35% pour les médecins généralistes. L'Occitanie fait d'ailleurs partie des régions dans la moyenne, avec 8,3% d'actes réalisés par les médecins généralistes et 10,4% le sont en Aveyron, avec un ratio départemental du nombre d'acte par médecin généraliste, assez élevé.

On remarque aussi, que peu de patientes utilisent l'implant contraceptif : selon le baromètre santé de 2016, seulement 4,3% des patientes l'utilisent comme moyen contraceptif. (37)

G. Les urgences gynécologiques

41,2% des patientes ont coché l'item des urgences gynécologiques gérées par le médecin généraliste. C'est un chiffre plutôt élevé et paradoxal lorsqu'on sait que dans l'enquête DRESS de 2004, < 5% des motifs urgents en médecine générale sont attribués à la catégorie uro-gynécologique (38). Une autre enquête DRESS montre que sur les principaux motifs de recours en ville pour les femmes, en moyenne 6,5% sont liés aux maladies génito-urinaires, tous âges confondus (39).

On peut supposer que certaines patientes ne pensent pas à consulter leur médecin en premier recours, soit parce qu'elles ne savent pas que ce dernier peut gérer une urgence gynécologique, soit par manque de confiance vis-à-vis de celui-ci dans ce domaine spécifique. Dans une étude de David Laure, au CHU de Nice en 2011 (40), les principales motivations du recours aux urgences est le sentiment d'urgence, la confiance dans l'hôpital, l'absence de rendez-vous, l'accès libre, la présence d'un plateau technique, l'absence d'avance de frais. 27% des patientes avaient consulté un médecin généraliste en première intention et 74% ne connaissaient aucune autre alternative aux urgences du CHU. L'urgence ressentie était évoquée chez 48% des patientes et 29% de ces consultations se sont révélées des urgences réelles. Les consultations pour des urgences réelles étaient significativement plus fréquentes après avis médical ou consultation avec un médecin de ville.

H. Le suivi de grossesse normale

41,8% des patientes pensent que le médecin généraliste peut suivre une grossesse normale. Ce chiffre est plus important que celui retrouvé dans la thèse de Lecomte Benjamin (41), en Haute Normandie, où 75% des femmes ont déclaré avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste durant leur grossesse mais seulement 27% dans le cadre d'une consultation prénatale pour la surveillance de la grossesse. Dans l'enquête périnatale de 2010, le taux était de 23,8% en 2010 et 15,4% en 2003. Dans cette étude citée, lorsque la femme a choisi un médecin généraliste pour au moins une consultation prénatale, bien souvent, elle le consulte de nouveau pour continuer le suivi de sa grossesse avec lui ; elles étaient 63% à avoir effectué plus de 3 consultations prénatales avec le médecin généraliste dès lors qu'elles l'avaient vu une fois.

I. L'Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Concernant l'IVG, dans la revue française des affaires sociales de 2011 (42), sur près de 7000 patientes en France métropolitaine, le professionnel rencontré en premier par la femme a lui-même réalisé l'IVG dans 1/3 des cas et a orienté vers un autre professionnel ou centre dans 61% des cas. Ce premier professionnel est soit le généraliste, soit le gynécologue habituel de la femme, soit un praticien de PMI 1 fois sur 5. Dans notre étude, seulement 5,6 % des patientes interrogées pensent que le médecin généraliste est formé à la question de l'IVG.

4. CONNAISSANCES DES PATIENTES SUR LA PRATIQUE DE LEUR MEDECIN

Moins de la moitié des patientes (45%) pensent que leur médecin pratique des actes de gynécologie versus 34,3% qui pensent que leur médecin ne pratique pas.

20,6% des patientes ne savent pas si leur médecin réalise ou non, des actes de gynécologie.

Dans une étude de Bonhomme Iris et Moretti Carole, en Savoie et Haute Savoie (43) qui interroge les médecins généralistes sur leur pratique de la gynécologie, 80% déclarent pratiquer l'ensemble des activités gynécologiques possibles pour la profession. Les femmes pratiquaient significativement plus que les hommes et il n'y avait pas de différence significative selon l'âge du médecin.

Ce chiffre côté médecin, est beaucoup plus important que celui retrouvé dans notre étude du côté des patientes. On peut donc se demander si les patientes savent vraiment si leur médecin pratique certains actes de gynécologie.

Une thèse de Megret V. en 2010, sur l'ancienne région Midi-Pyrénées (44), indique que seulement 43% des patientes savent que leur médecin traitant réalise des consultations de gynécologie dans son cabinet, ce qui se rapproche du pourcentage retrouvé dans notre étude. 12% pensent que cela n'est pas le cas, alors que tous les médecins ayant participé à l'étude ont signifié prendre en charge ce type de consultations. Ceci montre que certaines patientes n'ont pas l'information sur la pratique de leur médecin.

44% des patientes interrogées ne se sont jamais posé la question de savoir si leur médecin généraliste pourrait répondre à une demande de consultation gynécologique, ce qui est beaucoup plus que les chiffres obtenus dans notre étude.

La formation des internes en médecine générale est plus complète en gynécologie qu'auparavant. Depuis le décret du 25 novembre 2016 (45) les 3 années d'internat sont divisés en 3 phases, et c'est lors de la phase 2, dite « d'approfondissement », que l'étudiant a un stage de santé de la femme et de l'enfant. Ceci lui permet d'avoir une formation en gynécologie et en pédiatrie, sans devoir choisir l'une ou l'autre. Comme la thèse de Colchen Matthieu, en 2016, qui rappelle que la formation en gynécologie n'était pas systématique, car l'étudiant devait faire un choix entre la gynécologie et la pédiatrie, selon les disponibilités des stages (46).

Le travail de thèse de Guillaume Claire-Estelle en 2018 (47), enquêtait sur les internes des promotions 2012-2013 et stipule que la majorité se sentaient suffisamment bien formés pour l'examen clinique des seins, le toucher vaginal, la pose de spéculum, les prélèvements cytobactériologiques, le FCU. Cependant les opinions concernant la pose, le retrait d'implant et le retrait de DIU étaient plus hétérogènes ; plus de 70% des internes ne se sentaient pas suffisamment bien formés pour poser des DIU.

On peut imaginer qu'avec la féminisation de la profession et l'amélioration de la formation des internes, le pourcentage de médecins qui pratiqueront la gynécologie va augmenter, et ceci dans le but de libérer les gynécologues/gynécologues-obstétriciens des consultations de prévention, de suivi normal et leur permettre de répondre à la demande de suivis plus complexes.

Il est aussi important que les médecins informent leurs patientes des actes gynécologiques réalisables en consultation, notamment à l'occasion de consultations de prévention. On retrouve dans une étude des Bouches du Rhône de Plantevin Marion, en 2019 (48), que presque deux tiers des patientes n'attribuaient aux médecins généralistes que la moitié de leurs capacités en gynécologie. 53,8% des patientes avaient appris les compétences des médecins généralistes par leur médecin traitant, 25% l'ont appris par le bouche-à-oreille, et 19,2% par un autre professionnel de santé (l'ordonnancier et l'inscription sur la plaque du médecin ont permis respectivement de renseigner 12,8 et 11,5% des patientes, 6,4% des patientes disaient avoir été informées des compétences gynécologiques des médecins généralistes grâce aux affichages en salle d'attente).

5. L'INFLUENCE DU GENRE DU MEDECIN

43,1% des patientes déclarent que le genre de leur médecin a une influence sur leur suivi gynécologique, contre 55,6% pour lesquelles cela ne change rien. C'est assez paradoxal, car nous avons vu plus haut, que la majorité des patientes de notre étude sont suivies par des femmes.

Le genre du professionnel ne semble pas avoir la même importance pour toutes selon l'étude qualitative de Huet Christelle à Lyon (49). Certaines patientes avec médecin homme ne se voient pas suivre par celui-ci et parmi celles qui accordaient de l'importance au genre du médecin, la pudeur en était la raison principale. Ce degré d'importance semblait aussi être déterminé selon l'âge de la patiente. Ainsi, plus la femme était âgée, moins le sexe du médecin avait de l'importance. Ce qui n'est pas le cas dans notre étude.

Le travail de thèse de Timsit Claire en 2018 (19) , montre que les patientes étaient significativement plus gênées lorsque leur médecin traitant était un homme. Par ailleurs, un tiers des femmes interrogées déclaraient être gênées si le même praticien les suivait pour leurs problèmes de santé généraux et pour leur suivi gynécologique.

Ce dernier point est intéressant, on pourrait en effet envisager que les médecins généralistes suivent des patientes ne faisant pas partie de leur patientèle, uniquement pour la question de la gynécologie et pour leurs propres patientes, notamment dans le cas d'un cabinet de groupe, les orienter vers un confrère ou une consœur.

Du côté des généralistes, plusieurs médecins pensent que les patientes se sentent plus à l'aise d'effectuer leur suivi gynécologique avec une femme, d'après la thèse de Lageyre Kitterie (50). Il y a cette notion qu'entre femmes, on se comprend mieux ; que l'on peut d'ailleurs retrouver chez les patients avec leur médecin généraliste homme, concernant les consultations urologiques ou de sexualité.

6. LES FACTEURS INDISPENSABLES AU SUIVI GYNECOLOGIQUE

Les facteurs principaux, indispensables, pour le suivi gynécologique des patientes, sont majoritairement (76,5%) le fait que les praticiens prennent le temps lors de la consultation, puis en second choix, de ne pas ressentir de douleurs lors de l'examen clinique, ensuite d'avoir un rendez-vous rapide à obtenir, suivi de près avec le fait que les praticiens soient spécialisés dans le domaine de la gynécologie. En intégrant cet item de « spécialiste », on pensait aux gynécologues ou gynécologues-obstétriciens et nous avons observé que certaines patientes ont coché l'item, alors qu'elles sont suivies par une sage-femme ou un médecin généraliste, ce qui montre que dans leurs conceptions, certaines patientes accordent de l'importance à la formation en gynécologie du praticien, même s'il n'a pas le titre de gynécologue.

C'est dans les travaux de thèse de Marcilly Amandine et Mauri Melissa, en 2018, à Grenoble (51), où certaines participantes, qu'elles aient ou non un antécédent de maltraitance, avaient une appréhension avant la consultation. L'éducation et le manque d'informations avant les consultations, leur image du soin et du soignant, ainsi que leurs expériences antérieures médicales, personnelles ou celles de leurs proches, paraissaient influencer le vécu des consultations. La maltraitance est liée essentiellement aux faits et gestes du praticien et à la structure de soins. Les faits du praticien sont décrits principalement comme non intentionnels et rapportés à la banalisation des actes pratiqués sur une partie intime du corps. Les participantes exigent un meilleur respect de leurs droits, notamment autour de l'information mais aussi de leur corps ainsi qu'une meilleure considération. Ces notions appuient le fait que 46,2% des patientes aveyronnaises, ont indiqué comme facteur indispensable lors de l'examen pelvien, de ne pas ressentir de douleur.

D'autre part des dysfonctionnements du système de soins sont pointés dans l'étude citée. Il s'agit principalement de la surcharge de travail et de la réduction du temps consacré aux patientes, ce qui leur paraît pourtant un élément essentiel de la qualité des soins. C'est d'ailleurs le facteur le plus indispensable à la consultation gynécologique, souligné par les patientes de notre étude.

Un article en 2014, explorant les critères pour une expérience positive d'un premier examen pelvien chez des adolescentes, en Midi-Pyrénées et en Auvergne (52) montre l'importance de la relation médecin-patiente. Les patientes souhaitent une relation de qualité, sincère, et respectueuse ; ce que l'on retrouve aussi avec notre « autre critère » où certaines patientes ont souligné la valeur de l'écoute, la bienveillance et la confiance en leur praticien. Dans l'étude citée ci-dessus, la présence d'un tiers, pour certaines jeunes femmes, a son intérêt, ainsi que le lieu d'examen, particulièrement d'avoir une pièce ou une cabine pour se changer en toute intimité ; De même qu'un lieu chaleureux. Enfin, l'information et la préparation à l'examen est essentiel pour ces dernières ; Effectivement, des explications sur le déroulement de la consultation par les professionnels de santé, en s'appuyant sur des croquis anatomiques ou en montrant les instruments utilisés par exemple, ou encore l'éducation sur les indications d'un examen, sont nécessaires. Cela laisserait alors l'opportunité pour les patientes d'exprimer leurs craintes.

Dans article de 2015 sur le suivi de grossesse (53), l'argument de la « personnalisation » est fréquemment invoqué par les femmes, insistant sur l'intimité des examens gynécologiques et l'importance pour elles de se préserver d'intrusions multiples et étrangères. Cet argument est

d'ailleurs souvent repris pour justifier du choix des sages-femmes, ou le choix du médecin généraliste. En outre, si les parcours de soin construits par les pouvoirs publics proposent à toutes les femmes des choix théoriquement équivalents selon le niveau de risque de leur grossesse, celles-ci ne disposent pas des mêmes capacités quant à leur liberté de faire naître l'enfant où et avec qui elles le souhaitent (cas des grossesses à risques).

D'autres critères ont leur intérêt pour les patientes, selon la thèse de Le Gallic Anne-Hélène, en 2017, en Bretagne (54) : outre la distance pour accéder à une consultation gynécologique spécialisée, plusieurs femmes parlaient du délai d'obtention des rendez-vous. Pour les femmes les plus précaires, organiser un rendez-vous et planifier un suivi constituait un frein important. La rapidité d'obtention d'un rendez-vous est le 3^e critère le plus important de notre étude, avec 42,4% des patientes qui l'ont mentionné. Là encore, une relation de soin de qualité semble essentielle pour encourager les femmes au suivi.

Quelques études évoquent les freins au suivi gynécologique chez les patientes précaires, paramètre qui n'a pas été étudié ici, mais peu parlent des freins chez les patientes en général et du point de vue de celles-ci.

Nous avons pu regrouper en une catégorie la difficulté à trouver un professionnel de santé, que cela soit dans le sens propre du terme, suite à un déménagement, ou lié à la démographie médicale, mais aussi dans le sens relationnel du terme par des difficultés d'alliance thérapeutique.

D'autres patientes ne pensent pas à prendre rendez-vous ou ne savent pas qu'il faut se faire suivre.

7. PERSPECTIVES

Nous nous sommes demandées, qu'en était la démographie médicale dans d'autres pays, vers quel praticien les patientes se tournent et quelles sont leurs habitudes.

On observe un manque de gynécologues au niveau mondial, pas seulement dans les pays en voie de développement mais aussi dans les pays développés comme le Japon, le Canada, les Etats-Unis. La société des gynécologues-obstétriciens et gynécologues canadiens ont signalé que ces professionnels sont visiblement en décroissance et 36% d'entre eux prévoient de prendre leur retraite. Les Etats-Unis font aussi face à un manque majeur d'obstétriciens et de gynécologues à la suite de la loi sur l'équilibre budgétaire en 1997 et à la croissance continue

de la population ; l'estimation du manque de professionnels dans le domaine devrait atteindre minimum 40% d'ici 2030. (55)

Dans un article sur la formation des sages-femmes dans les pays en voie de développement (56), on note qu'hormis dans les centres de référence et dans les cliniques privées, la plupart des pays en voie de développement ne disposent que de très peu d'obstétriciens et de radiologues. C'est la sage-femme qui est au cœur des problèmes de la maternité, c'est pourquoi elles sont formées à l'échographie, non de pointe mais pour apporter des réponses précises aux questions qui se posent quotidiennement ou en cas d'urgence.

Concernant les préférences des patientes en terme de suivi gynécologique, on retrouve dans une étude en Californie (57), que sur les 5164 répondantes qui ont eu leur dernier examen pelvien, 56% ont vu un gynécologue, 26% une infirmière praticienne, et seulement 18% leur propre médecin de premier recours (médecin généraliste) pour l'examen. Sur ces femmes, 60,3% disent préférer un gynécologue pour les soins gynécologiques de base, 12,6% préfèrent une infirmière, 13,3 % leur généraliste et 13,8% n'ont pas de préférences. Le plus gros facteur de préférence d'un gynécologue au généraliste était d'avoir vu un gynécologue lors du dernier examen gynécologique. Les autres facteurs étaient le jeune âge, un niveau d'éducation élevé, et avoir un homme en médecin généraliste. Des patientes qui ont répondu, 52,2% préfèrent une femme pour les soins gynécologiques et 42% n'ont pas de préférence.

Dans une étude en Afrique du Sud (58), la majorité des patientes (54%), choisissent d'être accompagnées pour leur examen gynécologique, par une infirmière ou leur mère pour les patientes les plus jeunes.

Au Japon, malgré le fait que les patients soient parmi les premiers consommateurs de soins dans le monde, les méthodes occidentales peuvent parfois être perçues comme invasives, notamment lorsqu'il s'agit de soins nécessitant de se dénuder. Ainsi, les femmes japonaises ont plus de réticences à réaliser l'examen pelvien, notamment du fait du caractère peu intimiste des salles d'examens (parfois un simple rideau), et avec un rideau séparatif qui cache le haut du corps et la tête de la patiente. De plus, par manque d'information sur le sujet, elles ont plus de difficultés à obtenir une contraception, comparées aux femmes américaines ou françaises ; la proportion de femmes en concubinage, de 15 à 49 ans, utilisant un moyen de contraception, en 2013, sont de 50% pour le Japon, 70% pour les Etats-Unis, 72% pour la France et 81% pour le Royaume-Unis. (59)

V. Conclusion

92,5% des patientes Aveyronnaises de notre étude ont un suivi gynécologique versus 7,5% qui n'en ont pas. Curieusement, malgré la démographie médicale, la majorité des patientes sont suivies par une gynécologue femme (39,8%) deuxièmement par une sage-femme (22,2%) troisièmement par une médecin généraliste femme (17,5%). Paradoxalement, il y a plus de praticiennes choisies, alors que 55% des patientes disent que le genre de leur médecin n'influence pas leur choix de suivi.

On observe que certaines patientes ne savent pas que la sage-femme ou leur propre médecin généraliste peut effectuer ce suivi. Même si les patientes de notre étude ont une bonne notion de la formation de leur médecin généraliste quant aux actes gynécologiques, seulement 55,6% d'entre elles pensent que leur médecin est formé à la gestion de la contraception. Elles ont probablement plus l'habitude que leur médecin leur propose la contraception orale, qui nécessite d'ailleurs une consultation dédiée, que la pose d'un implant ou d'un DIU. Il en est de même pour les tabous liés à la ménopause, où l'on retrouve des freins du côté des patientes à aborder certains inconforts, comme du côté des médecins.

La perception du rôle de chaque praticien est en transition : la sage-femme est associée aux accouchements et aux suivis de grossesse ; les médecins généralistes étant « proches » de la famille paraissent moins accessibles pour les questions gynécologiques pour certaines patientes ; et les gynécologues sont perçus comme les professionnels de premier recours pour le suivi gynécologique ou sont choisis « par habitude ». Néanmoins, ces derniers sont spécialistes de la pathologie gynécologique ou obstétricale et leur nombre étant en diminution, ils ont besoin, à contrario, d'être libérés des consultations de préventions et de suivi, réalisables par les médecins généralistes ou les sages-femmes.

Les médecins généralistes permettent de coordonner le suivi médical global et la consultation de médecine générale est l'occasion de proposer aux femmes qui n'ont pas de suivi gynécologique, de participer aux dépistages.

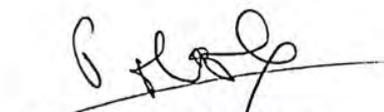
A l'étranger, le suivi gynécologique est aussi majoritairement effectué par les gynécologues, malgré leur nombre en chute ; cependant dans les pays en voie de développement, les sages-femmes ou infirmières praticiennes ont un rôle plus important dans le suivi gynécologique qu'en France. Pareillement, on retrouve, notamment aux Etats-Unis, un manque de suivi par les généralistes souvent lié au fait d'avoir vu un gynécologue lors du dernier examen gynécologique.

Généralement, les critères importants pour les patientes lors de la consultation de gynécologie sont que le praticien prenne du temps, que l'examen clinique soit sans douleur et que le délai

de rendez-vous soit rapide. Le domaine de la gynécologie concerne l'intimité des femmes, et il est parfois compliqué pour les patientes de s'exposer, ou d'aborder certains sujets. C'est pourquoi il est indispensable de prendre le temps de les écouter, de poser les questions adéquates et de les mettre en confiance dans un cadre propice.

En France, la formation des médecins généralistes en gynécologie est un nouvel enjeu pour le système de santé pour compenser la pénurie des gynécologues et assurer un accès équitable aux soins. La féminisation de la profession et l'engagement personnel que les généralistes manifestent dans le suivi gynécologique des femmes, combiné à l'information des patientes, devrait voir augmenter la sollicitation des médecins traitants.

Vu
Toulouse le 28/04/2021


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 7 mai 2021

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIÉ

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan


Didier CARRIÉ

VI- Bibliographie

1. France - La Definition Europeenne de la Medecine Generale – Medecine de Famille | Wonca Europe [Internet]. [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>
2. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
3. Dépistage du cancer du sein : orienter vos patientes en fonction de leur niveau de risque - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Orienter-vos-patientes>
4. 2011 - Recommandations pour le dépistage du cancer du col.pdf [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
5. Infections à Papillomavirus humains (HPV) [Internet]. [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>
6. Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
7. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes-dans-le-cadre-du-suivi-de-la>
8. La ménopause [Internet]. [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/communiques-de-presse/108-menopause>
9. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758/>
10. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [Internet]. [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/

11. Définition gynécologie [Internet]. [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/G/gynecologie>
12. Les compétences des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
13. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86 | Legifrance [Internet]. [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_86
14. Le droit de prescription [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/droit-prescription/>
15. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016. :326. [cité 28 janv 2019].Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1j2jckd/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
16. ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf [Internet]. [cité 7 sept 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf
17. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
18. Archive du Service Commun de la Documentation de l'Université de Nantes [Internet]. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=f791a410-9550-4a6e-bbe3-293bdfdb38c1>
19. Timsit C. Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique: étude chez 126 patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=232701113>
20. Lardanchet S. Connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention: étude menée en région PACA. :72. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02381103/document>
21. Densité de sages-femmes libérales | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/densite-de-sages-femmes-liberales>
22. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ

- psychosomatique. 2002;no 27(3):81-92. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur:
<https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2002-3-page-81.htm>
23. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Sante Publique. 23 juin 2011;Vol. 23(2):77-87. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-2-page-77.htm>
24. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - Prévention [Internet]. studylibfr.com. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: [https://studylibfr.com/doc/2258039/barometre-santé-médecins-généralistes-2009---prévention](https://studylibfr.com/doc/2258039/barometre-sante-medecins-generalistes-2009---prevention)
25. Rapport - Bénéfices attendus de l'augmentation de la couverture vaccinale contre les HPV en France - Ref : ADBENVACHPV19 [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rapport-Benefices-attendus-de-l-augmentation-de-la-couverture-vaccinale-contre-les-HPV-en-France>
26. Farne A. Le papillomavirus humain et la vaccination anti-HPV en France : comparaison au système australien et étude mettant en évidence les freins à cette vaccination. 8 nov 2019;107. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Bordeaux. UFR de sciences pharmaceutiques; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02417224>
27. Meyer S. Étude de la couverture vaccinale contre HPV et des facteurs associés au statut vaccinal dans une population d'adolescentes d'Ile-de-France. 26 sept 2017;53. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paris Descartes. UFR de médecine; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01760444>
28. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Breton JL. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. Sante Publique. 6 août 2013;Vol. 25(3):255-62. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Depistage-et-prevention-de-cancer-du-col-de-l-uterus-Role-du-medecin-et-de-la-sage-femme>
29. SPF. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Numéro thématique. Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/caracterisation-des-femmes-ne-realissant-pas-de-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-par-frottis-cervico-uterin-en-france.-numero-thematique.-vers](https://www.e-cancer.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/caracterisation-des-femmes-ne-realissant-pas-de-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-par-frottis-cervico-uterin-en-france.-numero-thematique.-vers)
30. Chanson MC. Le frottis cervico-utérin : qu'en savent les femmes ? : Analyse des connaissances sur les moyens de prévention du cancer cervico-utérin, de la participation au dépistage et de la perception de l'implication des médecins généralistes. 17 mai 2019;132.

[Thèse d'exercice]. [France] : Université Clermont-Auvergne. UFR de médecine; 2019.

Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02190375>

31. Zeraoui A, Balas S. Ressenti des médecins généralistes et des femmes face à la ménopause. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Aix-Marseille. UFR de médecine; 2020;88. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03026344/document>

32. Tomaszek V. Comment s'informent les femmes sur la ménopause et quelles sont leurs attentes vis-à-vis de leur médecin traitant sur le sujet ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2016.

33. Devaux E, Delhaye E. Exploration par une étude qualitative des réticences des médecins généralistes à aborder l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes. UFR de médecine; 16 janv 2018.

34. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/contraception-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques/>

35. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg

36. Francillard R. Les actes de pose de Dispositif Intra Utérin réalisés par les médecins généralistes en France en 2019. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Aix-Marseille. UFR de médecine; 27 oct 2020;43. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03019777>

37. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-recours-urgents-ou-non-programmes-en-medecine-generale)

38. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-recours-urgents-ou-non-programmes-en-medecine-generale>

39. La santé des femmes en France - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/la-sante-des-femmes-en-france>

40. DAVID L. Déterminants conduisant les patientes à consulter aux urgences gynécologiques et obstétrique du CHU de Nice plutôt qu'en médecine de ville (étude auprès de 300 patientes). [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nice. UFR de médecine; 2011.

41. Lecomte B. Place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen. UFR de médecine et de pharmacie;26 oct 2017;111. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01682388>
42. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Revue française des affaires sociales. 22 juin 2011;(1):116-47. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-116.htm>
43. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Grenoble Alpes. UFR de médecine. 26 avr 2017;73. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01517439>
44. Megret V. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale [Internet]. Limoges; 2010 [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-39177>
45. Section 3 : Le troisième cycle des études de médecine (Articles R632-1 à R632-79) - Légifrance [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000033495257/2016-11-28>
46. Colchen M. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du Diplôme d'Etudes spécialisées (DES) de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Picardie Jules Verne. UFR de médecine. 24 mars 2016;74. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01346788>
47. Guillaume C-E. Évaluation des compétences cliniques et techniques en gynécologie médicale acquises au cours du DES de médecine générale : enquête auprès des nouveaux médecins généralistes issus des promotions 2012 et 2013 de l'Université de Bordeaux. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Bordeaux. UFR de sciences médicales. 23 janv 2018;57. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01714730>
48. Plantevin M. Connaissances des patientes concernant les compétences gynécologiques des médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Aix-Marseille. UFR de médecine. 4 juin 2020;88. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02967664>
49. Huet C, Toussaint N. Suivi gynécologique: quelles sont les perceptions des patientes sur la pratique des médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lyon. UFR de médecine; 2018. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=22831268X>
50. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en

médecine générale : étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne [Internet]. undefined. 2014 [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: /paper/D%C3%A9terminants-subjectifs-et-objectifs-de-la-pratique-Lageyre/09d3ab6cf781b7f2a46027c57fea3ef7a2e8b91b

51. Marcilly A, Mauri M. Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi : point de vue des patientes. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Grenoble-Alpes. UFR de médecine; 21 sept 2018;63. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01881279>
52. Freyens A, Dejeanne M, Fabre E, Rouge-Bugat M-E, Oustric S. Young women describe the ideal first pelvic examination: Qualitative research using semistructured interviews. *Canadian Family Physician*. [Internet]. 1 août 2017;63(8):e376-80. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cfp.ca/content/63/8/e376>
53. Hardy A-C, Jourdain M, Catimel B, Clautour L, Canévet J-P. Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux. *Recherches familiales*. 8 juin 2015;n° 12(1):57-70. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-57.htm>
54. Lavoue V, Garlantezec R, Allory E, Fiquet L. Comment des femmes précaires, habitant en milieu rural, perçoivent-elle leur suivi gynécologique ? [Thèse d'exercice]. [France] : Université Bretagne-Loire. UFR de médecine; le 1er février 2017. :44. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/601a7628-4128-40c4-93d7-0e9d3120bd0a?inline>
55. Lai LJ, Chou CL, Su HI, Chen TJ, Chou LF, Chou YC, et al. No gynecologist in town: the gynecological care of women in rural Taiwan. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:1077-83. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <http://europepmc.org/article/MED/26251581>
56. Vangeenderhuysen C, Abdellahi MB, Isselmou S. Santé maternelle en Afrique francophone - La formation des sages-femmes en échographie obstétricale dans les pays en développement : pourquoi et comment ? /data/revues/03682315/00310001/100/ [Internet]. 9 mars 2008 [cité 8 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/114378>
57. Schmittiel J, Selby JV, Grumbach K, Quesenberry CP. Women's Provider Preferences for Basic Gynecology Care in a Large Health Maintenance Organization [Internet]. <https://home.liebertpub.com/jwh>. 2004 [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/152460999319147>
58. Amaechina OU, Moodley J, Ramnarain H. Patients attitudes to vaginal examination and use of chaperones at a public hospital in South Africa. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 1 janv 2016;19(1):110. Disponible sur: <https://www.njconline.com/>

59. Shultz CG, Chu MS, Yajima A, Skye EP, Sano K, Inoue M, et al. The cultural context of teaching and learning sexual health care examinations in Japan: a mixed methods case study assessing the use of standardized patient instructors among Japanese family physician trainees of the Shizuoka Family Medicine Program. *Asia Pacific Family Medicine*. 7 oct 2015;14(1):8. Disponible sur: <https://apfmj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12930-015-0025-4>

VII-Annexes

Annexe 1 : questionnaire

1^{ère} partie : vous connaître

1/ Quel est votre âge ?

.....

2/ Quel est votre code postal ?

.....

3/Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

Agriculteurs, exploitants

Artisans, commerçants, chefs d'entreprise

Cadres et professions intellectuelles supérieures

Professions intermédiaires

Employés

Ouvriers

Retraités

Autres personnes sans activité professionnelle (étudiant, chômeur...)

4/ Avez-vous un ou plusieurs enfant(s) (en chiffre) ?

.....

2^{ème} partie : votre suivi gynécologique

5/ Avez-vous un suivi gynécologique ?

Oui

Non

6/ Si non, pourquoi ?

.....

7/ Si oui, qui vous suit ?

Un gynécologue homme

Une gynécologue femme

Votre médecin généraliste homme

Votre médecin généraliste femme

Un autre médecin généraliste

Une sage-femme

8/ Quel est votre temps de transport entre votre domicile et le cabinet (ou la structure) où vous effectuez votre suivi gynécologique ?

< 10 min

10 à 30 min

30 min à 1h

> 1h

3^{ème} partie : critères de choix du suivi gynécologique

9/ Pensez-vous que votre médecin généraliste est formé et peut :

Prescrire une contraception et/ou la poser (comme l'implant ou le stérilet)

Réaliser un frottis cervico-vaginal

Réaliser une palpation mammaire

Suivre une grossesse sans complications

Gérer les médicaments de la ménopause

Vacciner contre le papillomavirus

Gérer une urgence gynécologique (problème de douleur, saignement, anomalie des pertes etc.)

Organiser une interruption volontaire de grossesse au cabinet (en fonction du terme)

Parler de la prévention des IST (infections sexuellement transmissibles)

10/ Votre médecin traitant pratique-t-il/elle la gynécologie ?

Oui

Non

Ne sait pas

11/ Est-ce que le sexe de votre médecin traitant influence votre choix de praticien pour votre suivi gynécologique ?

Oui

Non

12/ Quels critères vous paraissent-ils indispensables pour votre suivi gynécologique ? (3 critères maximum)

Un rendez-vous rapide à avoir

Un cabinet proche de mon domicile

La durée de consultation est rapide

Il/elle prend le temps lors de la consultation

Il/elle est spécialiste en gynécologie ou obstétrique

Il/elle ne fait pas mal lors de l'examen

Il/elle a de l'expérience (plusieurs années de pratique)

Il/elle pourra me faire une échographie

C'est une femme

Autre (une seule réponse) :

Si vous êtes intéressée par les résultats de ma thèse, veuillez me laisser votre mail ci-dessous :
.....

NB : Votre adresse mail ne sera utilisée que pour l'envoi des résultats et ne sera pas conservée.

Annexe 2 : Résumé

Introduction : Les changements de compétences et démographiques ces dernières années, expliquent l'habilitation des médecins généralistes, ainsi que des sages-femmes, au suivi gynécologique des patientes. L'effectif des gynécologues médicaux et/ou obstétriciens, a diminué de 25,5% entre 2008 et 2015. Cette tendance va se confirmer sur la période 2015-2020 et le département de l'Aveyron en fait partie. L'objectif principal est de déterminer le praticien choisi par les femmes pour le suivi gynécologique en Aveyron. L'objectif secondaire est de déterminer les facteurs influençant leurs choix.

Matériel et méthode : C'est une étude quantitative observationnelle descriptive transversale menée du mois de mars 2020 au mois d'août 2020, par un auto-questionnaire, multicentrique, auprès de patientes de 18 à 77 ans, sur le territoire aveyronnais.

Résultats : Selon notre étude, sur les 92,5% patientes avec un suivi gynécologique, 39,8%, l'étaient par une gynécologue femme, 22,2% par une sage-femme et 17,5% par un médecin généraliste femme. Seules 55,6% considéraient que le médecin généraliste était formé pour la prescription et/ou pose d'un dispositif intra-utérin. Le critère le plus important du suivi était le fait de prendre le temps lors de la consultation, suivi du fait de ne pas ressentir de douleurs, d'un rendez-vous rapide à obtenir et que le praticien soit spécialisé dans le domaine de la gynécologie.

Conclusion : La perception du rôle de chaque praticien est en transition, néanmoins, les patientes s'orientent par habitude et manque d'information vers les gynécologues, alors que les consultations de suivi normal peuvent être organisées chez un médecin généraliste ou une sage-femme, et permettre de libérer des consultations plus complexes aux spécialistes.

Mots clés : suivi, gynécologie, médecin généraliste, sage-femme, gynécologue, examen gynécologique, relation médecin-patient, frottis cervico-utérin, ménopause, interruption volontaire de grossesse, contraception

AUTEUR : Manon DROSZCZ

TITRE : Suivi gynécologique des patientes aveyronnaises, critères de choix du praticien

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Marie Lemanissier

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de médecine de Purpan, Toulouse, le 1^{er} juin 2021

Résumé en français

Introduction : L'objectif principal était de déterminer le praticien choisi par les femmes pour le suivi gynécologique en Aveyron et secondairement de déterminer les facteurs influençant leurs choix.

Matériel et méthode : Etude quantitative observationnelle descriptive transversale par un auto-questionnaire, multicentrique.

Résultats : Sur 160 questionnaires retenus, 148 patientes avaient un suivi gynécologique : 39,8% par une gynécologue femme, 22,2% par une sage-femme et 17,5% par un médecin généraliste femme. Les critères de choix les plus importants étaient le temps de consultation, l'examen sans douleurs, un délai de rendez-vous rapide et la spécialisation du praticien.

Conclusion : La perception du rôle de chaque praticien est en transition, néanmoins, les patientes s'orientent par habitude et manque d'information vers les gynécologues.

Résumé en anglais

Title: Gynecological follow-up of Aveyron patients, criteria for choosing practitioners

Introduction: The main objective was to determine the practitioner chosen by the women for gynecological follow-up in Aveyron and secondarily to determine the factors influencing their choices.

Material and method: Cross-sectional descriptive observational quantitative study by a self-administered questionnaire, multicentric.

Results: Out of 160 questionnaires retained, 148 patients had gynecological follow-up: 39.8% by a female gynecologist, 22.2% by a midwife and 17.5% by a female general practitioner. The most important selection criteria were consultation time, pain-free examination, quick appointment time and practitioner specialization.

Conclusion: The perception of the role of each practitioner is in transition, however, patients refer out of habit and lack of information to gynecologists.

Mots-Clés : suivi, gynécologie, médecin généraliste, sage-femme, gynécologue, examen gynécologique, relation médecin-patient, frottis cervico-utérin, ménopause, interruption volontaire de grossesse, contraception

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France