

2025-2026

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

CHOIX D'UN PROFESSIONNEL DE SANTE PAR LES FEMMES POUR LEUR SUIVI GYNECOLOGIQUE

Etude qualitative menée dans les Pays de la Loire

AUGEREAU Nolwenn

Née le 24 mai 1997 à Cholet (49)

Sous la direction de Mme la Dr GUELFF Jessica

Membres du jury

Mme Pr ANGOULVANT Cecile | Présidente

Mme Dr GUELFF Jessica | Directrice

Mme Dr GHALI Maria | Membre

Mme Dr CHAUVET-TIRE Lydie | Membre

Soutenue publiquement le :
19 février 2026



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée AUGEREAU Nolwenn
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiante le **24/10/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie

PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDEECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

Au Professeur Angoulvant,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci d'avoir porté de l'intérêt à mon sujet. Soyez assurée de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Au Dr Guelff,

Merci de m'honorer de diriger cette thèse. Notre chemin commun fut long. Je vous ai pourtant sollicitée dès ma première année d'internat, déterminée à rapidement devenir docteur. La difficulté de ces études, les embûches de la vie, m'ont ralenti dans cette quête. Je tenais à vous remercier d'avoir toujours répondu présente. D'avoir su m'accompagner avec patience et bienveillance. D'avoir toujours été de bon conseil et d'une grande aide. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous. Merci pour tout.

Au Dr Chauvet-Tiré,

Lydie, Merci d'avoir été une super prat' SASPAS ! Chez toi, j'ai beaucoup pratiqué la gynécologie et m'y suis aguerrie. J'ai aussi débuté en pédiatrie. J'ai pu apprivoiser cette pratique inexpérimentée pendant mon externat. Tu te souviendras sûrement de l'angoisse que ça m'apportait au départ... Grâce à toi, je me suis sentie plus à l'aise et sereine dans ma nouvelle vie de médecin remplaçant. Vie dans laquelle nous continuons de collaborer à ma plus grande joie. Merci d'avoir été à l'écoute lorsque j'en ai eu le plus besoin. Je te suis reconnaissante d'avoir accepté avec plaisir de faire partie de ce jury.

Au Dr Ghali,

Nous nous sommes croisées lors de mon stage SASPAS à Cholet. Je me souviens d'une médecin à l'écoute de ses patients et très empathique. Des qualités que j'espère cultiver dans ma propre pratique. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Aux médecins, aux co-externes puis co-internes et aux patients m'ayant accompagnée tout au long de ce cursus et pour cette thèse,

Ma gratitude est infinie. Merci pour tout ce que vous m'avez appris. Merci de m'avoir formée. Merci pour votre confiance et pour le temps accordé. Le médecin que je suis résulte de votre travail à tous.

REMERCIEMENTS

A mes parents,

Merci de m'avoir transmis, parmi tant d'autres belles valeurs, le mérite et la persévérance. Indispensables pour les études de médecine. Merci d'avoir fait tout votre possible pour que je traverse la tempête qu'elles représentent le plus sereinement possible. Merci d'avoir fait en sorte de nous offrir un avenir meilleur.

A ma maman, mon étoile, ce travail t'est entièrement dédié. Je te dois ma réussite. Tu m'as toujours poussée à me dépasser. Au niveau scolaire d'abord, puis professionnel ensuite. Tu voulais faire de moi une femme indépendante : « tu seras libre ma fille, tu seras une femme forte ». J'y travaille tous les jours. Peu de temps avant que tu nous quittes, je t'avouais mon angoisse et ma grande tristesse de savoir que tu ne serais pas présente à ma soutenance. Toi qui avais tellement attendu et souhaité ce moment. Tu m'as répondu que je n'avais pas à avoir peur. Que tu serais là, tout près de moi et que tu serais fière. J'espère que tu me regardes et que de là où tu te trouves, tu l'es : fière. Je t'ai promis de rêver mieux, de tout faire pour être heureuse. J'essaierai d'en faire ton héritage. Peu importe où tu te trouves, mon amour te trouvera toujours. Tu me manques terriblement chaque jour.

A mon petit papa, qui a toujours été là pour moi. Fort et solide. Tu as toujours su prouver ton amour par les gestes. Je n'aurai jamais pu tenir la première année de médecine sans toi. Merci pour les allers-retours hebdomadaires Cholet-Angers. Merci pour tous les bons petits plats que tu m'as concoctés. Merci d'avoir remis de l'ordre dans mon tout petit appart' quand il ressemblait au souk mais que je n'avais pas l'énergie. Merci pour le petit argent de poche glissé en douce pour que je puisse décompresser entre les révisions. Même si le dire n'est pas chose aisée chez nous, je sais que tu m'aimes et que tu es fier de moi. Sache que c'est réciproque. Je te suis infiniment reconnaissante et je t'aime de tout mon cœur.

A mon petit frère, chien et chat. Le yin et le yang. Nous sommes très différents. Nous ne sommes pas toujours d'accord. Mais notre éducation a su faire de nous une fratrie soudée. Merci pour ton humour, qui m'a apporté légèreté et réconfort quand mes batteries étaient à plat. Merci pour ta tchatche naturelle, qui m'a souvent sauvée de situations de « flemme sociale ». Notre différence est notre force, elle nous permet de nous compléter. Je sais ta sensibilité que tu essaies tant bien que mal de dissimuler. Je ferai tout mon possible pour te tenir la main quand tu en auras besoin. Je serai toujours là pour toi. Mon amour est inconditionnel.

A mamie Lulu, pour les galipettes, les bons petits plats portugais, les nombreuses histoires et comptines du soir étant petite, le « cmitière » et tous tes autres mots mi-français, mi-portugais qui me font tant rire.

A mamie Geneviève, pour avoir supporté toutes nos bêtises du mercredi avec les cousins sans jamais ne nous avoir dénoncé aux parents le soir.

A tatate Deb, je me suis toujours sentie soutenue et aimée dans ton regard. Merci de m'avoir trimballée partout quand j'étais petite, telle une mascotte. J'ai souvent tenté de te copier. Merci de prendre soin de ma chevelure (j'arriverai à te faire accepter de me faire des mèches roses un jour !). Je t'aime. Tu es la grande sœur que je n'ai jamais eue.

A Enora, de me regarder avec les yeux de l'amour. Je suis fière d'être ta marraine et de la jeune femme que tu es en train de devenir. J'ai tellement aimé m'occuper de toi bébé. Tu grandis si vite ! Je te souhaite une vie longue et joyeuse.

A Manon, ton univers d'artiste m'a souvent intrigué. Merci de me permettre de me questionner sur mon monde parfois trop terre à terre. J'espère que ta future vie d'adulte sera tout aussi légère que ta vie d'enfant. La tête dans les nuages.

A Jean-Ba', merci d'avoir été mon co-thésard officieux. Sans ta maîtrise infailible d'Excel, de Word et de Zotero, j'aurais abandonné ce travail au stade d'analyse des données...Merci pour tes relectures attentives et tes conseils avisés. Merci de me rendre la vie plus douce et plus facile. Merci d'être aussi fou que moi. Merci pour ta joie de vivre. Merci d'avoir pris le relai de mon papa (et de mamie Lulu) pour les bons petits plats. Merci pour ta patience infinie, ton empathie et de m'accepter telle que je suis. Merci d'essayer de me sortir de ma zone de confort sans jamais ne me brusquer. Avant toi, je n'aurai jamais pu imaginer que l'amour puisse être aussi beau et paisible. Tu es mon meilleur ami et mon meilleur amour. Les belles histoires sont rares, nous avons la chance d'en vivre une ensemble. Je nous souhaite une longue et belle vie commune. Je t'aime si fort.

A ma belle famille : Cece, Jacquo, Nenène et GG, désolée de n'aimer ni le golf, ni le foot...Merci pour votre accueil bienveillant et chaleureux ainsi que pour l'intérêt porté à mon parcours professionnel. Merci pour les toujours très bons et conviviaux repas de famille et pour nos week-ends à la mer que j'affectionne tant.

GG et Nenène, je suis reconnaissante que vous soyez autant une famille que des amis pour moi.

REMERCIEMENTS

A mes amis,

Pythagore disait : « Les amis sont des compagnons de voyage, qui nous aident à avancer sur le chemin d'une vie plus heureuse ».

A Naciha tout d'abord, celle avec qui j'ai sillonné le chemin nous menant de l'adolescence à l'âge adulte. A nos rires et à nos larmes. A nos hauts et à nos bas. Merci d'avoir évolué à mes côtés, de manière différente mais toujours soudées. Merci pour cet amour inconditionnel et incommensurable. Merci pour tous nos fous rires, pour les commérages que nous affectionnons tant. Tu es la sœur que je n'ai jamais eue. You can count on me 'cause I can count on you.

A mes amis de la villa Kimona, merci de ne pas (trop) avoir honte de moi. Merci de m'avoir toujours accepté telle que je suis. Quand, ailleurs, j'avais parfois le sentiment qu'on m'aurait préféré un peu différente. Merci pour tous les moments forts en fête et en joie qui emplissent mon cœur et ma mémoire de bonheur. Merci d'avoir toujours répondu présents, même dans les moments les plus sombres. Vous êtes la famille que je me suis choisie.

Merci :

Anaëlle, pour ta douceur et ton engagement. **Armelle**, pour ton esprit aventureux. **Cathy**, merci d'avoir été d'un grand soutien ces derniers temps. Le dicton ne dit-il pas : « la vie réunit toujours ceux qui s'aiment » ? **Chloé**, merci d'apporter la force tranquille à notre groupe si bruyant et expansif. Tu es une personne attentionnée, de conseils sages que j'apprécie suivre. **Claire**, pour ton grain de folie qui m'anime tant. **Edouard**, notre exemple à suivre d'un corps sain dans un esprit sain, pour ton rire si communicateur. **Gwendal**, tu es une de ces personnes singulières qui marquent notre vie à jamais. Tout particulièrement : à ta folie, ta tendresse, et pour avoir été la branche de mon koala. **Julie Pot'**, pour aimer danser sur les mêmes sons que moi, même s'ils font rarement l'unanimité. Pour avoir été l'une des premières personnes avec qui j'ai fait les 400 coups à 19 ans. **Julie Poiz'**, pour ton ouverture d'esprit, ta spontanéité rafraîchissante et ta gentillesse sans fin. Merci d'accepter (peut-on même dire finalement « apprécier » ?) les câlins que j'aime tant vous distribuer. **Justine**, sous tes faux airs de froideur, se cache une femme au grand cœur, toujours prête à aider, dans les bons comme les mauvais moments. Merci pour tous les moments de papotage et de shopping entre filles que j'affectionne tant. **Logane**, pour avoir été ma meilleure concurrente au collège. Je suis pleine de gratitude que la vie t'ai remise sur mon chemin aux études sup'. Je t'aime pour ton optimisme, tes conseils toujours justes et précieux, ton humanité, parmi tant d'autres choses. Tu es l'un des piliers de ma vie. **Louise**, pour ta légèreté et ta volubilité. **Lucie**, garde toujours ton âme d'enfant ! Cette insouciance ingénue que j'envie tant. Tu es une vraie bouffée d'oxygène. **Mathilde**, pour ton naturel et ta bonne humeur à toute épreuve. Ravie de te compter parmi les survivants angevins. **Mattéo**, pour ton esprit fin et ton intelligence. Pour ton avancement toujours plus haut sur l'échelle de la déconstruction ! **Morgane**, notre mère à tous ! Je suis si reconnaissante de te compter parmi mes amies les plus proches. Je te voue une confiance aveugle et je chéris les nombreux beaux moments que nous avons partagé depuis 10 ans. Tu es l'amie avec qui je me sens le plus en phase et es un exemple que je suis volontiers. **Nathan**, pour m'avoir supporté toute la P1. Pour ton esprit brillant et pour être le plus drôle de mes copains. **Paul**, pour notre amitié profonde et sincère malgré l'éloignement. Merci d'être un joyeux luron éclairant ma vie. **Pierre**, les bons tuyaux ! La poursuite de notre parcours commun angevin nous a permis de nous rapprocher et j'en suis heureuse. Tu es une personne entière, un bon vivant, toujours partant pour partager les moments de convivialité que j'estime tant. **Tom**, pour ton intégrité, ta détermination et pour être toujours enjoué.

Amélie, pour ta féminité, ta détermination et ton charme indéniable. **Antoine**, ta bonne humeur à toute épreuve. **Manon**, pour être mon double, pour être si pétillante. **Pauline**, pour être si vivante, entreprenante et resplendissante, mettant un regain de jeunesse dans ma trentaine à tendance pantouflarde approchant. **Rozenn**, mi-ange, mi-démon ! Pour ta splendeur, pour nos fous rires et ta mignonnerie débordante. **Sam**, pour tes disquettes légendaires et pour être un boute-en-train. **Steib**, pour ta force tranquille et pour être une personne chaleureuse.

Je vous aime tous et vous m'inspirez pour tout ça !

REMERCIEMENTS

A mes amis rencontrés au Mans, merci de m'avoir aidé à traverser cet internat. Et surtout à survivre aux urgences ! Vous avez été mes phares dans la nuit. C'est exactement vous que j'espérais trouver en quittant ma douceur angevine le temps d'un semestre.

Merci :

Alice, pour ta coquetterie et ta joie de vivre communicante. **Amandine**, pour avoir toujours de bonnes histoires à nous raconter, pour être une épaule solide sur laquelle on peut s'appuyer. **Audrey**, pour ton caractère bien trempé, tes éclats de rire, tes danses endiablées et ta pirouette par-dessus la barrière de la piscine qui me fera mourir de rire jusqu'à ma mort. **Camille**, pour m'accepter telle que je suis, sans jamais ne me juger. Pour nos petites soirées cocooning qu'il faut vraiment que l'on remette au goût du jour ! Tu te considères souvent comme l'enfant que nous avons fait grandir. Moi je te vois plutôt comme une personne mature et réfléchie, toujours soutenante. **Charlotte**, pour ton calme si apaisant et pour ta bonté. **Clara**, pour ton franc parler légendaire, tes bons conseils sans détour. **Clarisse**, pour nos différences si enrichissantes, ta prévenance, et même pour « kirikou » et « hi han ». **Léa**, pour ta quiétude et pour tes nombreuses belles aventures qui nous font tous rêver. **Lucie**, pour m'avoir supporté plusieurs stages d'internat. Pour toujours répondre présente quand on en a besoin, même à distance. Je sais que tu es quelqu'un sur qui on peut compter et je t'en remercie. Pour ton double maléfique si hilarant. **Marine**, pour ne pas me laisser être le seul médecin fan de JUL. **Pauline**, pour ta capacité à nous faire dédramatiser et relativiser. **Roxane**, pour ton dynamisme et ton charisme. **Tanguy**, pour ta tolérance et ton excentricité qui rend la vie plus pétillante. **Xavier**, pour ta candeur, pour accepter nos soirées filles sans jamais broncher.

A vos +1, qui sont des membres à part entière de nos cercles précieux d'amis.

Aux amis de JB', qui m'ont accueillie les bras ouverts. Avec son lot de taquineries que j'affectionne tant.

A Plumette enfin, tu n'es pas le chat le plus affectueux du monde (je t'ai souvent menacé - pour la blague, ne te retourne pas dans ta tombe Brigitte Bardot ! - de te déposer à la SPA à cause de ça...). Mais tu as été mon plus grand soutien durant les nombreuses heures de travail solitaire, durant mes moments de doutes et de pleurs. Tu es le meilleur anxiolytique à 4 pattes et à poil doux. Tu es mon petit-être préféré.

Liste des abréviations

[illegible]

PLAN

SERMENT D'HIPPOCRATE

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Type d'étude**
- 2. Population cible et recrutement**
- 3. Recueil de données**
- 4. Retranscription et analyse de données**
- 5. Ethique**

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques de la population étudiée**
- 2. Modélisation des résultats**
- 3. Connaissances des patientes et normes sociétales**
 - 3.1. Limites des connaissances
 - 3.2. Domaines d'intérêts
 - 3.3. Sources utilisées
 - 3.4. Tabous et évolution des discours autour de la gynécologie
- 4. Suivi gynécologique en pratique, représentations des patientes**
 - 4.1. Éléments composants le suivi gynécologique
 - 4.2. Temporalité du suivi
 - 4.3. Intérêts et bénéfices du suivi
 - 4.4. Professionnels du suivi et leurs parcours
- 5. Ressentis et attentes des patientes pour leur suivi**
 - 5.1. Ressentis positifs
 - 5.2. Ressentis négatifs
 - 5.3. Attentes des patientes
 - 5.3.1. Vis-à-vis du suivi
 - 5.3.2. Vis-à-vis de la consultation
 - 5.3.3. Vis-à-vis de la traçabilité
 - 5.3.4. Vis-à-vis du professionnel
- 6. Rôle et place du médecin traitant dans le suivi gynécologique**
 - 6.1. Positionnement du médecin traitant
 - 6.2. Abord de la gynécologie par le médecin traitant
 - 6.3. Pratique de la gynécologie par le médecin traitant
 - 6.4. Limites du médecin généraliste
 - 6.5. Arguments en faveur du suivi par le médecin traitant
 - 6.6. Communication à adopter par le médecin traitant
- 7. Choix du professionnel de santé**
 - 7.1. Orientation
 - 7.2. Choix contraint
 - 7.3. Préférences personnelles

DISCUSSION

1. Principaux résultats de l'étude

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1. Forces

2.2. Faiblesses

3. Comparaison à la littérature

3.1. Suivi gynécologique en pratique et attente des patientes

3.2. Influence socio-culturelle dans le suivi et le choix du professionnel

3.3. Connaissances limitées des patientes

3.4. Comparaison des différents suivis : la sage-femme et le gynécologue

3.5. Qu'en-est-il du médecin généraliste ?

3.6. Perspectives en pratique

4. Effectuer un choix

4.1. Qu'est-ce qu'un choix ?

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction

Le suivi gynécologique est un domaine médical vaste, englobant bon nombre de consultations. En France, il est effectué par les gynécologues, les sages-femmes et les généralistes. La plupart des femmes étaient suivies par le gynécologue. Mais cette tendance évolue en leur défaveur en lien avec l'évolution de la démographie médicale. L'objectif est de comprendre le choix des patientes des Pays de la Loire pour le professionnel de santé assurant leur suivi gynécologique. Les objectifs secondaires sont de repérer le savoir des femmes sur le suivi gynécologique en France et l'implication réelle ou qu'elles accepteraient de leur médecin traitant.

Méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de 9 patientes des Pays-de-la-Loire. Les données ont été recueillies, retranscrites et analysées selon une méthode de théorisation ancrée.

Résultats

Les patientes sont attachées à leur suivi gynécologique. Ce suivi rentrant dans l'ordre de l'intime, les femmes ont des exigences précises. Tant sur le suivi en lui-même que sur le professionnel qu'elles rencontrent. Le choix du professionnel est souvent orienté par l'entourage et l'environnement socio-culturel. Le gynécologue est apprécié pour sa compétence. Face à la difficulté d'accès, le généraliste et la sage-femme ont une place grandissante. Les sages-femmes ont la préférence des patientes interrogées regroupant des qualités comme le sexe féminin, la douceur, l'écoute, la prévention, le temps accordé et un environnement d'exercice adapté. Les femmes sont ambivalentes au sujet du généraliste. Celles dont le généraliste s'implique spontanément sont enclines au suivi par ce dernier. Celles désinformées par leur généraliste doutent de ses compétences dans le domaine. Quoi qu'il en soit, les connaissances lacunaires des patientes, sur le rôle des professionnels et sur le suivi en général, entravent la qualité des soins.

Conclusion

La désinformation des femmes dans le domaine de la gynécologie conduit à des suivis partiels, dictés par des normes sociétales et fortement influencés par l'entourage. L'éducation des femmes, dès la scolarité, une meilleure formation des généralistes dans la communication et la prévention ainsi qu'une meilleure coopération entre les différents professionnels pourraient contribuer à garder un suivi gynécologique de qualité malgré la démographie décroissante des gynécologues.

Mots-clés : étude qualitative, suivi gynécologique, médecine générale, choix, Pays-de-la-Loire

INTRODUCTION

Au 1er janvier 2024, on recensait 29 567 319 femmes de plus de 15 ans en France (1). Le suivi gynécologique, vaste domaine, représentait donc une grande part du travail médical. En effet, une enquête de 2008 menée par l'institut Brulé-Ville et Associés (BVA) avait conclu que 85% des Françaises avaient un suivi gynécologique (2). En 2019, un mémoire pour le diplôme de sage-femme avait conclu que 78% des femmes étaient suivies pour la gynécologie (3).

Malgré l'absence de consensus sur le cadre du suivi gynécologique, il était majoritairement conseillé de l'initier dès que la patiente en ressentait le besoin ou se posait des questions, peu importe son âge ou son contexte gynécologique. Sans questionnement ou symptomatologie, il devait être initié au début de l'activité sexuelle incluant une tierce personne. Enfin, sans symptôme, ni besoin, ni activité sexuelle, la première consultation gynécologique devait être proposée au plus tard à 25 ans pour la réalisation du premier frottis cervico-utérin (FCU) (4,5).

En France, le suivi gynécologique n'est pas obligatoire, mais une fois débuté, on suggère qu'il soit annuel (5). Il existe des recommandations pour le dépistage organisé du cancer du sein entre 50 et 74 ans, mises à jour en 2004 (6), et pour le cancer du col de l'utérus entre 25 et 65 ans, modifiées en 2019 (7).

Le suivi gynécologique aborde de nombreux sujets. Par exemple, la contraception et l'IVG, les douleurs et tuméfactions pelviennes, les dépistages et traitements des cancers gynécologiques, la fertilité, la sexualité, les anomalies de cycle menstruel, les métrorragies, l'aménorrhée, la ménopause, les IST, les troubles hormonaux, les troubles urinaires, la grossesse et l'allaitement (8,9). Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) avait rédigé en 2021 une charte de bonne pratique pour la consultation gynécologique

afin que les patientes se sentent en confiance, dans l'écoute et le respect (10). En France, ce suivi est assuré par les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes (4,11).

Des études montrent une évolution de la répartition des consultations gynécologiques entre les différents professionnels au fil du temps, en faveur des médecins généralistes. En effet, toujours d'après l'enquête de 2008 de BVA, parmi les 85% des femmes suivies pour la gynécologie, 70% étaient suivies par un gynécologue et seulement 15% par un médecin généraliste (2). En 2020, dans son travail de thèse, M. Plantevin rapportait que, selon des études effectuées entre 2012 et 2014, ces proportions variaient entre 72 et 92% pour les gynécologues et entre 8 et 23% pour les médecins généralistes, et qu'il y avait une proportion minime mais croissante de suivi par les sages-femmes (12). L'étude observationnelle d'E. Bataille, dont les chiffres dataient de 2018, recensait dans les Pays de la Loire, 1 658 155 consultations de gynécologie. 41,3% de ces consultations avaient été menées par des médecins généralistes, 24,3% par des gynécologues et 34,4% par des sages-femmes (13).

Cette évolution pouvait, entre autres, s'expliquer par la démographie médicale décroissante rendant l'accès aux spécialistes de plus en plus difficile. Au 1er janvier 2023, les statistiques de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) recensaient, en France et en exercice libéral exclusif, 993 gynécologues médicaux, 2167 gynécologues obstétriciens, 6219 sages-femmes et 56 738 médecins généralistes. Dans les Pays de la Loire, les chiffres étaient respectivement de 37, 103, 386 et 3333 (14). Le rôle d'acteur central du médecin généraliste dans le suivi primaire, notamment en gynécologie, se renforçait donc. De plus, en 2017, 46% des spécialistes libéraux étaient en secteur 2 et pratiquaient des dépassements d'honoraires libres. Leur accès s'en trouvait limité pour certaines catégories socio-professionnelles. Au contraire, les médecins généralistes étaient

moins de 10% en secteur 2, permettant un suivi médical du plus grand nombre de patientes (15).

Les médecins généralistes français reçoivent au cours de leurs études une formation concernant la santé de la femme. Depuis la réforme du 3^e cycle des études médicales de 2017, un semestre consacré à la santé de la femme est obligatoire dans la maquette de troisième cycle de médecine générale. La maquette prévoit également des ateliers de gestes pratiques (16). D'après l'étude d'E. Bataille, en France, les gestes de gynécologie étaient les plus enseignés au cours de ces ateliers (13). Cette formation permettait donc aux médecins généralistes de se sentir compétents et d'être majoritaires à exercer le suivi gynécologique de leurs patientes (17,19).

De nombreuses études et thèses avaient examiné les freins et la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes. D'après ces derniers, ils étaient principalement consultés pour la contraception, le suivi de grossesse, la prise en charge de la ménopause, la prévention et le FCU (13,17,20,21). Les freins qu'ils repéraient à leur pratique en gynécologie étaient le manque de demande de la part des patientes (17,18), le manque de reconnaissance des patientes de leur compétence²⁰ et le manque de temps (21). Les médecins généralistes avaient le sentiment que les patientes recherchaient la maîtrise technique des gynécologues pour leur suivi et notamment les mères pour leurs adolescentes (22). Les femmes consultaient généralement les gynécologues et les sages-femmes pour leur suivi de grossesse (23).

Chez les médecins généralistes, existait également le sentiment que les patientes préféraient l'expertise et la distance relationnelle des gynécologues ou des sage-femmes (21).

L'ensemble des données chiffrées montraient cependant qu'il y avait une augmentation concrète du pourcentage de la prise en charge gynécologique des patientes par les médecins généralistes, malgré leur sentiment contraire.

La littérature n'exposait en revanche que très peu le ressenti et l'expérience des patientes sur les raisons de leur choix. Or, la connaissance des raisons du choix permettrait aux médecins généralistes d'adapter les pratiques aux attentes des patientes, de se sentir légitimes dans cette prise en charge de la santé des femmes.

L'objectif principal de ce travail était donc d'explorer le choix des patientes des Pays de la Loire pour le professionnel de santé assurant leur suivi gynécologique ainsi que leurs raisons et leurs ressentis.

Les objectifs secondaires étaient : de repérer le savoir des femmes sur le suivi gynécologique en France et l'implication réelle ou qu'elles accepteraient de leur médecin traitant dans leur suivi gynécologique.

MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative analysant les données d'entretiens individuels, semi-dirigés. Cette étude a été élaborée selon les critères de la grille COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) maximisant la validité interne de l'étude (Annexe I).

2. Population cible et recrutement

La population ciblée était des femmes majeures des Pays de la Loire.

Etaient exclues les femmes mineures, les patientes sous mesure de protection.

Il a été convenu d'un échantillonnage raisonné théorique chez une population de femmes susceptibles d'avoir déjà débuté un suivi gynécologique avec des critères de variation maximale, jusqu'à suffisance des données.

Le recrutement des participants s'est fait en chaîne par effet boule de neige et via plusieurs voies. Des courriers explicatifs version professionnels et version patientes ont été déposés chez plusieurs professionnels de santé : médecins généralistes et sage-femmes, et dans un centre de santé sexuelle, afin de leurs expliquer le but de l'étude et qu'ils distribuent la version patiente à leur patientèle (Annexe II et III). Certaines femmes ont été recrutées par abord direct dans des lieux publics avec distribution, du même courrier explicatif. D'autres encore, ont été recrutées via les connaissances personnelles de l'investigatrice, exerçant dans le domaine médical. Ils ont distribué le courrier explicatif version patientes à leurs proches, qui n'étaient, quant à eux, pas du domaine médical.

3. Recueil de données

9 entretiens ont été conduits par l'investigatrice entre le 18 mars et le 2 septembre 2025. Pour chaque entretien, un consentement écrit a été recueilli pour l'enregistrement audio et son

utilisation pseudonymisée à des fins de recherche (Annexe IV). Les participantes ont reçu l'information de leur liberté de participation mais également de leur possibilité de retirer leur consentement à tout moment.

Le guide d'entretien a été élaboré par l'investigatrice à partir de ses hypothèses de recherche et complété à l'aide de bibliographie sur le sujet et d'échanges avec la directrice de thèse. Il a été ajusté progressivement au fil des entretiens, sans modification notable. Il comprenait 9 questions initialement puis 10 pour recueillir des données de qualité afin d'affiner les objectifs de la recherche. La majorité des questions étaient ouvertes, afin de limiter au maximum l'influence sur les réponses des participantes (Annexe V).

Les entrevues se sont déroulées, soit au domicile des participantes soit dans les cabinets des professionnels chez lesquels elles avaient été recrutées pour des raisons de commodité. Un entretien a été réalisé en visioconférence. Elles ont été enregistrées à l'aide du dictaphone de deux téléphones portables, stockés sur les dits téléphones le temps de l'étude puis détruits.

4. Retranscription et analyse de données

Chaque entretien a été retranscrit intégralement sur Microsoft Word®, mot à mot, en incluant le non verbal et en utilisant des pseudonymes. L'analyse des données a été réalisée manuellement par l'investigatrice, via le logiciel Excel®, au fur et à mesure des entretiens en s'inspirant du principe de théorisation ancrée. Les résultats de deux entretiens ont bénéficié d'un double codage par la confrontation des données grâce à une tierce personne. Une triangulation de ces données a également pu être établie par la directrice de thèse.

5. Ethique

Aucune déclaration à la CNIL n'a été réalisée pour cette étude. En revanche, puisque des patientes étaient interrogées, le comité d'éthique du centre hospitalier du Mans a été sollicité et a délivré un avis favorable le 24 novembre 2024 (Annexe VI).

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

Tableau I- Caractéristiques de la population étudiée

Entretien	Tranche d'âge	Milieu d'habitation	Conditions de réalisation de l'entretien	Durée des entretiens
P1	50-60	Semi-rural	Présentiel au domicile de P1	29 minutes 57 secondes
P2	30-40	Urbain	Présentiel au domicile de P2	31 minutes 45 secondes
P3	50-60	Urbain	Présentiel au domicile de P3	32 minutes et 6 secondes
P4	40-50	Semi-rural	Présentiel au domicile de P4	45 minutes 1 secondes
P5	20-30	Urbain	Présentiel au domicile de P5	30 minutes 19 secondes
P6	20-30	Urbain	Présentiel au domicile de P6	32 minutes 54 secondes
P7	40-50	Rural	Présentiel au domicile de P7	31 minutes et 30 secondes
P8	20-30	Urbain	Visioconférence	32 minutes et 54 secondes
P9	60-70	Rural	Présentiel au cabinet du professionnel recruteur	57 minutes et 11 secondes

La moyenne de durée des entretiens était de 36 minutes.

2. Modélisation des résultats

Les explications et les ressentis des patientes interrogées concernant leur choix du professionnel effectuant leur suivi gynécologique sont exposés dans cinq thèmes distincts. Les verbatims extraits des entretiens sont présentés ici en italique, entre guillemets et référencés. L'investigatrice a délibérément sélectionné une petite quantité informative de verbatims pour épurer la lecture.

3. Connaissances des patientes et normes sociétales

3.1. Limites des connaissances

Les différents entretiens ont mis en exergue de nettes méconnaissances des patientes concernant le suivi en santé de la femme. Elles exprimaient très bien elles-mêmes leurs limites sur l'ensemble des champs de la gynécologie. Que ce soit sur l'anatomie féminine, le rôle des différents professionnels ou sur le suivi en lui-même. Les connaissances étaient limitées par le manque d'intérêt des patientes pour le sujet mais aussi, par un manque d'éducation et d'information délivrées par l'entourage ou lors de la scolarité.

P6 « j'ai pas trop de connaissances sur tout ça [...], je sais pas si y'a des suivis réguliers »

P8 « D'anatomie, franchement 0 ! Je connais rien au corps humain. »

3.2. Domaines d'intérêts

Le sujet principal intéressant les femmes concernait la contraception. Elles recherchaient volontiers des informations à ce sujet, notamment sur les différents moyens existants, mais s'informaient et s'intéressaient surtout à leur propre contraception. Il s'agissait principalement de la contraception orale et du DIU. Quelques-unes étaient également intéressées par l'anatomie féminine.

P5 « un peu plus sur la partie contraceptive »

P7 « l'utérus tout ça [...] c'est intéressant »

3.3. Sources utilisées

Pour ce qui est des questions basiques concernant le suivi et son organisation, les patientes tenaient principalement leurs informations des professionnels de santé. Elles se laissaient guider. Elles étaient davantage proactives en ce qui concernait leur anatomie, son fonctionnement, les différents moyens de contraception, et effectuaient des recherches par elles-mêmes via des lectures spécialisées ou bien sur Internet. Ceci pouvait s'expliquer par un manque de temps des professionnels mais aussi par une gêne des patientes à aborder ce genre de sujets.

P3 « c'est pas forcément le monde médical qui m'a apporté ça, c'est plus mes recherches à moi [...] soit internet euh la lecture euh les ouvrages »

P5 « j'ai été conseillée par euh la sage-femme et mon médecin traitant »

3.4. Tabous et évolution des discours autour de la gynécologie

Une explication à ce manque de connaissance à travers les entretiens était le tabou qui régnait autour de la gynécologie.

Lors des générations précédentes, l'accès au suivi et aux connaissances gynécologiques était très dépendant du degré d'ouverture intrafamilial. Les patientes plus âgées déploraient un manque d'échanges avec leur propre famille avec beaucoup de non-dits, entraînant un auto-apprentissage parfois très limité et limitant à ce sujet. Plusieurs de ces patientes plus âgées avaient donc la volonté d'éduquer leurs propres filles pour leurs éviter les désagréments qu'elles ont vécu.

Dans leur discours, à ce jour, persistait un tabou autour de la gynécologie et de la sexualité. Tant sur le plan personnel, familial, qu'avec les professionnels ou dans la société.

L'adolescence pouvait donc encore être une période compliquée, de flou quant à la marche à suivre.

P1 « nos parents ils en parlaient pas, c'était un petit peu tabou »

P1 « C'est différent de maintenant, entre mère et filles, elles parlent beaucoup plus »

Il existait encore dans certaines familles une absence de communication des parents et de leurs enfants sur ces sujets, pouvant entraîner une crainte des jeunes patientes à initier un suivi gynécologique. Une des patientes soulignait le manque de visibilité et d'écoute autour de la santé féminine, préjudiciable à leur bonne prise en charge.

P6 « on sait pas à quoi s'attendre et encore une fois, moi j'en parlais à personne »

Cependant, il existait d'autres ressources malgré ces freins. Ce suivi pouvait être réalisé dans des centres de planning familial ou de santé sexuelle. Les jeunes patientes pouvaient donc accéder à un suivi gynécologique même si elles provenaient de familles conservatrices.

P3 en parlant du planning familial « j'ai commencé à prendre la pilule sans le dire à mes parents [...] en France pour cela c'est quand même top parce qu'à 15-16 ans quand on veut la pilule euh et qu'on veut rien dire à personne on peut se tourner vers des structures comme celles-ci »

4. Suivi gynécologique en pratique, représentations des patientes

4.1. Éléments composants le suivi gynécologique

Pour les patientes, les 3 grands axes du suivi gynécologique étaient la contraception, le suivi de grossesse et de la maternité ainsi qu'un acte technique : le frottis. Dans la contraception, la contraception orale était majoritairement citée.

P5 « les contraceptions dans un premier temps »

P7 « toute mes grossesses euh, l'après grossesse »

P4 « ouais tous les 2 ans pour le frottis »

D'autres éléments ressortaient secondairement comme les questions de sexualité, des IST, des menstruations, de l'infertilité. Les autres examens également cités concernaient la sénologie et parfois les bilans biologiques.

P1 « par rapport à la sexualité et tout ça enfin tout ce qui est hum, au niveau protection »

P5 « J'ai fait une fois un...un dépistage entre deux partenaires »

P9 « Suivi gynécologique, les seins, palpation des seins pour la lutte contre le cancer »

Pour certaines patientes, le suivi gynécologique n'était pas qu'une question d'examen clinique ou de prescription mais peut-être plutôt un temps d'échange, de conseils, de prévention, dans un climat de confiance primordial.

P2 « aussi de l'échange pas forcément l'acte médical » « dans une démarche de confiance » « des avis sur bah tout l'aspect gynécologique de la femme. »

4.2. Temporalité du suivi

Toutes les femmes interrogées ont au moins bénéficié d'une consultation gynécologique dans leur parcours de santé. Presque toutes ont ou ont eu un suivi gynécologique régulier.

A travers les différents entretiens, pouvaient être mis en exergue : des éléments d'entrée dans le suivi gynécologique, de fréquence mais aussi d'interruption et de reprise.

Très majoritairement, on retrouvait comme élément déclencheur de suivi, le début de la vie sexuelle, à l'adolescence, très souvent pour une prescription de contraception. De manière plus anecdotique, les patientes citaient une première grossesse, un problème de santé ou bien un frottis.

P2 « Euh mon premier suivi j'ai dû le faire euh bah j'avais 16 ans [...] pour du coup un moyen de contraception »

P1 « J'ai eu un suivi gynécologique en euh quand j'étais enceinte au départ. »

P9 « malheureusement, ça a commencé très tôt. Ça a commencé à 14 ans. [...] j'ai commencé à avoir des problèmes aux ovaires [...] il y avait des kystes »

Dans le cadre d'un suivi gynécologique physiologique, plusieurs patientes rapportaient un suivi annuel, en lien avec la contraception. Dans certaines situations particulières ou pathologiques, comme la grossesse et le post-partum, les changements de contraception ou bien des pathologies carcinologiques, leur suivi était plus rapproché. Deux patientes se faisaient suivre tous les deux ans mais n'ont pas justifié cette prise en charge.

P5 « J'y vais tous les ans pour faire un bilan, enfin un contrôle »

P9 « j'ai des contrôles permanents tous les 6 mois, une mammo tous les ans »

P8 « post-accouchement, je l'ai vu beaucoup les 4 premiers mois »

P4 « Tous les 2 ans c'est bien »

Dans leurs témoignages, il existait plusieurs motifs d'interruption de suivi. En fonction des contextes de vie (départ à l'étranger, arrêt de contraception, période sans besoin perçu) ou d'événements médicaux (hystérectomie, lourdeur du suivi oncologique).

P9 « étant donné que je suis à mon deuxième cancer. J'ai... les blouses blanches, les piqûres, les trucs, je ne peux plus »

P1 « après euuh le fait que bon j'ai eu une ablation de l'utérus euuh (bruits de bouche) là j'ai plus eu de suivi »

4.3. Intérêts et bénéfices du suivi

Les patientes s'accordaient à dire qu'un suivi régulier, même en situation semblant physiologique était préventif et permettait le dépistage, le plus souvent à des stades précoces, de pathologies. Cela permettait de prendre en charge rapidement ces éventuelles pathologies, qui n'étaient pas systématiquement d'origine gynécologique. Par exemple, le suivi d'une des patientes interrogées a permis de découvrir une pathologie endocrinienne. Le suivi gynécologique s'inscrivait donc dans une démarche plus globale de prise en charge de santé de la femme.

P5 « On avait découvert que j'avais des soucis de thyroïde »

P9 « le frottis, pareil, par rapport au cancer, de l'utérus »

Certaines patientes estimaient avoir de la chance via le système de santé français par sa politique de prévention, de santé publique et militaient pour une prise de conscience générale.

P9 « tu as la chance de vivre en France où c'est pris en charge, où il y a toute une prévention qui est mise en place, où ce n'est pas douloureux, où il y a un suivi derrière »

P9 « moi, je fais du boulot à ce niveau-là. [...] " Il faut prévenir avant de guérir. »

4.4. Professionnels du suivi et leurs parcours

Les patientes démontraient la pluralité des professionnels de santé effectuant le suivi gynécologique en France. Médecin généraliste, gynécologue et sage-femme étaient tous régulièrement cités. Il y avait autant de suivis que de patientes. De nombreuses femmes ont d'ailleurs rencontrés plusieurs professionnels au cours de leur suivi. D'autres professionnels gravitaient autour pour des actes spécifiques : le kinésithérapeute, pour la rééducation du périnée ou le dermatologue, consulté par deux patientes pour de l'acné, où la question de la contraception a été abordée. Plusieurs patientes s'interrogeaient sur le rôle des infirmiers.

P5 « Médecin traitant, gynéco, sage-femme. »

P4 « La gynécologue, c'est quand j'étais enceinte de ma première, parce qu'avant c'était le médecin qui me prescrivait la pilule. »

P8 « Alors, je peux me tromper, mais infirmière, peut-être kiné, parce que j'ai eu le cas avec une kiné. »

P6 « J'avais pas mal d'acné hormonale, j'ai été voir mon dermatologue qui m'a prescrit une autre pilule. »

Le détail des parcours amenant aux compétences des différents professionnels semblait flou pour les patientes, ainsi que les rôles de chacun. Elles arrivaient néanmoins à distinguer une base de connaissance commune d'une formation plus approfondie qui, à leurs yeux, rendait le professionnel davantage légitime dans le suivi gynécologique.

Plusieurs participantes ont rencontré et donné plus de légitimité aux médecins généralistes ayant un diplôme universitaire complémentaire en gynécologie.

Les patientes hiérarchisaient les professionnels. Le gynécologue était l'expert du domaine. Le médecin traitant était utile pour les situations physiologiques de base. Mais elles lui accordaient davantage de confiance et de rôle dans le suivi s'il possédait un diplôme complémentaire en gynécologie. La sage-femme avait quant à elle, des connaissances solides de l'anatomie féminine et des compétences relationnelles très recherchées.

P2 en parlant des généralistes « c'est quand même globalement assez similaire même si je dirais que le métier de sage-femme et de gynéco est plus complet quoi »

P5 « des médecins traitants spécialisés tu vois mais euh en gynécologie »

En ce qui concernait le médecin généraliste, les patientes étaient clivantes. Certaines les considéraient comme un interlocuteur polyvalent de premier recours pour des actes simples comme la contraception et le frottis, qui sont régulièrement cités, ou le dépistage des IST. Mais trouvaient ses compétences limitées par la technicité nécessaire pour les actes gynécologiques. Nombreuses le considéraient plutôt comme le coordinateur, le « chef d'orchestre » du suivi, nécessaire pour leur rappeler « leurs obligations » et surtout pour les orienter vers « les bons spécialistes ». D'autres étaient plus catégoriques et éliminaient les généralistes de leur suivi gynécologique préférant compartimenter les différents champs de leur suivi, se sentant davantage en sécurité ainsi.

P3 « un médecin généraliste donc tant que cela reste euh général tant que cela reste euh un cursus classique [...] qui ne demandent pas plus de de de de compétences ou de connaissance il est très bien »

P1 « Un médecin traitant c'est un médecin traitant, un gynécologue c'est un gynécologue, un chirurgien c'est un chirurgien [...] chaque profession son métier, et pour moi c'est plus rassurant. »

P6 « pour moi, le médecin traitant c'est un peu la personne qui t'oriente aussi vers les bons spécialistes quand t'en as besoin »

En ce qui concernait les sages-femmes, les patientes s'accordaient à leur donner un rôle prépondérant pour le suivi de grossesse, l'accouchement et les éléments du post-partum. Elles

étaient d'ailleurs souvent très satisfaites de cette prise en charge les décrivant comme très compétentes dans ces domaines. Rares étaient celles qui citaient spontanément leur rôle dans le suivi gynécologique général hormis pour la contraception. Quand elles le faisaient, elles mettaient en lumière leurs compétences en prévention, en conseils et en accompagnement plutôt que dans la technicité et la prescription qui étaient attribués aux médecins. Certaines avaient du mal à faire la distinction entre sage-femme et gynécologue.

P3 « J'ai eu affaire à des sages-femmes pendant mes deux accouchements, elles sont supers, hyper calées. »

P2 « Le médecin, il va te donner une ordonnance ; la sage-femme, j'y allais pour de la prévention, des conseils. »

En ce qui concernait les gynécologues, les femmes s'accordaient toutes pour en faire les experts du domaine. Capables de renseigner sur « toute la gynécologie ». Capables d'assurer l'ensemble du suivi : tous les actes techniques dont le frottis de base, en passant par les pathologies gynécologiques jusqu'à la gestion de la grossesse. Elles le décrivaient parfois même « trop » spécialisé et donc non nécessaire pour le suivi gynécologique physiologique. Certaines limitaient tout de même leurs compétences en ce qui concernait l'accouchement, se le représentant comme le domaine de prédilection des sages-femmes.

P1 concernant le gynécologue « Tous les examens, comment ça peut se passer, ce qui peut arriver [...] il te renseigne sur toute la gynécologie. »

P3 « Pas besoin d'aller voir un gynécologue juste pour une prescription de pilule ou de stérilet. »

5. Ressentis et attentes des patientes pour leur suivi

5.1. Ressentis positifs

Les patientes renaient du positif avec des professionnels qui avaient pris le temps de les écouter, de les connaître, de leur expliquer, de les examiner, de les suivre à plusieurs reprises

avec respect et douceur. En somme, avec un professionnel qui avait su créer un climat de confiance durable.

P2 « je ressortais pas de chez elle sans avoir pris un autre rendez-vous aussi donc ça permet de suivre et d'installer une relation de confiance »

P2 « La sage-femme avec qui j'étais était super douce donc même quand elle faisait ses actes euh c'était super doux quoi, j'avais pas l'impression d'être à la course comme quand tu vas chez le médecin »

5.2. Ressentis négatifs

En revanche, de multiples catégories d'obstacle à un suivi gynécologique ont été décrites lors de ces entretiens : difficultés d'accessibilité aux soins, difficultés relationnelles avec les professionnels, difficultés personnelles avec des gestes jugés « intimes ».

Concernant l'accessibilité aux soins, les patientes étaient unanimes sur la difficulté de rencontrer un gynécologue.

P3 « Un gynécologue aujourd'hui on n'a pas tellement le choix, il faut pas trop faire les difficiles, déjà j'ai eu du mal à décrocher un rendez-vous. »

Les difficultés ou facilitations pour le suivi et l'examen gynécologique dépendaient grandement du lien relationnel, du climat de confiance instauré par le professionnel. Le type de métier qu'il exerçait ou bien ses compétences techniques importaient peu.

Les patientes ressentaient plus souvent, bien que non systématiquement, des difficultés avec le corps médical. Elles décrivaient des liens plus distants, moins d'échange, une relation professionnel-patiente plus déséquilibrée avec moins d'égard pour la parole de la patiente, se sentant moins légitimes et invitées à s'exprimer.

P2 « j'ai vu plus l'expertise, je me sentais plus à l'aise d'échanger avec la sage-femme »

Les difficultés relationnelles avec les professionnels étaient décrites lors de divergences d'avis sur une prise en charge. Deux patientes rapportaient des discordes respectivement autour des

traitements de la péri-ménopause et du choix de la contraception. Les patientes avaient pu se sentir dévalorisées, non écoutées. Les autres expériences négatives étaient marquées par des situations de gêne, de sensation de jugement de la part du professionnel ou bien d'exams douloureux ainsi que de l'impossibilité d'une continuité de soins.

P8 « avant d'avoir un enfant ou vraiment, le stérilet j'ai presque dû me battre enfin avec de gros guillemets, mais pour qu'on m'en pose un avant d'avoir un enfant [...] je sentais que je devais me justifier de pourquoi je voulais un stérilet sans hormone »

Au niveau des ressentis personnels, l'examen gynécologique pouvait-être un exercice difficile entraînant peur et gêne chez les patientes.

P6 « 18 ans, ça me paraissait tôt pour aller voir un gynécologue [...] il y a la peur aussi, sachant qu'avant la pilule, moi personnellement j'avais jamais eu de relation sexuelle, donc je trouvais ça un peu prématuré »

5.3. Attentes des patientes

5.3.1. Vis-à-vis du suivi

Si elles avaient du mal à définir ce qu'était le suivi gynécologique et le rôle des différents professionnels, les patientes arrivaient clairement à exprimer leurs attentes à ce sujet. Elles avaient des exigences pour le suivi en tant que tel ainsi que sa traçabilité, pour le déroulé de la consultation et envers le professionnel.

Elles souhaitaient un suivi précoce, régulier et planifié sur le long terme. Elles recherchaient des informations claires, accessibles à toutes, peu importe leur niveau socio-culturel. Nombre d'entre elles exprimaient vouloir être sensibilisées à la prévention, aux différents moyens de contraceptions et aux étapes importantes du suivi. Elles voulaient un suivi personnalisé, dans lequel le professionnel prendrait le temps de les connaître dans leur globalité. Une patiente ayant consulté dans un centre de santé sexuelle mettait en valeur l'ensemble des formats d'accompagnements proposés : ateliers de prévention, sur la vie affective et sexuelle, qui pourraient être proposés à l'ensemble des femmes pour appuyer leur accompagnement.

P2 concernant le suivi gynécologique « c'est toujours un moment gênant et donc il faut peut-être un peu le banaliser en organisant un rendez-vous par an [...] même si y'a pas forcément de sujet. »

P6 « plus de sensibilisation » « Plus de prévention »

P5 « ils ont tout un planning avec pleins de, comment dire, d'évènements de prévention, des ateliers, des choses comme ça pour aider dans la vie au quotidien, vie sexuelle »

5.3.2. Vis-à-vis de la consultation

Pour une consultation gynécologique idéale, les patientes accordaient beaucoup d'importance à l'environnement. Elles se sentaient à l'aise dans un lieu chaleureux, accueillant, intime et confidentiel.

P2 « chez la sage-femme, typiquement, y'avait des petits coussins, il faisait plus chaud [...] y'avait des couleurs, je me sentais dans un endroit, plus cocooning [...] j'étais plus détendue »

Elles souhaitaient que cette consultation commence par un temps de questions ouvertes et personnalisées ainsi que d'un temps d'écoute pour instaurer une relation de confiance.

P6 « D'abord, une partie de questionnement avant de passer à l'action ! [...] elle apprend à me connaître »

Elles appréciaient ensuite que le professionnel prenne le temps d'expliquer les actes médicaux qui allaient être pratiqués. Elles souhaitaient comprendre les différentes étapes.

P2 « détailler en fait ce que la personne fait pour ne pas être bloquée ou avoir d'appréhension quand on y retourne quoi »

Au moment de l'examen clinique, elles désiraient éventuellement pouvoir être actrices de celui-ci. Une patiente citait l'exemple de la pose du speculum, sa sage-femme lui avait proposé de le faire elle-même, ce qu'elle avait apprécié. Elles souhaitaient que l'on recueille leur consentement, que le praticien soit doux et qu'il prenne en compte son bien-être.

P4 « elles te demandent toujours aussi, elles te proposent si toi tu veux mettre le spéc... euh spéculum »

P5 « elle m'avait demandé si je voulais une bouillotte pour mettre sur le ventre, un verre d'eau [...] y'avait eu un lien plus, tu vois, pas maternel, mais vraiment protecteur »

5.3.3. Vis-à-vis de la traçabilité

Les patientes souhaitent une traçabilité claire, efficace et qui perdure de leurs informations médicales. Ceci permettait d'assurer une meilleure continuité des soins et d'éviter la redondance des échanges. Elles étaient plusieurs à souhaiter repartir avec une trace écrite, notamment des prochaines étapes du suivi afin d'avoir de la visibilité et pouvoir s'autonomiser, se repérer par elles-mêmes, comme dans le cadre des vaccinations par exemple.

P6 « à la fin du coup, de la visibilité sur ce qui va se passer après. »

P1 « Qu'on note des choses, qu'il y ait un suivi dans le dossier [...] qu'on reprenne pas tout »

P2 « je me dis dans le carnet de santé, on a les rappels de vaccins, pourquoi on aurait pas ces rappels ? Parce que c'est tout aussi important [...] quand tu sais pas tu prends ton carnet de santé, tu te dis euh bah c'est vrai j'ai fait mon frottis à telle année, je dois le refaire »

5.3.4. Vis-à-vis du professionnel

Les patientes avaient de fortes attentes relationnelles avec le professionnel qu'elles rencontraient. Il fallait qu'il soit empathique, respectueux, pédagogue, rassurant, à l'écoute, dans la discussion et le conseil, qu'il prenne en considération la patiente et ses souhaits, qu'il soit doux, objectif en ne laissant pas place à ses propres croyances et convictions dans la prise en charge et enfin qu'il continue de se former régulièrement afin de délivrer un suivi toujours optimal.

P3 « la confiance, l'écoute euh euh la douceur dans les examens euh et puis la réponse apportée à mon problème de départ »

P5 « de la considération et j'ai l'impression qu'elle s'est mise à ma place »

P3 « parfois y'a aussi leurs façons de penser en fait qui intervient, leurs croyances, leur éducation eh bien c'est plus fort qu'eux ils vont faire rentrer ça dans le dans le (hésitations) le cursus médical entre nous. Alors que normalement y'a pas y'a pas à avoir [...] normalement ça doit être le médecin qui écoute le patient »

6. Rôle et place du médecin traitant dans le suivi gynécologique

6.1. Positionnement du médecin traitant

Le manque de reconnaissance des patientes pour le rôle du médecin traitant dans le suivi gynécologique pouvait résulter du manque d'unicité quant au rôle que chaque médecin se donnait dans ce suivi. Les patientes ont consulté des médecins généralistes se proposant spontanément pour réaliser leur suivi gynécologique. Certains prenaient le temps de leur exposer l'étendue de leurs compétences ; d'autres se contentaient simplement de leur demander par qui elles étaient suivies et de les orienter vers un autre professionnel si elles ne l'étaient pas. D'autres encore n'abordaient jamais le sujet. Dans certains cas, les médecins n'avaient pas besoin de se positionner, les patientes les consultant spontanément pour un motif gynécologique.

P3 « il m'a dit que tant qu'il se sentait capable de le faire il pouvait le faire c'était euh une proposition de sa part »

P1 « le premier m'a envoyée vers la gynécologue. Pour lui, il était pas dans la capacité »

P9 « En fait, il ne s'est pas vraiment positionné. [...] C'était une demande. Une demande de ma part »

6.2. Abord de la gynécologie par le médecin traitant

Les médecins traitants qui s'impliquaient dans le suivi gynécologique profitaient de plusieurs moments clés pour aborder le sujet. Cela se faisait souvent au moment de la première rencontre, lorsque le médecin faisait le point sur les antécédents et le suivi de leur nouvelle patiente. Certains médecins abordaient le suivi gynécologique de manière systématique et spontanée à chaque consultation, peu importe le motif. D'autres profitaient d'étapes clés de la vie de la patiente pour se proposer. Par exemple, au cours du post-partum, de nombreux médecins réalisaient le suivi du nouveau-né et se proposaient pour également suivre la mère. Ou bien aux 25 ans de la patiente, ils lui proposaient le frottis de dépistage.

P2 « à chaque fois que je vais chez le médecin pour une autre raison si elle peut me palper les seins, si y'a des sujets à risque ou quoi donc elle le propose »

P8 « elle m'a dit qu'elle suivait donc les bébés dès la naissance et euh qu'elle suivait aussi les femmes pour le suivi gynéco »

Les femmes attendaient des médecins qu'ils abordent spontanément et précocement la gynécologie, dès l'adolescence. Sans nécessairement de demande explicite de leur part, afin de les sensibiliser et les aiguiller dès le plus jeune âge.

P6 « dès le début en fait, dès le moment, non même pas, je pense que le médecin devrait pas attendre la demande de la patiente comme une demande de contraception. Je pense que c'est quelque chose, oui, qui peut se discuter dès la puberté même, en sensibilisant la jeune femme »

6.3. Pratique de la gynécologie par le médecin traitant

Dans cette étude, les patientes s'accordaient à dire que le médecin généraliste, avec la pénurie médicale, avait majoré son rôle auprès des femmes et effectuait généralement aisément le suivi gynécologique physiologique. Les pratiques citées par les patientes étaient l'initiation ou le renouvellement d'une contraception, très majoritairement par contraception orale. Le frottis était l'acte qui était décrit en second. Puis venait l'examen physique avec notamment la palpation mammaire. Plus rarement, les médecins pouvaient gérer la contraception intra-utérine ou le suivi de grossesse simple, clinique.

P1 « souvent maintenant, les médecins ils pratiquent la gynécologie » « le suivi fin naturel, normal »

Les patientes plus âgées repéraient tout de même une évolution de la pratique gynécologique des médecins généralistes. La démographie médicale étant plus importante il y a quelques dizaines d'années, elles pouvaient avoir le choix de compartimenter leur suivi et de consulter un gynécologue facilement si elles le souhaitaient. Pour autant, le médecin généraliste de l'époque, qui consacrait la majeure partie de son temps au travail, pouvait aller très loin dans l'accompagnement. Une femme relatait par exemple un suivi de grossesse très poussé où le médecin traitant avait assisté et même participé à l'accouchement en se déplaçant à l'hôpital.

P9 « c'était mon docteur qui m'accouchait parce que je l'avais demandé. Il était là, mais il y avait une sage-femme [...] mon médecin de famille! Je lui avais demandé si c'était possible, il m'a dit "oui, pas de problème" Mais je vous parle de ça il y a 40 ans donc, vous voyez, ça a changé »

6.4. Limites du médecin généraliste

Les patientes relevaient plusieurs limites du médecin généraliste dans le suivi gynécologique. Beaucoup regrettaient un manque de temps limitant les possibilités d'échanges, de conseils et d'éducation thérapeutique. Elles déploraient la possibilité d'actes techniques peu nombreux au-delà du frottis et de la pose de DIU ou d'implants. Elles reliaient ce manque de possibilités en partie aux limites de leur formation médicale mais également parfois du matériel disponible ou bien des locaux dans lesquels ils exerçaient.

P2 « mon médecin aussi traitant est un peu chronométrée »

P4 « médecin traitant [...] pour tout ce qui est frottis euh voilà mais pas plus »

P5 « mon médecin traitant à ce moment-là pouvait pas faire la pose de stérilet. Puisqu'au cabinet, ils avaient qu'une pièce où ils pouvaient le faire et ils changeaient de cabinet assez régulièrement »

6.5. Arguments en faveur du suivi par le médecin traitant

Les patientes préférant le suivi par leur médecin traitant avançaient les arguments d'une confiance solide et déjà construite, de praticité et centralisation des soins.

Les femmes décrivaient une utilité double au suivi gynécologique par leur médecin traitant. Sur le plan collectif, ceci était utile pour l'accès aux soins. Le suivi gynécologique de base assuré par les généralistes (contraception, frottis, dépistages) permettait aux gynécologues d'assurer le suivi des pathologies.

P1 « ça désengorge les gynécologues »

Pour certaines femmes, notamment vivants en zone rurale, le médecin traitant pouvait représenter le seul professionnel de proximité géographique. Même si la pénurie médicale

rendait actuellement les délais de consultation plus longs, ils étaient tout de même moins conséquents que ceux d'un gynécologue.

P7 « Pour nous c'est plus pratique à XXXXX (village) [...] Plutôt que de monter sur euh, aller sur YYYYY (métropole) »

Sur le plan personnel, cela permettait un suivi plus global et individuel de la patiente, par un professionnel avec qui la relation de confiance était déjà construite et qui avait une connaissance solide du dossier médical.

La relation de confiance et le confort relationnel était l'élément majoritairement cité. Certaines femmes se sentaient plus à l'aise d'aborder des sujets intimes avec une personne plus familière, chez qui elles étaient certaines de ne pas ressentir de jugement. Le médecin traitant pouvait leur délivrer des conseils personnalisés. Après avoir contracté des pathologies, parfois diagnostiquées par le médecin traitant lui-même, les patientes pouvaient se sentir plus en sécurité avec ce professionnel qui comprenait l'ensemble de leur parcours.

P3 « j'avais toute confiance en mon médecin généraliste »

P9 « j'ai l'impression d'être moins anonyme qu'avec un gynécologue. Et, ouais, c'est plus ça, je pense: plus proche »

P3 « il nous suit du début jusqu'à la fin [...] il sait euh il sait déjà tout de nous [...] y'a pas que le côté gynécologique [...] Ca permet d'avoir un suivi global »

Dans le cadre d'un suivi gynécologique physiologique, certaines patientes ne trouvaient donc pas de plus-value à consulter un autre professionnel avec qui il n'y avait pas de relation, qui pouvait être éloigné géographiquement et avec de longs délais. La centralisation du dossier permettait une certaine continuité dans un suivi plus général. Dans certains cas, les médecins généralistes pouvaient même avoir des diplômes complémentaires en gynécologie, qu'elles estimaient lui permettre d'étendre davantage ses capacités de prise en charge centralisée.

6.6. Communication à adopter par le médecin traitant

Les patientes s'accordaient toutes à dire que le médecin généraliste devait spontanément et clairement livrer les informations concernant ses compétences en gynécologie.

P2 « faut que ça vienne du médecin »

Il devait être à l'origine du dialogue autour du suivi gynécologique de la patiente, de manière personnalisée et profiter de cette discussion pour, à la fois, présenter ses compétences, rappeler les grandes lignes du suivi mais également présenter les autres professionnels consultables. Cela donnait pour conviction aux patientes d'avoir toutes les « cartes en main ».

P6 « en présentant aussi les autres professionnels pour qu'on sache en fait vers qui s'orienter »

La voie centrale de communication était donc le dialogue clair, exhaustif et respectueux. Nombreuses sont les femmes qui attendaient de l'intérêt de la part du généraliste pour leur vie en général à l'aide de questionnements globaux.

P6 « Discussion. c'est la voie principale de communication : discuter »

P2 « apprendre à connaître la personne [...] beaucoup de questions ouvertes »

Pour la plupart des patientes, cet échange devait être initié au plus tôt, dès l'adolescence et se répéter régulièrement, notamment lors des grandes étapes du suivi gynécologique (frottis, grossesse, dépistages...).

P7 « en parler, notamment en consultation quand c'est des jeunes filles [...] Proposer en fait le suivi »

Les autres méthodes de communication valorisées étaient les supports écrits (fiches d'informations, grilles des actes pratiqués et leur tarification, motifs de consultation sur les plateformes de prise de rendez-vous)

P6 « pourquoi pas avoir un prospectus qui résume, qui résume tout ça pour qu'on ait un support vers lequel se référer »

P8 « aussi sur Doctolib [...] quand on prend rendez-vous dessus, souvent faut préciser la demande de rendez-vous, mais du coup, si y'a un truc suivi gynéco [...] ça prête un peu à l'attention »

P8 « Même dans les grilles de prix, écrire suivi gynéco avec le prix »

7. Choix du professionnel de santé

7.1. Orientation

Même si certaines patientes déclaraient avoir choisi seule, au hasard le praticien effectuant leur suivi gynécologique, elles étaient bien plus nombreuses à avoir été orientées. L'orientation s'effectuait via trois grandes voies : l'entourage, le personnel médical et les campagnes de santé publique.

Ces orientations se réalisaient souvent dans le cadre de l'initiation du suivi ou, plus tard, lors de problématiques gynécologiques nouvelles ou de changement contraint de médecin. Les patientes livraient parfois une confiance totale en l'entourage, annihilant toute possibilité de choix individuel.

En ce qui concernait l'entourage, c'était souvent la mère qui était à l'initiative du choix du premier praticien pour son adolescente. Les recommandations plus tardives étaient ensuite régulièrement réalisées par le bouche-à-oreille avec des amies notamment.

P2 « la démarche je l'avais faite enfin c'est ma maman qui l'avait faite quand j'étais plus jeune. J'avais eu la même gynécologue qu'elle »

P8 « après c'est une copine sage-femme qui m'avait conseillé une sage-femme à Angers qui a aussi suivi ma grossesse »

En ce qui concernait le personnel médical, c'était généralement le médecin traitant qui avait le rôle d'orientation lorsqu'il ne pratiquait pas lui-même la gynécologie ou qu'il faisait face à une problématique dépassant ses compétences.

P1 « moi c'était mon médecin traitant qui m'avait envoyée chez un gynécologue parce que elle, elle pratiquait pas la gynécologie »

Parfois, le système de santé lui-même orientait via des campagnes de santé publique, notamment pour la réalisation du frottis ou bien pour le suivi de grossesse une fois la déclaration faite.

P4 « tu dois faire euh une prise de sang pour bien savoir si t'es enceinte [...] c'est la secu qui t'envoie tout un dossier en fait pour te dire tout ce que tu dois faire, tous les rendez-vous que tu dois faire [...] j'ai suivi ce qu'ils disaient donc prendre rendez-vous avec le gynécologue »

7.2. Choix contraint

Pour certaines patientes, le choix du professionnel avait été contraint. Soit par un manque d'information sur les différentes possibilités soit par un manque de disponibilité du professionnel, à cause de réorientations professionnelles ou bien de la faible démographie médicale actuelle s'aggravant avec les départs en retraite de leurs médecins, notamment des spécialistes. Les patientes étaient parfois obligées de s'adapter à l'offre locale. Certaines patientes s'adaptaient et avaient finalement un retour positif du nouveau praticien découvert, d'autres vivaient cela comme une privation de choix.

P4 « j'ai continué à faire avec elle, j'ai pas pris euh une autre gynécologue [...] Pas trop le choix, en fait [...] parce que pas de gynécologue fin' voilà compliqué d'avoir des rendez-vous »

P2 « j'ai pas retrouvé de gynécologue sur ZZZZ (métropole), c'est assez compliqué de trouver. [...] ensuite je suis allée sur Paris euh j'ai pris une sage-femme. Je sais pas pourquoi, parce que sur doctolib je crois que c'est le premier rendez-vous [...] au final j'ai trop aimé »

7.3. Préférences personnelles

De nombreux facteurs influençaient les femmes dans le choix de leurs professionnels.

Elles pouvaient préférer la praticité et l'accessibilité, la qualité relationnelle, les compétences.

Le sexe féminin du professionnel était un point de consensus.

En termes de praticité, les patientes se divisaient en deux camps : celles qui préféraient compartimenter leur suivi, avec le sentiment que cela permettait de faire les choses de manière

plus poussée et précise pour chaque domaine, ce qui les orientait vers les sages-femmes ou les gynécologues. A contrario, d'autres trouvaient bien plus pratique d'avoir un suivi unique, avec un médecin traitant qui connaissait tous les antécédents et avec lequel elles pouvaient parler à la fois de la gynécologie et de ses autres soucis de santé.

P8 « c'est peut-être un peu bête, mais, en général, le généraliste, je vais le voir parce que j'ai un petit bobo ou mal quelque part quoi. Un dentiste, je vais le voir pour me soigner les dents [...] un gynéco, je vais le voir pour des questions gynécos quoi »

P7 « c'est pratique. On y va pour le suivi, puis si on a besoin d'autre chose aussi quoi. Ça peut faire plusieurs choses »

En termes d'accessibilité, les critères pris en compte étaient les délais de prise en charge, les créneaux horaires disponibles et la proximité du lieu d'habitation. Ces critères défavorisaient habituellement le suivi par le gynécologue et favorisaient les sages-femmes ou les centres de santé sexuelle.

P2 « sur Doctolib je crois que c'est le premier rendez-vous c'était une sage-femme »

P5 concernant un centre de santé sexuelle « Hyper pratique et des horaires plutôt aménageables en fonction du boulot »

En termes de relationnel, les patientes recherchaient la bienveillance, le temps alloué par consultation et à la parole de la patiente. Elles attribuaient souvent un lien de proximité au médecin traitant et à la sage-femme et repoussaient la froideur et la distance qu'elles attribuaient plutôt aux gynécologues.

P6 « On est sur des sujets sensibles, des sujets de la vie personnelle faut avoir confiance en la personne qui va, qui va t'accompagner »

En termes de compétences recherchées, les patientes choisissaient un gynécologue ou une sage-femme lorsqu'elles avaient des besoins spécifiques. Elles se sentaient plus à l'aise avec

ces professionnels et mieux prise en charge notamment dans le cadre d'un suivi de grossesse, d'une pathologie précise. Au contraire, certaines mettaient en avant l'efficacité des médecins généralistes pour le suivi physiologique. En plus de la proximité et la relation de confiance, ces éléments étaient en faveur du médecin traitant, couplé à la globalité du suivi.

P7 « j'ai pas forcément de problème [...] J'ai pas besoin d'un spécialiste pour ce que je demande quoi. Pour de la pilule et les frottis »

P5 « peut-être que d'avoir une autre personne qui soit plus spécialisée, ça peut être plus agréable [...] j'en sais rien mais ça me rassure un peu plus »

Les patientes accordaient une forte attention au sexe du professionnel. Elles préféraient toutes un suivi par un médecin femme, très souvent qualifiées comme plus douces et compréhensives mais aussi pour des raisons de pudeur, d'aisance. Le professionnel masculin était plus souvent choisi par défaut, ou lorsqu'une relation de confiance avait déjà été établie, bien qu'elles ne doutassent pas de leurs compétences.

P8 « Au fond, je m'en fiche, mais, naturellement, j'irais plutôt vers des femmes. »

P4 « au départ oui quand t'es jeune, je pense que t'es plus à l'aise avec une femme »

P2 « si t'as plusieurs partenaires ou si t'as d'autres relations sexuelles, d'aller raconter ça à un homme ça me gêne »

P2 « Côté jugement... je vois le côté femme comme plus doux, je peux me livrer plus facilement. »

Les patientes attribuaient des compétences différentes en fonction de l'âge du praticien. Les jeunes étant considérés comme plus compétents car plus au fait des dernières recommandations, en termes de technicité mais également en termes de relation médecin-patient.

P3 « après j'ai eu la chance de tomber sur euh sur des jeunes femmes qui sortent, qui sortent du cursus scolaire et qui ont déjà plus d'informations sur les nouvelles techniques d'aujourd'hui et sur les traitements hormonaux »

P2 « j'exclus pas non plus que euh mon médecin traitant elle était quand même âgée donc euh l'ancienne génération, je sais pas si ça explique aussi [...] la nouvelle personne qui s'occupe de moi elle est très jeune et on voit qu'elle est beaucoup plus réceptive à tout ça »

DISCUSSION

1. Principaux résultats de l'étude

Les patientes avaient des exigences précises quant à leur suivi gynécologique. Elles souhaitaient un suivi régulier mélangeant prévention, conseils, suivi physiologique et prise en charge d'éventuelles pathologies. Leurs critères principaux de sélection d'un praticien étaient : l'accessibilité, la relation de confiance, la douceur, le rôle de conseiller et dans la prévention, le sexe féminin du médecin. Actuellement, le professionnel de choix, réunissant le plus de ces critères, d'après les patientes, était la sage-femme.

Les patientes attribuaient plutôt au médecin généraliste, un rôle dans le suivi primaire, physiologique. Au gynécologue, un rôle dans le suivi de grossesse ou bien plutôt dans un second temps, pour les suivis pathologiques.

Le choix du professionnel consulté avait souvent été orienté par l'entourage de la patiente. Du fait de la démographie médicale actuelle en tension, plusieurs des femmes interrogées avouaient un choix contraint.

Les résultats mettaient en exergue des connaissances parcellaires chez les patientes. Tant sur le suivi gynécologique en lui-même que sur le rôle supposé de chaque professionnel.

En majorité, elles exprimaient qu'idéalement le suivi gynécologique devrait être annuel. Mais elles ne pouvaient pas décrire concrètement à quoi correspondait un suivi ou quels étaient les attributs de la gynécologie. Elles étaient une majorité à citer les trois professionnels différents du suivi, mais avec des difficultés à en définir clairement les rôles et compétences.

Leur manque de connaissance pouvait en partie résulter d'un manque d'éducation à ce sujet dès l'enfance et l'adolescence. Il existait encore des tabous au sein des familles, associé à des carences éducatives sur le plan scolaire et un manque d'informations délivrées par les professionnels eux-mêmes.

En ce qui concernait le médecin généraliste : les patientes étaient loin d'être unanimes. Deux points de vue s'opposaient. Celui des patientes préférant un suivi gynécologique distinct de leur suivi global, qui n'étaient pas à l'aise avec la proximité avec leur « médecin de famille ». Cet argument était souvent retrouvé dans le discours des femmes qui relataient une mauvaise information par leur médecin généraliste de leur propre rôle. Soit parce qu'il ne leur parlait pas du tout de suivi gynécologique, soit parce qu'il les réorientait d'emblée. A contrario, les patientes qui prônaient le suivi par leur médecin généraliste le décrivait comme plus facile à organiser, de proximité, avec une personne de confiance, qui connaissait déjà l'ensemble du dossier, facilitant une prise en charge globale avec un professionnel très compétent pour le suivi gynécologique physiologique. Les patientes qui en étaient convaincues étaient souvent celles dont le médecin traitant s'était investi, proposé spontanément pour leur suivi.

Que les femmes interrogées soient pour ou réticente au suivi gynécologique par le médecin généraliste, toutes s'accordaient à dire qu'il fallait que ce dernier communique spontanément et précocement sur ses compétences. Le dialogue, franc et respectueux, était la voie de communication à privilégier. Les patientes attendaient également de lui un rôle de coordinateur et qu'il leur présente les autres professionnels afin qu'elles puissent être autonomes et éclairées dans le choix de leurs professionnels.

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1. Forces

Il existe, dans la littérature, de nombreuses thèses et articles s'intéressant à la vision des médecins sur le suivi gynécologique ou au rapport des professionnels entre eux. Moins de travaux se sont penchés sur le ressenti des patientes elles-mêmes. Souvent, lorsque les patientes sont au cœur du travail, un sujet précis de la gynécologie est sélectionné et le travail est quantitatif.

La méthode qualitative, à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés, semblait la plus adaptée pour cette étude. Les entretiens individuels ont permis des témoignages et l'expressions des ressentis les plus libres et spontanés possibles pour un sujet qui peut être encore tabou pour bon nombre de femmes. L'investigatrice avait réalisé un codage itératif afin d'ajuster le guide d'entretien.

Le double codage de deux entretiens et la relecture du codage par la directrice de thèse a permis d'améliorer la validité interne et la fiabilité de l'étude en limitant le biais d'interprétation. Les critères COREQ ont été respectés (Annexe I).

La profession de l'investigatrice, qui était médecin généraliste, ainsi que les objectifs de l'étude n'ont pas été dévoilés aux patientes afin de ne pas orienter leurs témoignages.

2.2. Faiblesses

Ce travail présente tout d'abord un biais d'investigation, l'investigatrice étant novice pour mener des entretiens. Cette dernière a effectué de nombreuses recherches et utilisé le livre « *Initiation à la recherche qualitative en santé* » pour limiter ce biais (24).

Un biais de sélection et de recrutement est possible. L'investigatrice a tenté de le limiter en recrutant des patientes dans des cabinets médicaux et paramédicaux non connus et en abordant de manière spontanée des patientes dans la rue. Toutefois, la plupart des

recrutements effectifs provenaient des cabinets médicaux. Cela insinue que l'étude a été menée sur des patientes adhérentes au soin et suivies sur le plan médical. Devant les difficultés à recruter par ces deux voies et notamment à repérer des patientes sans suivi, l'investigatrice a également sollicité son entourage du domaine médical afin qu'ils recrutent des membres de leur entourage n'étant pas du domaine médical, toujours en préservant la profession de l'investigatrice et les objectifs de l'étude. Sur le plan médico-social, les patientes de cette étude étaient toutes suivies au niveau de leur santé et bien incluses dans la société.

Il peut exister un manque de diversité socio-culturelle dans les patientes interrogées. Pourtant, des centres de santé sexuelle ont été sollicités. Une seule patiente d'un autre profil (sans suivi régulier) avait débuté un échange par mail avec l'investigatrice mais s'est finalement rétractée pour la participation à ce travail.

Ce travail s'intéressant à des faits passés a pu présenter un biais de mémoire des patientes. Cette étude étant menée uniquement dans les Pays de la Loire n'est pas généralisable, ce qui peut représenter un manque de validité externe.

3. Comparaison à la littérature

3.1. Suivi gynécologique en pratique et attente des patientes

La plupart des patientes interrogées pour cette étude avaient ou ont eu un suivi gynécologique, ce qui corrobore les données de la littérature. Dans la thèse récente de M. Burban, 84,4% des femmes rencontrées sont suivies sur le plan gynécologique (25). Un pourcentage paraissant donc stable depuis l'enquête de la BVA de 2008 (2). Le rythme annuel est aussi très largement retrouvé. La tendance à un suivi plus rapproché chez les plus jeunes, en lien avec la contraception et la grossesse, et plus espacé chez les femmes plus âgées l'est aussi. Le suivi est fréquemment initié à l'adolescence (2,26).

Les Françaises sont donc plutôt observantes d'un suivi gynécologique régulier, souvent dicté par leur contraception. A contrario, leur participation aux programmes de dépistage et de prévention des cancers gynécologiques est plus faible. Environ un tiers seulement des jeunes filles de 16 ans bénéficiaient d'une couverture vaccinale complète en 2021 selon l'enquête de l'Institut National du Cancer. Alors même qu'un travail de 2018 de ce même institut estimait qu'il faudrait une couverture de 85% pour réduire le risque du cancer du col de l'utérus de 32% (27).

Malgré un objectif de 70% visé par l'Union Européenne, seules 59% des femmes de 25 à 65 ans ont été dépistées pour le cancer du col utérin entre 2018 et 2020, avec une diminution importante après 50 ans.

Ces données semblent en adéquation avec ce qui a pu être relevé chez les patientes les plus âgées de cette étude (28).

Il en va de même pour le dépistage du cancer du sein, pour lequel l'Union Européenne fixe un même objectif de 70%, mais où le taux national de dépistage n'a été que de 47,7% sur la période 2021-2022, avec des disparités importantes sur le territoire (29).

L'absence de définition claire du suivi gynécologique se ressent dans les échanges avec les patientes. Pour autant, les éléments indispensables exprimés par les patientes de cette étude sont globalement ceux évoqués dans le travail de M. Burban de 2024 ou de M. Plantevin en 2020 (12,25).

Les femmes ont intégré l'enjeu pour leur santé du suivi gynécologique. Mais ce dernier ne les laisse pas indifférentes. La consultation gynécologique est fréquemment un moment redouté. Elles appréhendent ce moment s'immisçant dans leur intimité (26) et ont donc beaucoup d'attentes pour être le plus à l'aise possible. Ceci est largement retrouvé dans la littérature. La relation de confiance avec le praticien qu'elles consultent est primordiale (26,30,31). Les patientes sont en demande d'une écoute active et d'un suivi personnalisé (26,32,33).

Il existe une ambivalence face à la question du sexe du praticien. Dans cette étude, les patientes étaient unanimes : si elles en avaient la possibilité, elles préféreraient consulter une femme. Les patientes se représentaient les praticiens féminins comme plus doux, plus empathiques, moins dans le jugement. Elles ressentent une connivence sur le simple fait d'être du même sexe (26,32). Cette préférence est largement corroborée par la revue de littérature de 2018 d'H. Guyomard, qui cite 9 travaux à ce sujet, contre seulement 5 n'exprimant pas d'influence du sexe (34).

La thèse de 2018 de C. Huet confirme les informations de cette étude exprimant que le sexe a moins d'importance pour le suivi obstétrical (30). Plusieurs femmes de cette étude expliquaient bien qu'à l'inverse du suivi gynécologique physiologique, il n'y a, dans ce cas, pas toujours le choix. Le travail de C. Huet retrouve également une évolution de la position des patientes au sujet du sexe du praticien avec l'âge et leurs expériences passées (32).

L'ambivalence, dans cette étude, repose sur l'auto-critique de certaines patientes de leur préférence pour le sexe féminin, étant conscientes d'une formation identique entre les deux sexes et se remémorant généralement de leurs expériences positives avec des hommes. Certaines patientes interrogées par C. Huet en 2018 faisaient le même constat (30).

L'article de N-K Nguyen publié dans Santé Publique en 2020 est entièrement consacré à l'importance du cadre de la consultation, de l'environnement confortable, chaleureux, intime (35). L'environnement est également mis en avant dans celui de A. Freyens (36). Cet élément était peu étudié dans la littérature.

Le souhait d'un dossier médical tenu, confidentiel, permettant à la patiente de ne pas se répéter est également soulevé par la thèse de M. Gruen en 2024 (37).

3.2. Influence socio-culturelle dans le suivi et le choix du professionnel

Malgré les tentatives, il n'a pas été possible pour cette étude d'interroger des patientes de milieu socio-professionnel défavorisé ou d'origine étrangère. La grande majorité des femmes interrogées ont pu être recrutées dans des cabinets médicaux ou via un entourage du domaine de la santé. Ceci corrobore l'idée que les facteurs socio-économiques jouent un rôle dans le suivi médical en général et donc plus précisément dans le suivi gynécologique.

La thèse d'A-H. Le Gallic de 2017, s'intéressant au suivi gynécologique de femmes précaires, met en lumière que la santé n'est pas leur priorité. Son travail révèle qu'elles consultaient leur médecin quasi uniquement pour des problèmes aigus de santé. L'aspect financier et pratique, du suivi lui-même ou des déplacements qu'il nécessite sont aussi des facteurs péjoratifs au suivi, ainsi que l'offre de soin souvent plus limitée dans les zones rurales. Du fait de la désinformation souvent prégnante chez les femmes défavorisées, le suivi est délaissé par manque d'intérêt ou d'utilité ressenti à celui-ci (38).

L'étude de 2019 d'A-M Konopka appuie les théories actuelles de la décision. Elle met en lien une multitude de facteurs démographiques et socio-économiques à la réalisation ou non du dépistage du cancer du col utérin, pouvant possiblement être étendu au suivi gynécologique dans sa globalité.

Même si l'aspect financier n'avait pas explicitement été évoqué par les patientes de cette étude pour expliquer un suivi par le médecin traitant ou la sage-femme, il avait pu en être un facteur décisif. En effet, toujours dans le travail d'A-M Konopka, il est mis en évidence qu'un des freins à la prévention du cancer du col peut être dû aux dépassements d'honoraires pratiqués par certains gynécologues. Les gynécologues médicaux avaient en 2016 et en France un des taux de dépassement d'honoraires les plus élevés estimés à 98,2% en moyenne (39).

Dans cette étude, le choix pour un professionnel a souvent été guidé. Par l'entourage tout d'abord, la mère jouant un rôle prédominant dans la décision du premier professionnel pour sa fille. Le bouche-à-oreille via la sphère amicale et de la fratrie intervenait par la suite. Ces éléments sont corroborés par les travaux de C. Huet et de A. Blin (26,30). Le rôle du réseau de professionnels médicaux et paramédicaux entourant les patientes est également mis en avant dans la thèse de C. Huet (30).

L'impact social d'un choix guidé par l'habitude, la reproduction d'un schéma social ou la réputation d'un professionnel a également été mis en exergue dans la revue de littérature d'H. Guyomard (34).

3.3. Connaissances limitées des patientes

Les domaines d'intérêt principaux des patientes révélés par cette étude ainsi que par la revue de littérature d'H. Guyomard sont la contraception et le frottis (34). Plusieurs patientes de cette étude pensaient avoir de bonnes connaissances sur leur anatomie, sujet les intéressant, au contraire de celles interrogées par A. Blin en 2017 (26).

M. Plantevin montre une différence de l'état des connaissances des femmes en fonction de leur âge et leur statut socio-économique (12).

Cette méconnaissance est en grande partie liée à la ténacité des tabous familiaux ainsi qu'à un manque d'investissement des professionnels et du milieu scolaire dans leurs rôles d'informateurs ainsi que le montre le travail d'A. Freyens (36).

Ce travail suggère que les tabous sociétaux, agissant de manière consciente ou non, à la fois chez les patientes et les professionnels, peuvent limiter leurs interactions et l'aide apportée par ces derniers, limitant in fine les connaissances des patientes.

Il est possible de suggérer que les sujets tabous dérangeant le moins les patientes le sont également pour les médecins, qui les abordent plus facilement.

Par exemple, L. Zanardi, en 2021, montre que l'un des sujets que les patientes décrivent comme tabous et qui étaient pourtant fréquemment recherchés en consultation par le médecin traitant était les troubles vulvo-vaginaux liées à la ménopause. Dans cette étude, la ménopause était un sujet fréquemment abordé par les patientes, de façon spontanée.

Au contraire, les deux sujets tabous les moins abordés par les médecins généralistes étaient les violences sexuelles et conjugales. Alors même que 87% des victimes aurait souhaité que leur médecin aborde ce sujet, n'osant pas pour la grande majorité le faire d'elles-mêmes.

Les tabous sociétaux sont donc partagés par les patients et les professionnels réduisant ainsi les possibilités d'une prise en charge adaptée et personnalisée (40).

Une des possibilités d'amélioration actuelle réside en la politique de santé publique, notamment aux enseignements sur la vie affective, durant la scolarité, ou bien à la possibilité d'un suivi gynécologique anonymisé pour toutes patientes mineures, que ce soit en cabinet ou en centre de santé sexuelle.

Les patientes de cette étude avaient des connaissances parcellaires sur le suivi gynécologique. M. Plantevin et A. Blin expliquent que beaucoup de patientes n'ont pas la notion de la possibilité ni de la recommandation d'un suivi, même en condition physiologique (12,26). Les patientes d'A. Blin ne savaient décrire à quoi correspondait un suivi et pensaient que l'examen physique était systématique (26).

Les patientes ont une méconnaissance massive sur le rôle des professionnels pour le suivi gynécologique, principalement celui des médecins généralistes et des sages-femmes. E. Bataille tente d'expliquer cette méconnaissance par la pluralité des professionnels exerçant la gynécologie en France pouvant être source de confusion chez les patientes (13).

Plusieurs patientes de notre étude ont été surprises d'apprendre que le médecin généraliste était compétent en gynécologie. Et celles qui le savaient avaient des connaissances limitées

sur ce qu'ils pouvaient réellement pratiquer, notamment pour sa capacité pour la réalisation du frottis, qui est pourtant un acte courant. Cet élément est retrouvé dans la littérature (12,31,32,37).

La plupart des patientes de notre étude avaient déjà consulté une sage-femme. Souvent dans le cadre d'un suivi de grossesse ou de post-partum. Rares étaient celles qui connaissaient leur compétence pour le suivi gynécologique physiologique (12,32).

3.4. Comparaison des différents suivis : la sage-femme et le gynécologue

Entre 2000 et 2020, la proportion de consultations gynécologiques montrait une évolution en défaveur du gynécologue comparé aux sages-femmes, du fait notamment de difficultés démographiques médicales. Dans les années 2010, la proportion du suivi par les sages-femmes étaient minime. Elle ne fait depuis qu'augmenter. M. Burban, retrouve en 2024, un suivi pour moitié par un gynécologue et pour un quart respectivement par le médecin généraliste et la sage-femme (25).

Les sages-femmes semblant avoir actuellement toutes les qualités désirées par les patientes et la force de leur nombre, dont l'exercice libéral augmente depuis 2012, la dynamique actuelle devrait se poursuivre. La DREES projette une progression de 70% d'ici 2050 de l'effectif de sages-femmes libérales ou mixtes (41).

D'après les données suivantes datant de 2016, les sages-femmes libérales étaient principalement consultées par des patientes entre 25 et 34 ans et la fréquence de consultation chez les sages-femmes était de 1,3 fois supérieure dans les Pays de La Loire que dans la moyenne du pays, corroborant le discours tenu dans cette étude. Dans ce même travail, près de la moitié des consultations des sages-femmes, sur le plan national, étaient pour du suivi de grossesse et de préparation à l'accouchement, 26% pour de la rééducation périnéale et 20%

pour le suivi post-natal mère-enfant. Le reste correspondait à des consultations autres, des soins infirmiers et au suivi gynécologique ou la contraception. Dans l'étude actuelle, les consultations chez la sage-femme étaient effectivement en grande majorité liées à la grossesse mais il semblait que les patientes citaient de façon moins anecdotique des motifs de suivi gynécologique physiologique (23).

Bien qu'en décroissance, la littérature démontre la place encore prégnante des gynécologues dans le suivi gynécologique physiologique. E. Bataille, en 2018, rapportait que l'activité principale des gynécologues médicaux était le frottis et de l'obstétricien le suivi de grossesse (13).

Ce professionnel est valorisé par les patientes pour son expertise, sa compétence, qui rassurent, pour le plateau technique dont il dispose (32,42,43). Déjà en 2010, plusieurs patientes interrogées par A. Gambiez préféraient la séparation de leur suivi médical général et gynécologique (43). Mais la réalité actuelle de la démographie médicale résultant dans la difficulté d'accès aux gynécologues est bien retrouvée dans la littérature. Dans la thèse de M. Plantevin des données expliquent que la moyenne d'obtention d'un rendez-vous chez le gynécologue était de plus de 44 jours contre 6 chez le généraliste (12). D. Paneau en 2023 expliquait que 88,9% des patientes étaient freinées par ce délai (32). L'étude actuelle suggère que ce sont les femmes les plus âgées qui défendent le suivi par le gynécologue et que les plus jeunes se tournent plus facilement vers les autres professionnels. L. Zanardi reprenait en 2021 les propos du CNGOF excluant le suivi gynécologique physiologique et de dépistage des rôles actuels du gynécologue (40).

3.5. Qu'en-est-il du médecin généraliste ?

E. Bataille en 2018 expliquait que 99,1% des consultations de gynécologie en médecine générale, dans les Pays de la Loire étaient pour de la physiologie, principalement en lien avec la contraception et le suivi de grossesse. Les médecins généralistes de sexe féminin et jeunes

effectuaient plus de consultations gynécologiques. 63% des médecins qu'elle avait interrogé rapportaient au moins une consultation par semaine pour de la contraception et 43% pour un frottis (13). Selon l'Observation Régionale de la Santé en 2016, les médecins généralistes des Pays de la Loire se sentaient plus investis et plus sûrs de leurs compétences en gynécologie que la moyenne nationale. Ils étaient également plus nombreux à avoir une formation complémentaire en gynécologie que la moyenne nationale (19). M. Plantevin expliquait en partie cette différence de pratique par la démographie des gynécologues moins importante que la moyenne nationale (12). G. Levasseur, en 2002, interrogeait des médecins généralistes bretons qui expliquaient que leur manque de pratique en gynécologie était secondaire à un manque de demande, une réticence de la part des patientes (17). Ce frein est également cité dans la thèse de M. Gruen en 2024 (37).

Cette étude retrouve également deux points de vue chez les patientes : celui pour le suivi par le médecin généraliste et celui contre.

Dans cette étude comme dans plusieurs travaux de la littérature, l'absence de proposition du médecin traitant pour le suivi et la pudeur du lien de proximité sont des freins (30,31).

Concernant le suivi de grossesse, les femmes sont assez réticentes pour le suivi par un médecin généraliste, ne l'estimant pas assez compétent (12,37), idem pour les gestes plus techniques comme l'implant ou le stérilet (12).

Dans la littérature, les femmes suivies par leur médecin traitant appartiennent souvent aux catégories socio-professionnelles basses (12) ou bien sont celles dont le médecin se proposait spontanément pour le suivi (30).

M. Plantevin démontrait, statistiquement parlant, que plus les patientes étaient clairvoyantes sur les compétences gynécologiques des généralistes et plus elles étaient enclines au suivi par ce professionnel (12). Les patientes de cette étude avaient un discours similaire.

Toujours selon les recherches de M. Plantevin, les patientes consulteraient volontiers leurs médecins traitants pour la prescription d'une mammographie, d'une contraception orale, la prise en charge d'une infection génitale basse (12). Donc pour un premier recours qui demande peu de technicité, comme dans cette étude.

Une formation complémentaire ou un diplôme universitaire en gynécologie seraient gages de qualité du suivi par le médecin traitant, rassurant les patientes dans l'étude actuelle comme dans la littérature (12,32,40).

Les patientes de cette recherche attendaient fortement du médecin traitant un rôle de coordinateur et d'orientation, à l'instar de celles de la thèse de D. Paneau en 2023 qui montrait pourtant une carence d'échange à ce sujet de la part des généralistes (32). Il existe plusieurs explications à ce constat dans la littérature. Premièrement, un manque de connaissance des médecins généralistes du rôle des autres professionnels, et principalement des sages-femmes (32,44) et une crainte de concurrence avec ces dernières (13,32).

Les patientes de la présente étude sont en demande de communication écrite dans les salles d'attente de leur médecin traitant autour du suivi gynécologique et des professionnels l'assurant. Ceci avait été testé : accrocher un poster promouvant le suivi gynécologique par leur médecin traitant, créer un dépliant à destination des patientes à ce sujet (Annexe VII), en montrant des résultats positifs. Par exemple, 10 femmes sur 12 avaient appris de nouvelles informations grâce à cette brochure, notamment sur le rôle du généraliste dans le suivi gynécologie (45).

3.6. Perspectives en pratique

La présente étude suggère trois axes d'amélioration des pratiques : augmenter le niveau de littératie des patientes concernant leur suivi, la communication entre les professionnels et les femmes et la coopération entre les différents professionnels. Cela permettrait de favoriser

l'accès aux soins de toutes les patientes et d'avoir une approche de prévention, au cœur de la pratique de la médecine générale.

La littérature comporte de nombreux travaux au sujet du suivi gynécologique et des différents professionnels l'exerçant. Étudiés via de multiples méthodes et populations cibles. S'il existe une évolution pour certaines données, un constat reste fixe depuis plus de 20 ans : les connaissances des patientes sur leur suivi gynécologique sont plus que parcellaires malgré leur demande apparente d'apprendre. Ni les patientes ni les professionnels ne semblent pro-actifs dans la démarche, chacun des deux groupes rejetant le devoir de cette transmission sur l'autre. Le présent travail appuie cette constatation. Il paraît donc indispensable d'établir une stratégie d'éducation pédagogique pour les patientes. Via des cours d'éducation au suivi de la femme dans le milieu scolaire, en concomitance à l'éducation à la vie affective et sexuelle.

Les connaissances limitées des patientes résultent en partie d'une méconnaissance des professionnels eux-mêmes sur leurs rôles respectifs dans le suivi des femmes. Des temps de rencontre et d'échanges entre les différents professionnels de santé dès les premières années de leurs études supérieures pourraient être intéressants.

Les patientes sont encore majoritairement suivies par des gynécologues, or l'évolution de la démographie médicale nécessite de leur libérer du temps de consultation pour les pathologies requérant un avis spécialisé. Il serait donc intéressant qu'une véritable campagne de promotion se développe au niveau national, notamment par des brochures d'information ou des campagnes publicitaires par exemple, pour que les informations soient diffusées au plus grand nombre afin d'améliorer l'accès aux soins nécessaires à chacune.

Les rôles, compétences, formations des différents professionnels du suivi gynécologique évoluent fréquemment. Le suivi gynécologique n'a finalement pas de définition précise, pouvant entraîner de la confusion chez les professionnels comme chez les patientes. Des

redéfinitions claires, homogènes et nationales pourraient être une solution pour une meilleure adhésion au suivi gynécologique.

Les généralistes sont des acteurs centraux du suivi gynécologique physiologique mais font souvent face à la réticence des patientes. Pour lutter contre ce phénomène, il est primordial que les généralistes prennent le temps de communiquer avec leur patiente et de les rassurer. Il pourrait être intéressant de rendre systématiques des cours de communication et de promotion de la prévention au cours du 3^è cycle des études de médecine générale par exemple. Actuellement, il peut exister un manque de coopération et d'échanges entre les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes. Les patientes de la présente étude ont pu le remarquer. Le travail de Digard en 2018 s'intéresse spécifiquement au manque de collaboration entre les généralistes et les sages-femmes et montrait que la collaboration facilitait la prise en charge des patientes communes. Il était notamment suggéré que les différents professionnels d'un même secteur se présentent les uns aux autres, s'organisent en réseau et participent à des formations communes (44).

4. Effectuer un choix

4.1. Qu'est-ce qu'un choix ?

L'objectif principal de ce travail était de comprendre le choix des patientes pour le professionnel de leur suivi gynécologique et leurs raisons. Il est important de définir ce qu'est un choix et de quoi est fait un choix.

De manière historique, en sociologie, la théorie du choix rationnel prédominait. Cette théorie vise à expliquer les comportements humains, individuels en expliquant que les décisions qu'ils prennent ont pour but de maximiser leurs objectifs en ayant connaissance de toutes les options

possibles et en calculant systématiquement et de manière rationnelle tous les coûts et bénéfices, selon leurs préférences propres (46,47).

E. Bruch, dans un article de 2017 expliquait : « le modèle du choix rationnel postule que les décideurs possèdent une connaissance exhaustive des aspects pertinents de leur environnement, un ensemble stable de préférences pour évaluer les options possibles et des capacités de calcul illimitées » (48).

Si l'on s'intéresse aux définitions des mots eux-mêmes, le Larousse définit le choix par : « l'action de choisir quelque chose, quelqu'un, de le prendre de préférence aux autres » (49). Autrement dit, un choix est l'acte par lequel un individu sélectionne une option parmi plusieurs options qui lui sont possibles ou proposées.

Charles Pépin, philosophe moderne, dans son livre « *La confiance en soi, une philosophie* » précise « choisir, c'est se reposer sur des critères rationnels pour armer le bras de son action » (50,51). Dans le podcast « *la question philo* » sur France Inter, il dit en 2024 « Un choix est rationnel, fondé, argumentable » (52). Dans la définition que l'on peut retrouver dans l'Encyclopédie Britannique, la notion de libre-arbitre apparaît essentielle au choix : « En philosophie, le choix est la capacité supposée de décider librement entre des alternatives » (53,54). Le Robert définit le libre arbitre comme : la « volonté libre, sans contrainte » (55). Enfin, Le Larousse définit le terme « rationnel » par « qui paraît logique, raisonnable, conforme au bon sens » (56).

Cette notion de choix rationnel est aujourd'hui utile pour les théories économiques ou politiques. En sociologie et philosophie, elle est considérée comme plus qu'incomplète et critiquée, depuis de nombreuses années. Elle ne prend en effet en compte ni des déterminants et interactions socio-culturels, ni des enjeux émotionnels, ni des limites cognitives de l'être

humain, qui n'est pas totalement rationnel, notamment pour le traitement de l'information (48).

Le libre arbitre, la rationalité, sont entravés par ces différents éléments.

Dans cette étude, il est ici difficile d'affirmer que les patientes fassent un choix totalement rationnel entre les différents professionnels de santé exerçant la gynécologie.

Il faut donc se pencher sur d'autres termes et d'autres théories sociologiques plus modernes.

Le mot « décider » est défini par Le Larousse comme « prendre le parti de faire quelque chose, se déterminer à entreprendre quelque chose, prendre la résolution qu'un évènement ait lieu » (57). Toujours dans « *La confiance en soi, une philosophie* » Charles Pépin écrit « Décider, c'est trouver la force de s'engager dans l'incertitude, réussir à y aller dans le doute, malgré le doute » (50,51).

Toujours dans un des épisodes de « La Question philo » sur France Inter, il dit également : « On choisit parce qu'on sait. On décide parce qu'on ne sait pas. Ou plutôt parce qu'on ne sait pas assez pour que ce soit un choix » (52).

La sélection d'un professionnel par les patientes pour leur suivi gynécologique paraît donc être plutôt une « décision » qu'un « choix ».

En sociologie, les théories actuelles sont celles de la prise de décision (48).

La théorie principale est celle du double processus qui stipule que nous décidons en utilisant deux systèmes cognitifs : analytique rationnel et intuitif expérientiel (58,59).

L'article d'E. Bruch de 2017, se base sur de très nombreuses sources bibliographiques, et s'intéresse au système intuitif, inconscient, en se penchant sur les différents facteurs cognitifs, socio-culturels et émotionnels dans le phénomène de prise de décision (48).

En ce qui concerne l'aspect cognitif, les théories modernes expliquent que les individus utilisent des heuristiques. C'est-à-dire des « raccourcis cognitifs », des règles basiques et connues, ou ce qui semble être des évidences à l'individu. Ils permettent à la cognition d'agir rapidement. Il n'y a donc pas à analyser les informations multiples qui sont proposées. Cela peut entraîner parfois des biais et erreurs de jugement (48).

E. Bruch explique que les décisions sont prises de manière séquentielles.

Pour décider, un individu va d'abord catégoriser les différentes options en celles qu'il connaît et celles qu'il ne connaît pas, grâce aux heuristiques et à son environnement culturel et social. Les options seront ensuite divisées en celles qu'il envisage ou pas. Les options envisageables sont regroupées dans ce qui s'appelle « l'ensemble de considération » et la décision finale sera prise dans ce groupe d'option (48).

Pour la décision finale, plusieurs règles existent en sociologie. Les règles dites compensatoires et non compensatoires.

Chaque option est définie par des attributs, c'est-à-dire des éléments la caractérisant.

Dans les règles compensatoires, ces attributs vont être comparés, mesurés. La plus simple, et la plus utilisée est celle du « décompte ». L'individu va faire la liste des « pour » et des « contre » (48).

Mais la recherche prouve que ces méthodes compensatoires nécessitent encore souvent trop d'effort cognitif et que les individus décident plutôt via des règles non compensatoires. Il existe là encore plusieurs règles non compensatoires. Dans l'ensemble, elles stipulent que l'individu

se penche uniquement sur « l'acceptabilité » d'un ou de plusieurs attributs pour prendre sa décision finale (48).

En ce qui concerne la « réponse émotionnelle », réfléchir vers quelle option se diriger met souvent en jeu l'affect. Faire des associations des options au « bien » et au « mal », avoir des craintes, peur, doutes... Comme la peur de se tromper, des responsabilités qui en découleront etc. L'humain ne peut donc être totalement rationnel et présente des heuristiques affectives souvent très déterminantes dans la décision (48,58).

Concernant l'interaction socio-culturelle, S. Vaisey et L. Valentino, expliquent que l'origine, l'environnement et le niveau socio-culturel jouent un rôle dans les décisions. Par exemple, les individus comparent inconsciemment leurs actes à ce des autres membres de leur milieu, s'enquière des attentes de leur entourage. Ils intègrent des critères financiers, de disponibilité des ressources et des options de leur milieu. Ils intègrent les croyances et préférences de leur milieu (48,60).

D'autres théories modernes, plus secondaires existent. Un psychiatre américain du XX^e siècle, William Glasser, a établi la Théorie du Choix. Dans cette théorie, il explique que tous les comportements humains, toutes les décisions sont prises pour répondre à 5 besoins fondamentaux. Ces besoins sont l'appartenance/l'amour, la liberté, le pouvoir, le plaisir et la survie. Il n'y a pas de graduation ou de classement pour ces besoins. Chaque individu les réalise, consciemment ou non, en fonction de la situation qui se présente à eux (61).

Enfin, les décisions peuvent être rétroactives par rapport à une décision antérieure.

Par une auto-évaluation postérieure à une décision, l'individu peut se réajuster pour des décisions futures (62).

Dans cette étude, il semble donc que les femmes ne « choisissent » pas un professionnel pour leur suivi gynécologique mais « décident ».

Même si une part analytique existe, la décision finale est souvent prise via le système cognitif intuitif et automatique.

Elles utilisent des heuristiques cognitives. Leurs affects et environnement socio-culturel ont de l'influence sur leur décision finale.

Par exemple, beaucoup de patientes étaient suivies par des femmes, et toutes, si elles avaient le choix, préféraient une femme. Elles ont utilisé des heuristiques : spontanément, les patientes se représentaient les femmes comme plus douces, plus respectueuses. Ceci était sûrement un biais de jugement, car plusieurs patientes ayant eu des suivis par un homme les ont en fait trouvés délicats et appropriés.

Par ailleurs, le raisonnement des patientes était séquentiel. Certaines avaient les trois types de professionnels dans leur ensemble de considération, certaines éliminaient les médecins généralistes. Pour leur décision finale, aucune n'a exprimé avoir sélectionné par la méthode compensatoire du décompte. Cependant, elles ont usé des règles non compensatoires. Par exemple, le sexe masculin du professionnel était souvent un attribut jugé inacceptable et donc elles les excluaient de leur suivi. Beaucoup de patientes choisissaient leur praticien sur l'attribut acceptable et recherché de la relation de confiance. Cela souligne l'importance pour le médecin d'avoir une communication respectueuse et douce, d'exposer ses compétences clairement afin d'établir une relation de confiance solide avec la patiente car sa décision utilisera probablement des règles non compensatoires où ces aspects jouent pour beaucoup.

Certaines patientes étaient suivies par un gynécologue car culturellement, on leur avait appris à compartimenter leur suivi et que la gynécologie était l'affaire du gynécologue. La plupart des patientes consultaient un professionnel recommandé par leur entourage, ce qui répondait aux attentes de leur milieu social.

Certaines patientes composaient aussi avec la contrainte de disponibilités des ressources de leur milieu. Par exemple, en milieu rural, les patientes consultaient davantage de médecins généralistes ou sages-femmes car peu de gynécologues étaient accessibles. Cette contrainte éloigne de la possibilité de « choix » et est un élément du côté rationnel de la décision.

Souvent, les patientes avaient consulté plusieurs professionnels différents. Il y avait eu une évolution dans leur suivi grâce à leurs expériences passées qui avaient orienté leurs expériences futures. Par exemple, des patientes ayant consultées au hasard une sage-femme par manque de disponibilité de leur gynécologue habituel avaient poursuivi avec la sage-femme car rétrospectivement, elles avaient apprécié ce suivi : elles avaient ouvert leur « ensemble de considération » opérant dans le phénomène de décision.

En termes émotionnels, les patientes jeunes se tournaient rarement spontanément vers un gynécologue car elles étaient intimidées, avaient des craintes. Une des patientes a changé de suivi de son médecin traitant vers une gynécologue car elle était en colère et dans l'incompréhension face à la prise en charge de sa ménopause.

Dans le travail de Small et Sukhu, qui traite de processus cognitifs pour demander de l'aide, ils mettent en avant que l'attribut « accessibilité » dans le sens « accessibilité, proximité physique » des options est un attribut majeur dans la prise de décision. Cet attribut fait appel à l'intuitif, y compris dans le domaine de la santé. Les autres attributs principaux mis en avant

étaient la compétence et la fiabilité de l'interlocuteur, dans le sens de la confiance accordée. Ces attributs faisaient appel tantôt au système analytique, tantôt à l'intuitif en fonction de la situation (59).

L'accessibilité géographique et temporelle, la compétence et la relation de confiance avec le praticien étaient bien trois critères primordiaux recherchés par nos patientes pour leur suivi gynécologique.

En se basant sur la théorie du choix de Glasser, il serait possible d'avancer que certaines patientes qui choisissent leur professionnel sur orientation de l'entourage répondent au « besoin d'appartenance ». L'exemple de la ménopause au « besoin de survie ». L'exemple de la rétroaction recherchée chez le professionnel au « besoin de liberté » : celle de changer d'avis, de tester d'autres options afin de continuer avec celle qui lui correspond le mieux.

CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer que beaucoup de facteurs conscients et inconscients, personnels, sociétaux, de la réalité de l'offre de soins actuelles, ont influencé le choix du professionnel de santé par les patientes pour leur suivi gynécologie. Faisant de cet acte plutôt une décision qu'un choix car résultant de compromis.

La qualité relationnelle, l'accessibilité, l'implication dans la prévention, les compétences et le sexe féminin du professionnel sont des préférences personnelles prises en compte par les patientes.

Mais les contraintes de la démographie médicale actuelle et les facteurs socio-culturels, souvent inconscients, jouent un rôle prépondérant dans la sélection d'un professionnel de santé.

Les patientes sont encore largement suivies par des gynécologues, préférant leur compétence et spécialisation. Mais elles sont nombreuses à regretter leur manque de temps, leur délai de consultation et leur distance relationnelle.

Elles retrouvent ces éléments manquants chez les sage-femmes, favorisant leur suivi par ces dernières, surtout chez les 25-34 ans.

Les femmes restaient ambivalentes sur le rôle qu'elles accordaient à leur médecin traitant. Celles qui prônaient le suivi gynécologique par le généraliste étaient souvent patientes de médecins pro-actifs dans cette démarche. Elles appréciaient la prise en charge globale, et la personnalisation du suivi avec un professionnel qui les connaissait dans tous leurs aspects. Celles qui s'y opposaient remettaient souvent en cause leurs compétences et étaient gênées par leur place de médecin de famille. Il s'agissait souvent de femmes dont le médecin ne s'était pas lui-même positionné pour leur suivi, méconnaissant alors cette possibilité.

L'amélioration de la communication des médecins généralistes, par la voie verbale ou via des supports écrits, sur leurs compétences pourraient faire évoluer ces tendances.

Ce travail révèle que les lacunes globales de connaissance des femmes sur la gynécologie ne relevaient pas uniquement du rôle des généralistes. L'amélioration de l'éducation des jeunes filles, au cours de leur scolarité notamment, pour s'affranchir des tabous familiaux, pourraient améliorer leur suivi futur.

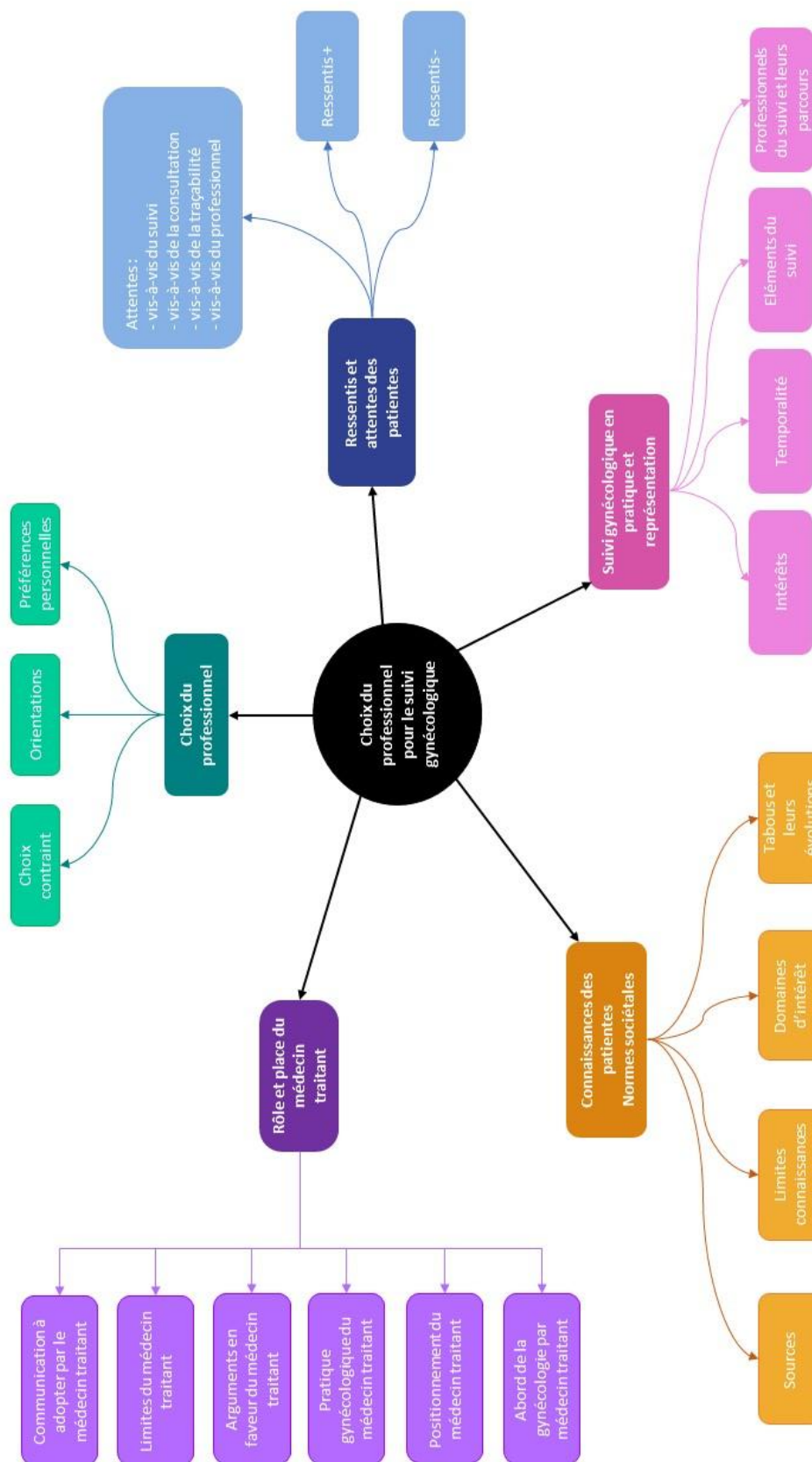


Figure 1. Éléments intervenants dans la décision par les patientes du professionnel assurant leur suivi gynécologique ainsi que leur avis autour de la place du médecin traitant

BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. Population par sexe et groupe d'âges, données annuelles 2024 [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
2. BVA, Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM). Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.fncgm.com/images/Enquetes/enquete_bva.pdf
3. Lardanchet S. Connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention : étude menée en région PACA [Internet]. [Pertuis]: Université d'Aix-Marseille; 2019. p. 72. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/MEM-UNIV-AMU/dumas-02381103>
4. Pfaltzer A. Une consultation gynéco sans accroc. Mango Society; 2022.
5. Agence régionale de santé Bretagne. Le suivi gynécologique et de prévention [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/le-suivi-gynecologique-et-de-prevention>
6. Haute Autorité de Santé. Cancer du sein : modalités spécifiques de dépistage pour les femmes à haut risque [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974673/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque
7. Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus - Dépistage et détection précoce [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
8. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF). Référentiel de Gynécologie Obstétrique (5e édition). Elsevier Masson; 2021.
9. Collège National des Enseignants de Gynécologie Médicale (CNEGM). Référentiel de Gynécologie médicale. Med-Line Editions; 2021.
10. CNGOF. Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://cngof.fr/app/uploads/2022/12/Charte-de-consultation-en-gynecologie-et-obstetrique.pdf?x13417>
11. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2024. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
12. Plantevin M. Connaissance des patientes concernant les compétences gynécologiques des médecins généralistes [Internet]. [Avignon]: Université d'Aix-Marseille; 2020. p. 89. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02967664>
13. Bataille E, Paquier H, Artarit P, Chaslerie A, Hérault T. Les pratiques des professionnels de santé assurant le suivi gynécologique en Pays de la Loire. Santé Publique. 2022;34(2):207-17.

14. DREES. Démographie des professionnels de santé [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
15. Dormont B, Samson AL. Revenus des médecins libéraux et offre de soins en France : les leçons des analyses empiriques. Les Tribunes de la santé [Internet]. 2019;(59):35-45. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/seve1.059.0035>
16. Ministère de la santé et de la prévention. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux diplômes d'études spécialisées. 2017.
17. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique [Internet]. 2005;17(1):109-19. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/spub.051.0109>
18. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative [Internet]. [Grenoble]: Université de Grenoble; 2017. p. 74. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01517439/document>
19. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les Pays de la Loire (panel en médecine générale, 2014-2016) [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2016_PDF/2016_panel3_mg_suivi_gyneco_15.pdf
20. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. Exercer. 2013;(107):114-20.
21. Saidini M. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins généralistes et des patientes. [Dijon]: Université de Dijon; 2016. p. 163.
22. Lageyre K. Déterminants objectifs et subjectifs de la pratique gynécologique en médecine générale : étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne [Internet]. [Dax]: Université de Bordeaux; 2014. p. 98. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01089378/document>
23. Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. Sages-femmes [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2016_PDF/2016_sagesfemmes_iso.pdf
24. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé, le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé; CNGE; 2021.
25. Burban M. Quelle information ont les femmes quant à la possibilité de réaliser leur suivi gynécologique par un médecin généraliste : enquête en Ille-et-Vilaine [Internet]. [Rennes]: Université de Rennes; 2024. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/5b20d08b-5ada-44cf-8456-5d41fdd5068f?inline>
26. Blin A. Suivi gynécologique hors grossesse : contenu idéal des consultations selon les patientes, étude qualitative [Internet]. [Tours]: Faculté de médecine Tours; 2017.

Disponible sur: https://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2017_Medecine_BlinAurelie.pdf

27. Institut National du Cancer. Pour éradiquer les cancers HPV-induits, il y a une solution : la vaccination. Arguments clés pour répondre aux questions de vos patientes [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.crcdc-hdf.fr/wp-content/uploads/2023/05/ARGUVACCHPVA422.pdf>
28. Santé publique France. Cancer du col de l'utérus : la couverture du dépistage et de la vaccination doivent progresser pour une meilleure prévention [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/cancer-du-col-de-l-uterus-la-couverture-du-depistage-et-de-la-vaccination-doivent-progresser-pour-une-meilleure-prevention>
29. Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2021-2022 et évolution depuis 2005 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2021-2022-et-evolution-depuis-2005>
30. Huet C. Suivi gynécologique : quelles sont les perceptions des patientes sur la pratique des médecins généralistes ? étude qualitative. [Lyon]: Université Claude Bernard-Lyon 1. Faculté de Médecine de Lyon Est; 2018.
31. 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 [Internet]. [Montpellier]: Université de Montpellier. Faculté de médecine Montpellier-Nîmes; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03246324v1>
32. Paneau D. Choix du praticien pour le suivi gynécologique : enquête qualitative auprès de patientes de Vaucluse [Internet]. [Marseille]: Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille Université; 2023. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04000434v1/file/The%60se%20Delphine%20PANEAU%2009-02-2023.pdf>
33. Chevalier L. Le suivi gynécologique de prévention : Evaluation du suivi gynécologique de prévention et de la connaissance des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie et de contraception chez 1802 femmes [Internet]. [Metz]: Université de Lorraine. Ecole de sages-femmes de Metz; Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870368v1/document>
34. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de littérature. [Angers]: UFR Santé Angers; 2018.
35. Nguyen N, Bendahmane L, Martin M, Tilly A, Bayen S, Messaadi N. Environnement réconfortant et respect de l'intimité. L'organisation du cabinet médical pour la consultation gynécologique. Santé Publique [Internet]. 2020;32(4):347-58. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/spub.204.0347>

36. Freyens A, Dejeanne M, Fabre E, Rouge-Bugat M, Oustric S. Le premier examen gynécologique idéal imaginé par les jeunes filles : Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés. 2017; Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5555343/>
37. Gruen M. Suivi gynécologique par le médecin généraliste : évaluation quantitative des attentes et de la satisfaction des femmes de plus de 18 ans consultant un médecin généraliste en région Bretagne [Internet]. [Rennes]: Université de Rennes; 2024. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/fa50decc-d47e-490b-b682-47d7b59539a5?inline>
38. Gallic A. Comment des femmes précaires, habitant en milieu rural, perçoivent-elles leur suivi gynécologique? [Internet]. [Rennes]: Université Bretagne Loire. Université de Rennes; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01780596v1>
39. Konopka AM, Barnay T, Billaudeau N, Sevilla-Dedieu C. Les déterminants du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus : une analyse départementale. Économie & prévision [Internet]. 2019;(216):43-63. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/ecop_0249-4744_2019_num_216_2_8263
40. Zanardi L. Dépistage des sujets tabous en consultation de suivi gynécologique par le médecin généraliste [Internet]. [Montpellier]: Université de Montpellier. Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes; 2021. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03326524v1/file/_The%CC%80se%20ZANARDI%20%28%29%20PDF%20version%20B%20U.pdf
41. DREES. Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050? [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-sages-femmes-chirurgiens-dentistes-et-pharmaciens-combien-de>
42. Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention. [Créteil]: Université Paris Val-de-Marne. Faculté de Médecine de Créteil; 2007.
43. Gambiez-Joumard A. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin [Internet]. [Saint-Etienne]: Université de Saint-Etienne. Faculté de Médecine Jacques Lisfranc; 2010. Disponible sur: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/THESE_JOUMARD_Ariane.pdf
44. Digard L. Quelle collaboration établir entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes pour le suivi des patientes? Étude qualitative par focus groups auprès de sages-femmes et médecins généralistes exerçant en Normandie [Internet]. [Rouen]: Faculté mixte de Rouen. UFR de Médecine et de Pharmacie; 2018. Disponible sur: <https://normandie-univ.hal.science/dumas-01920267/>
45. Mouco S, Delorme E. Elaboration et évaluation d'une brochure d'information sur le suivi gynécologique destinée aux patientes consultant en médecine générale [Internet]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes. Faculté de médecine de Grenoble; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas->

01431841/file/2016GREA5126_delorme_estelle%281%29_et_mouco_stephanie%281%29%28D%29_version_diffusion.pdf

46. EBSCO. Théorie sociologique : Théorie du choix rationnel [Internet]. Disponible sur: <https://www.ebsco.com/research-starters/economics/sociological-theory-rational-choice-theory>
47. Britannica Money. Théorie du choix rationnel [Internet]. Disponible sur: <https://www.britannica.com/money/rational-choice-theory>
48. Bruch E, Feinberg F. Processus de prise de décision dans les contextes sociaux. Annual Review of Sociology [Internet]. 2017;43:207-27. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5543983/>
49. Larousse. Définitions : choix - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/choix/15576>
50. Durroux M. Choisir et décider : une distinction fondamentale [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://misterprepa.net/choisir-et-decider/>
51. Pépin C. La confiance en soi, une philosophie. Allary; 2018.
52. Pépin C. Podcast La Question philo. Comment réussir à décider ? (France Inter) [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/la-question-philo/la-question-philo-du-samedi-05-octobre-2024-6496264>
53. Encyclopaedia Britannica. Choix [Internet]. Disponible sur: <https://www.britannica.com/topic/choice>
54. Encyclopaedia Britannica. Libre volonté [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.britannica.com/topic/free-will>
55. Le Robert. Libre arbitre - Définitions, synonymes, prononciation, exemples [Internet]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/libre-arbitre>
56. Larousse. Définitions : rationnel - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rationnel/66652>
57. Larousse. Définitions : décider, être décidé, se décider - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9cider/22179>
58. Slovic P, Finucane M, Peters E, MacGregor D. Le risque comme analyse et le risque comme ressenti : quelques réflexions sur l'affect, la raison, le risque et la rationalité. Risk Analysis [Internet]. 2004;24(2):311-22. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/j.0272-4332.2004.00433.x>
59. Small M, Sukhu C. Parce qu'ils étaient là : Accès, délibération et mobilisation des réseaux de soutien. Social Networks. 2016;47:73-84.
60. Vaisey S, Valentino L. Culture et choix : vers une intégration de la sociologie culturelle aux sciences du jugement et de la prise de décision. Poétique. 2018;68:131-43.

61. Bookey. La théorie du choix, Favoriser la liberté personnelle grâce aux principes de maîtrise intérieure [Internet]. Disponible sur: <https://cdn.bookey.app/files/pdf/book/fr/la-th%C3%A9orie-du-choix.pdf>
62. Kaufmann JC. L'invention de soi. Une théorie de l'identité. Armand Colin; 1996.

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Eléments intervenants dans la décision par les patientes du professionnel assurant leur suivi gynécologique ainsi que leur avis autour de la place du médecin traitant.....	8
---	---

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I- Caractéristiques de la population étudiée.....	55
---	----

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	C
RESUME.....	1
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	6
1. Type d'étude	6
2. Population cible et recrutement.....	6
3. Recueil de données	6
4. Retranscription et analyse de données	7
5. Ethique.....	7
RÉSULTATS	8
1. Caractéristiques de la population étudiée	8
2. Modélisation des résultats	9
3. Connaissances des patientes et normes sociétales	9
3.1. Limites des connaissances.....	9
3.2. Domaines d'intérêts	9
3.3. Sources utilisées	10
3.4. Tabous et évolution des discours autour de la gynécologie	10
4. Suivi gynécologique en pratique, représentations des patientes	11
4.1. Éléments composants le suivi gynécologique.....	11
4.2. Temporalité du suivi	12
4.3. Intérêts et bénéfices du suivi.....	13
4.4. Professionnels du suivi et leurs parcours.....	14
5. Ressentis et attentes des patientes pour leur suivi	16
5.1. Ressentis positifs	16
5.2. Ressentis négatifs	17
5.3. Attentes des patientes	18
5.3.1. Vis-à-vis du suivi.....	18
5.3.2. Vis-à-vis de la consultation	19
5.3.3. Vis-à-vis de la traçabilité.....	20
5.3.4. Vis-à-vis du professionnel	20
6. Rôle et place du médecin traitant dans le suivi gynécologique	21
6.1. Positionnement du médecin traitant	21
6.2. Abord de la gynécologie par le médecin traitant	21
6.3. Pratique de la gynécologie par le médecin traitant	22
6.4. Limites du médecin généraliste.....	23
6.5. Arguments en faveur du suivi par le médecin traitant	23
6.6. Communication à adopter par le médecin traitant.....	25
7. Choix du professionnel de santé	26
7.1. Orientation	26

7.2.	Choix contraint	27
7.3.	Préférences personnelles.....	27
DISCUSSION		31
1.	Principaux résultats de l'étude	31
2.	Forces et faiblesses de l'étude	33
2.1.	Forces.....	33
2.2.	Faiblesses.....	33
3.	Comparaison à la littérature	34
3.1.	Suivi gynécologique en pratique et attente des patientes	34
3.2.	Influence socio-culturelle dans le suivi et le choix du professionnel	37
3.3.	Connaissances limitées des patientes	38
3.4.	Comparaison des différents suivis : la sage-femme et le gynécologue	40
3.5.	Qu'en-est-il du médecin généraliste ?.....	41
3.6.	Perspectives en pratique	43
4.	Effectuer un choix	45
4.1.	Qu'est-ce qu'un choix ?.....	45
CONCLUSION		53
BIBLIOGRAPHIE.....		56
LISTE DES FIGURES		62
LISTE DES TABLEAUX.....		62
TABLE DES MATIERES		63
ANNEXES.....		I
1.	Annexe I - Grille COREQ.....	I
2.	Annexe II - Courrier explicatif version professionnel.....	V
3.	Annexe III – Courrier explicatif version patientes	VI
4.	Annexe IV – Formulaire d'informations et de consentement	VII
5.	Annexe V – Guide d'entretien (version finale).....	VIII
6.	Annexe VI – Avis du groupe éthique du Centre Hospitalier du Mans.....	IX
7.	Annexe VII – Brochure sur le suivi gynécologique par E. Delorme et S. Mouco pour leur thèse	XI

ANNEXES

1. Annexe I - Grille COREQ

Domaine 1. Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristique personnelle

Numéro	Item	Guide question/description	Réponse
1	Enquêteur animateur	Quels auteurs ont mené les entretiens individuels ?	AUGEREAU Nolwenn
2	Titres académiques	Quels étaient le titre académique du chercheur ?	Interne en médecine générale
3	Activité	Quelles étaient ses Activités au moment de l'étude ?	Remplacements
4	Genre	Les chercheurs étaient-ils des hommes ou des femmes ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation de la chercheuse ?	Première expérience en recherche qualitative

Relations avec les participants

6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Ils connaissaient son statut d'étudiante en santé
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l' enquêteur/animateur ?	Le statut d'étudiante en santé

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

Numéro	Item	Guide question/description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée

Sélection des participants

10	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage par variation maximale
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par courrier ou en échanges directs
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	9 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	1 personne

Contexte

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Cabinet des médecins et au domicile des participantes
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Voir tableau I

Recueil des données

17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Le guide d'entretien n'était pas fourni aux participants Non testé au préalable
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Aucun entretien n'a été répété
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement via dictaphone du téléphone et dictaphone libre

20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, après sur papier
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Moyenne de 36 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Le seuil de saturation a été obtenu au bout de 9 entretiens
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Aucun retour sur les entretiens n'a été réalisé

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

Numéro	Item	Guide question/description	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 personnes, l'enquêtrice et une personne tierce (pour 2 entretiens/ 9)
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui

26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les thèmes ont été déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Excel
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Des verbatims ont été utilisés. Ils sont identifiés par le numéro de l'entretien
----	----------------------	---	--

30	Cohérences des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui ce sont les titres et sous-titres
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

2. Annexe II - Courrier explicatif version professionnel

Bonjour,

Je vous adresse ce courrier aujourd'hui afin de savoir si vous seriez intéressé pour m'aider dans la réalisation de mon travail thèse.

Une rapide présentation pour commencer :

Je m'appelle Nolwenn Augereau, j'ai 27 ans et je suis médecin généraliste non thésé.

Dans ce métier, je suis tout particulièrement intéressée par le suivi des femmes. C'est donc naturellement que mon sujet de thèse porte sur ce domaine.

L'objet de mon travail est de comprendre le choix du professionnel de santé fait par les femmes pour leur suivi gynécologique.

Le travail dans le domaine de la santé est essentiellement basé sur l'humain et la rencontre, il me paraît donc essentiel de réaliser cette étape importante de ma carrière, en allant au contact des femmes, et en réalisant des entretiens individuels avec elles.

Je cherche à recruter des patientes par moi-même, mais également grâce à vous, médecin généraliste/gynécologue ou sage-femme.

Si vous êtes intéressé par ce travail, je vous laisse me recontacter afin d'expliquer davantage mon travail et de répondre à d'éventuelles questions.

J'ai également écrit un courrier explicatif version patiente que je vous imprimerai en plusieurs exemplaires afin de le distribuer à vos patientes, (je joins un exemplaire à ce courrier). Il y aura sur ce courrier toutes les informations nécessaires pour qu'elles me contactent ensuite directement.

A la réception de cette lettre informative, vous disposez évidemment de tout le temps qui vous semblera nécessaire pour me répondre. Que votre réponse soit positive ou négative. Tous les retours me semblent intéressants pour la progression de mon travail.

Vous pouvez me contacter au numéro de téléphone suivant: XXXX (par SMS ou appel, et n'hésitez pas à me laisser un message sur le répondeur si je ne réponds pas à votre appel) ou par mail: XXXX

Je ne manquerai pas de vous recontacter dans les plus brefs délais.

*Cordialement,
AUGEREAU Nolwenn*

3. Annexe III – Courrier explicatif version patientes

Bonjour,

Si vous avez cette lettre entre les mains aujourd'hui, c'est qu'un praticien médical que j'ai au préalable contacté, ou moi-même, avons pensé à vous pour m'aider dans mon travail de fin d'études.

Une rapide présentation pour commencer :

Je m'appelle Nolwenn Augereau, j'ai 27 ans et je suis étudiante en santé.

Dans mes études, je suis tout particulièrement intéressée par le suivi des femmes. C'est donc naturellement que mon sujet de travail de fin d'études porte sur ce domaine.

Le travail dans le domaine de la santé est essentiellement basé sur l'humain et la rencontre, il me paraît donc essentiel de réaliser cette étape importante de ma carrière, en allant au contact des femmes.

Ce courrier a pour vocation de vous donner une idée de ce que j'aimerais aborder avec vous, sans trop vous en dévoiler avant notre discussion.

J'aimerais évoquer avec vous le suivi gynécologique des femmes, sans entrer dans le détail de vos données personnelles.

L'entretien sera individuel entre vous et moi.

Pour que ce moment soit le plus agréable et le plus pratique possible pour vous, je vous propose de nous rencontrer autour dans un lieu calme, proche de chez vous, que nous aurons choisi ensemble au préalable.

Bien évidemment, cet échange restera à notre discrétion car je suis soumise au secret professionnel. Mais pour m'aider à retranscrire de la manière la plus fidèle possible notre discussion, j'utiliserai de quoi enregistrer l'entretien si cela vous convient. Les résultats seront totalement anonymisés et la législation sur la protection des personnes et des données personnelles sera respectée à la lettre.

A la réception de cette lettre informative, vous disposez évidemment de tout le temps qui vous semblera nécessaire pour me répondre. Que votre réponse soit positive ou négative. Tous les retours me semblent intéressants pour la progression de mon travail.

Vous pouvez me contacter au numéro de téléphone suivant: XXXX (par SMS ou appel, et n'hésitez pas à me laisser un message sur le répondeur si je ne réponds pas à votre appel) ou par mail: XXXX. Je ne manquerai pas de vous recontacter dans les plus brefs délais afin de préciser les conditions d'entretien ou répondre à vos éventuelles interrogations préalables.

Au plaisir de vous rencontrer et d'apprendre des choses passionnantes à vos côtés,

AUGEREAU Nolwenn

4. Annexe IV – Formulaire d'informations et de consentement

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro d'anonymisation de la patiente :

Sujet :

Le suivi gynécologique des femmes du Maine et Loire

(Le sujet est volontairement large afin de ne pas orienter vos réponses avant l'entretien et de ne pas interférer avec la liberté des échanges pendant cet entretien)

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par AUGEREAU Nolwenn suivant vos disponibilités, dans un lieu que vous aurez au préalable convenu avec Nolwenn AUGEREAU.

Il durera le temps qui vous sera nécessaire ou acceptable (en général entre 30 et 90 minutes) et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions ouvertes concernant vos ressentis par rapport au suivi gynécologique. Vos réponses seront totalement libres.

Vous avez la possibilité de quitter l'entretien à n'importe quel moment sans fournir d'explication si vous ne souhaitez finalement plus y participer.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par AUGEREAU Nolwenn avec la possibilité de la collaboration d'un autre étudiant en santé ou de la directrice du travail de fin d'études d'AUGEREAU Nolwenn.

Les résultats seront utilisés dans le cadre du travail de fin d'études d'AUGEREAU Nolwenn et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de ce travail à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans un travail de fin d'études ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à ce travail.

☐☐☐☐☐

Signature (participant)

Signature AUGEREAU Nolwenn

Date _____

Date _____

Nom _____

Nom _____

5. Annexe V – Guide d’entretien (version finale)

Approche:

Pour rappel, nous nous rencontrons aujourd’hui dans le cadre de la réalisation de ma thèse de fin d’études.

Je vous remercie de m’aider à préparer ce travail.

Mon travail est soumis au secret professionnel, vous pouvez donc parler le plus librement possible.

Je vais vous poser des questions plutôt larges, l’objectif est que vous puissiez donner les réponses les plus ouvertes possibles.

Pour m’aider à retranscrire de la manière la plus fidèle possible, j’utiliserai de quoi enregistrer l’entretien si cela vous convient, mais j’anonymiserai ces retranscrits.

1/ Pour commencer, à quoi pensez-vous lorsque l’on parle de “suivi gynécologique”? Quelle définition pourriez-vous en faire?

2/ Avez-vous un suivi gynécologique?

Relances : A quel âge l’avez-vous débuté? A quelle fréquence?

3/ Par quel professionnel êtes-vous suivie actuellement? Et pourquoi ce choix?

Relance : Quel a été l’influence de votre entourage sur votre choix?

4/ Quel est votre ressenti concernant votre suivi avec ce professionnel?

3 bis/ Si la patiente n’a jamais eu de suivi gynécologique : Par quel professionnel penseriez-vous vous faire suivre si vous deviez en débiter un?

5/ Quels sont les différents professionnels de santé, d’après vous, qui ont les compétences pour effectuer le suivi des femmes? Pourquoi pensez-vous cela?

5bis/ D’après vous quelles sont les compétences possibles d’un médecin généraliste, d’une sage-femme et d’un gynécologue dans la prise en charge du soin des femmes?

6/ Comment votre médecin traitant s’est positionné par rapport à votre suivi gynécologique?

7/ Selon vous, quels sont les éléments importants qui pourraient faire que les femmes choisissent de confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste?

8/ Comment pensez-vous que le médecin généraliste doit communiquer sur ses compétences en gynécologie auprès des femmes?

9/ Comment imagineriez-vous la consultation gynécologique “idéale”?

10/ Est-ce qu’il y a quelque chose que vous regrettez, qui vous a manqué par rapport à votre suivi gynécologique ?

11/ Comment est-ce que vous estimez vos connaissances en termes de suivi gynécologique ?

Pour terminer :

Notre entretien est maintenant terminé. Merci beaucoup de votre aide. Avez-vous des questions ou de quelconques remarques à ajouter ? Est-ce que cela s’est bien passé ? Y-a-t-il des axes que je pourrais améliorer pour de prochains entretiens ? Pensez-vous que vous seriez disponible pour un autre entretien si cela était nécessaire pour mon travail ?

Je reste en tout cas disponible pour vous si vous avez besoin ou envie d’échanger par rapport à ce travail.

6. Annexe VI – Avis du groupe éthique du Centre Hospitalier du Mans



AVIS DU GROUPE ETHIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DU MANS

Remarque générale : Le Comité d'éthique n'a pas pour mission de donner un avis sur les aspects scientifiques du protocole, en particulier sur l'adéquation de la méthodologie aux objectifs poursuivis par l'étude. Le Comité ne tient compte des données d'ordre scientifique et méthodologique que dans la mesure où elles ont des implications d'ordre éthique.

N° Avis	2024-012
Nom du protocole	Le choix d'un professionnel de santé par les femmes pour leur suivi gynécologique Etude qualitative menée dans les Pays de la Loire
Investigateur principal	Nolwenn AUGEREAU
Lieu de l'étude	Pays de la Loire
Type d'étude	Sciences humaines et sociales
Type patients/participants	Femmes majeures résidant en Maine-et-Loire
Nombre de patients/participants prévus	/
Objectif principal	Interroger des patientes des Pays de la Loire sur le choix du professionnel vers qui elles se tournent pour assurer leur suivi gynécologique ainsi que leurs raisons et leurs ressentis.
Objectif secondaire	Repérer le savoir des femmes sur le suivi gynécologique en France, - l'implication réelle ou ce qu'elles accepteraient de leur médecin traitant dans leur suivi gynécologique
Documents communiqués	☐ Protocole / résumé de l'étude ☒ Lettre d'information ☒ Autres : fiche de thèse, guide d'entretien, lettres pour professionnel et patient

Confidentialité

Confidentialité des données	☒ Oui ☐ Non
Anonymat	☒ Oui ☐ Non
Avis du CEERES	☐ Oui ☒ Non
Avis de la CNIL	☐ Oui / Méthodologie de référence (MR004) ☒ Non

Commentaires :

Information et recueil de non opposition



Centre Hospitalier Le Mans

AVIS DU GROUPE ETHIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DU MANS

Lettre d'information précisant

Titre de l'étude	☒ Oui ☐ Non
But de l'étude	☒ Oui ☐ Non
Déroulement de l'étude	☒ Oui ☐ Non
Prise en charge courante inchangée	☒ Oui ☐ Non
Possibilité de refus	☒ Oui ☐ Non
Possibilité de recevoir les résultats de l'étude	☒ Oui ☐ Non

Commentaires : _____

Recueil de non opposition

Recueil nécessaire	☒ Oui ☐ Non
Type de consentement	☐ Oral ☐ Ecrit
Traçabilité dans le dossier N/A	☐ Oui ☐ Non

Commentaires : _____

Conclusion

Avis favorable	☒ Oui ☐ Non
Révision nécessaire selon commentaires	☐ Oui ☐ Non
Avis défavorable	☐ Oui ☐ Non

Tenu en séance le 21/11/2024

Docteur Florence DECIRON-DEBIEUVRE
Présidente du Groupe Ethique du Centre
Hospitalier du Mans

Cet acte de service
SAMU 72 - SAMU LE MANS
CENTRE HOSPITALIER LE MANS
(deciron@ch-lemans.fr)

7. Annexe VII – Brochure sur le suivi gynécologique par E. Delorme et S. Mouco pour leur thèse

C'EST QUOI / POUR QUI ?

C'est un suivi médical pour toutes les femmes.

QUAND / COMMENT ?

Au minimum 1 visite par an :

- Avec un entretien abordant vos antécédents et différents thèmes comme la contraception, les maladies sexuellement transmissibles, le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus ou tout autre sujet que vous souhaitez.
- A partir de 25 ans (ou avant selon avis médical) : un examen des organes génitaux et/ou une palpation des seins peuvent-être réalisés

QUI CONSULTER ?

- Votre médecin traitant ou tout autre médecin généraliste.
- Un gynécologue.
- Une sage-femme libérale.
- Le planning familial qui reçoit de façon anonyme et gratuite les mineurs.

VOUS AVEZ DES QUESTIONS ?

Parlez-en à votre médecin

Pour plus d'informations:

- www.choisirsacontraception.fr
- www.info-ist.fr
- masexualite.ca
- www.planning-familial.org
- www.e-cancer.fr



LE SUIVI GYNECOLOGIQUE

Pour une meilleure santé de la femme

Travail de thèse de médecine
Mme MOUCO Stéphanie
Mme DELORME Estelle
Elaboré en Octobre 2015

LES REPONSES A VOS QUESTIONS

LE CANCER DU SEIN

- Il s'agit du cancer le plus fréquent chez la femme en France avec près de 49000 nouveaux cas chaque année.
- Si vous présentez une histoire personnelle ou familiale prédisposant à cette maladie, il existe pour vous une surveillance personnalisée, parlez-en à votre médecin.

La mammographie (radio des seins) :



De 50 à 74 ans, la sécurité sociale envoie une invitation tous les 2 ans, sans avance de frais (100%).

La palpation des seins:

Recommandée à partir de 25 ans, une fois par an, par un médecin lors du suivi gynécologique.

LA CONTRACEPTION

- Pour éviter les grossesses non désirées et les avortements.
- De nombreux moyens existent, dont un qui vous conviendra.



BUT= PREVENTION ET DEPISTAGE

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

- Ce sont des infections transmises lors des rapports sexuels (Hépatites B ou C, herpès, VIH, bactéries, etc.) qui sont souvent inapparentes.
- Un seul moyen de se protéger lors d'un rapport : le préservatif.
- Des dépistages existent.

LE CANCER DU COL DE L'UTERUS

- Il est causé par une infection par le Papillomavirus Humain (HPV) transmise lors des rapports. Elle entraîne des modifications des cellules du col pouvant aller jusqu'au cancer.

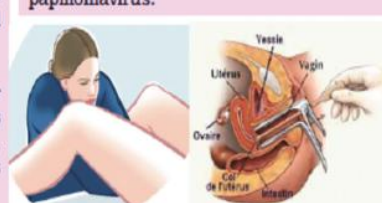
Le frottis lors d'un examen gynécologique :

Cet examen rapide et indolore consiste à prélever des cellules du col de l'utérus avec une petite brosse.

Ce dépistage est recommandé pour toutes les femmes de 25 à 65 ans (qu'elles soient vaccinées ou non), tous les 3 ans après 2 premiers frottis à 1 an d'intervalle.

La vaccination :

A partir de l'âge de 11 ans, elle permet de se protéger contre certains de ces papillomavirus.



Choix d'un professionnel de santé par les femmes pour leur suivi gynécologique

RÉSUMÉ

Introduction : Le suivi gynécologique est un domaine médical vaste, englobant bon nombre de consultations. En France, il est effectué par les gynécologues, les sages-femmes et les généralistes. La plupart des femmes sont suivies par le gynécologue. Mais cette tendance évolue en leur défaveur en lien avec l'évolution de la démographie médicale. L'objectif est de comprendre le choix des patientes des Pays de la Loire pour le professionnel de santé assurant leur suivi gynécologique. Les objectifs secondaires sont de repérer le savoir des femmes sur le suivi gynécologique en France et l'implication réelle ou qu'elles accepteraient de leur médecin traitant.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de 9 patientes des Pays-de-la-Loire. Les données ont été recueillies, retranscrites et analysées selon une méthode de théorisation ancrée.

Résultats : Les patientes sont attachées à leur suivi gynécologique. Ce suivi rentrant dans l'ordre de l'intime, les femmes ont des exigences précises. Tant sur le suivi en lui-même que sur le professionnel qu'elles rencontrent. Le choix du professionnel est souvent orienté par l'entourage et l'environnement socio-culturel. Le gynécologue est apprécié pour sa compétence. Face à la difficulté d'accès, le généraliste et la sage-femme ont une place grandissante. Les sages-femmes ont la préférence des patientes interrogées regroupant des qualités comme le sexe féminin, la douceur, l'écoute, la prévention, le temps accordé et un environnement d'exercice adapté. Les femmes sont ambivalentes au sujet du généraliste. Celles dont le généraliste s'implique spontanément sont enclines au suivi par ce dernier. Celles désinformées par leur généraliste doutent de ses compétences dans le domaine. Quoi qu'il en soit, les connaissances lacunaires des patientes, sur le rôle des professionnels et sur le suivi en général, entravent la qualité des soins.

Conclusion : La désinformation des femmes dans le domaine de la gynécologie conduit à des suivis partiels, dictés par des normes sociétales et fortement influencés par l'entourage. L'éducation des femmes, dès la scolarité, une meilleure formation des généralistes dans la communication et la prévention ainsi qu'une meilleure coopération entre les différents professionnels pourraient contribuer à garder un suivi gynécologique de qualité malgré la démographie décroissante des gynécologues.

Mots-clés : étude qualitative, suivi gynécologique, médecine générale, choix, Pays-de-la-Loire

WOMEN'S CHOICE OF HEALTHCARE PROFESSIONAL FOR THEIR GYNAECOLOGICAL CARE

ABSTRACT

Introduction: Gynaecological care is a broad medical field, encompassing a wide range of consultations. In France, it is provided by gynaecologists, midwives and general practitioners. Most women are cared for by gynaecologists. However, this trend is changing to their disadvantage in line with changes in the medical demographic. The aim is to understand the choices made by patients in the Pays de la Loire region when selecting a healthcare professional to provide their gynaecological care. Secondary objectives include identifying women's knowledge of gynaecological care in France and the actual involvement of their general practitioner, or the level of involvement they would accept.

Methods: This is a qualitative study, conducted through semi-structured interviews with nine patients in the Pays de la Loire region. The data were collected, transcribed and analysed using grounded theory.

Results: Patients are committed to their gynaecological care. As this care is of an intimate nature, women have specific requirements, both in terms of the care itself and the professional they see. The choice of professional is often influenced by their social circle and socio-cultural environment. Gynaecologists are valued for their expertise. Given the difficulty of access, general practitioners and midwives are playing an increasingly important role. Midwives are preferred by the patients surveyed, who appreciate qualities such as their female gender, gentleness, attentiveness, focus on prevention, the time they devote to patients, and a suitable practice environment. Women are ambivalent about general practitioners. Those whose general practitioner is spontaneously involved are inclined to be followed up by them. Those who are misinformed by their general practitioner doubt their competence in the field. In any case, patients' lack of knowledge about the role of professionals and follow-up in general hinders the quality of care.

Conclusion: Misinformation among women in the field of gynaecology leads to incomplete follow-up care, dictated by societal norms and heavily influenced by those around them. Educating women from school age onwards, providing better training for general practitioners in communication and prevention, and improving cooperation between different professionals could help to maintain high-quality gynaecological care despite the declining number of gynaecologists.

Keywords : qualitative study, gynaecological care, general medicine, choice, Pays-de-la-Loire region