

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN
FACULTE DE MEDECINE

**Les freins à la consultation
gynécologique chez le médecin
généraliste.**

TRAVAIL DE FIN D'ETUDE
PROMOTEUR : DR Eric Hufkens

Roos-Lien KEIJZER
Année Académique 2019

Remerciements :

A mon promoteur Dr Eric Hufkens pour ses conseils, réflexions et orientations, à l'équipe de la Maison Médicale MPLP Marcinelle pour son aide et sa collaboration, à Anne Felix pour son implication en tant qu'animatrice, à la Fédération des Maisons Médicales pour son soutien de recherche, à Dr Jan-Harm Keijzer et Michele Daniele pour leurs relectures, et à toutes les patientes ayant participé à cette étude avec joie, larmes et authenticité.

Préface :

Pour la réalisation de mon assistantat en médecin générale, j'ai choisi la maison médicale Médecine Pour le Peuple (MPLP) Marcinelle, dans la région de Charleroi. Dès ma première année, on m'a proposé de développer un projet personnel au sein de celle-ci. J'ai choisi d'instaurer un projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge gynécologique (via la relecture de recommandations, de réunions multi-disciplinaires, de l'élaboration de protocoles, de la réflexion sur la collaboration, etc). Rapidement et tout au long de la première année, j'ai été confrontée à la faible demande de la part des patientes mais, surtout, à l'étonnement fréquent de celles-ci lorsque je leur disais que le médecin généraliste prenait aussi en charge la gynécologie de première ligne tel que les frottis de dépistage... : « Ah bon ? Je peux faire mon frottis chez mon médecin généraliste ?! ».

Je me suis donc demandé à quel point l'amélioration de la qualité de prise en charge, et donc « d'offre », allait être efficace et bénéfique à la patientèle, si celle-ci ne venait pas à nous, si il n'y avait pas de « demande ».

Mon choix de TFE s'est donc porté naturellement sur l'identification des freins auprès des patientes expliquant la non/faible consultation gynécologique chez le médecin généraliste, suivie de la confrontation entre le point de vue des patientes et celui des médecins généralistes.

I. ABSTRACT.

La prise en charge de la santé gynécologique de la population féminine en Belgique présente des failles et rencontre des difficultés persistantes auxquelles le médecin généraliste peut, de par son rôle spécifique, contribuer à remédier. La présente étude, menée grâce à la technique du Focus Group, vise à identifier les freins menant à la faible ou non consultation gynécologique en médecine générale, en interrogeant des patientes et des médecins généralistes. Les opinions, visions et vécus convergents et ont été mis en évidence, analysés et confrontés. Il en ressort qu'il existe bien des freins à la consultation gynécologique, que certains d'entre eux sont immuables et inhérents à la médecine générale, tandis que d'autres ouvrent des pistes de réflexion et d'appui à différents niveaux : individuel, culturel, organisationnel à petite échelle, et structurel pour l'ensemble du pays.

II. MOTS-CLES.

Gynécologie, médecine générale, freins, comportements, femmes, relation thérapeutique, prévention, dépistage, examen gynécologique, frottis cervico-vaginal.

III. INTRODUCTION.

La prise en charge de la santé gynécologique de la population féminine en Belgique présente des failles et rencontre des difficultés persistantes, ce dont les campagnes de dépistage des cancers gynécologiques, tels que celui du col de l'utérus, permettent de prendre la mesure. En effet, selon le troisième rapport de l'Agence Intermutualiste (1), « entre 2010 et 2012, seulement 57% des femmes âgées de 25 à 64 ans ont participé au dépistage opportuniste pour le cancer du col de l'utérus. » De plus, il existe un déséquilibre notoire en ce qui concerne ce dépistage : d'un côté, les femmes ménopausées et les femmes de statut socio-économique plus faible sont sous-dépistées (2); de l'autre, on observe un sur-dépistage (1). En 2009, la surconsommation était telle que le nombre de frottis utilisés pouvait théoriquement suffire à couvrir 100 % de la population cible (3).

Cette surconsommation semble diminuer depuis les changements successifs de nomenclature adoptés conformément aux recommandations européennes [remboursement du frottis une année sur deux à partir de 2009, puis une année sur trois à partir de 2013 (4)]. Cependant, si le dépistage présente une plus grande efficacité, on ne constate pas une plus grande participation des femmes.

Autre modification récente dans l'organisation des soins de santé, la réforme de 2014 instaurant le retour précoce à domicile (RPAD) après l'accouchement inquiète les acteurs du terrain. De nombreuses études montrent que, dans le cadre de cette décision prise principalement selon une logique hospitalière, la première ligne n'a pas été préparée à accueillir les mères et à assurer le suivi post-partum à domicile (5).

Enfin, une vague de protestations s'est récemment élevée pour dénoncer les violences gynécologiques sous toutes leurs formes : touchers vaginaux sur des patientes inconscientes, examens gynécologiques brutaux, remarques déplacées ou encore épisiotomies abusives, entre autres exemples. Or, ces vécus ne sont pas sans conséquence car elles peuvent amener certaines patientes à renoncer à un suivi gynécologique adéquat. Elles constituent donc un réel enjeu de santé publique (6).

Dans un tel contexte, il y a lieu de se questionner sur le rôle que joue le médecin généraliste dans la prise en charge globale de la santé gynécologique.

En 2012, les médecins généralistes n'ont effectué que 12,6 % des frottis réalisés en Région Flamande et seulement 2,5 % de ceux pratiqués en Région Wallonne (1). Pourtant, deux études ont montré que le médecin généraliste était, à l'instar du gynécologue, idéalement placé pour encourager la participation à des examens de dépistage (7). De plus, s'agissant des mammographies, il joue ce rôle d'incitation nettement plus souvent que le gynécologue chez les femmes ayant un niveau d'éducation plus bas (2). Enfin, un travail de fin d'étude mené dans des maisons médicales bruxelloises montre que : « La possibilité de réaliser le frottis de dépistage chez le médecin traitant et de ne pas devoir passer par un gynécologue est un incitant pour certaines femmes pour deux raisons : l'accessibilité horaire du médecin traitant par rapport au gynécologue ainsi que son accessibilité financière via les structures des maisons médicales et des plannings familiaux » (8).

Concernant le RPAD, la médecine générale, notamment les maisons médicales, via la collaboration avec les autres acteurs de la première ligne, permet de mettre en place une approche globale centrée sur l'individu et fondée sur un lien de confiance, et d'offrir ainsi un cadre idéal durant la phase de vulnérabilité que représente la période post-natale (4, 9). Cependant, la première ligne se plaint de difficultés de collaboration et de communication avec la deuxième ligne en ce qui concerne le suivi per-natal, ainsi que d'un manque d'information auprès des patientes sur le rôle du médecin généraliste dans la contraception, le suivi de la grossesse et le suivi post-partum (9). La KCE insiste fortement, dans un rapport de 2014 sur l'organisation des soins après l'accouchement, sur la nécessité de développer un réseau multidisciplinaire périnatal autour de chaque (future) mère et d'établir un plan de soins informatisé qui soit doté d'outils de collaboration, le manque de communication menant indéniablement à une fragmentation des soins et à une perte globale de qualité (10).

La question qui se pose, et sur laquelle d'autres se sont déjà penchés, notamment en France (11,12,13), porte sur les barrières qui peuvent se dresser entre les femmes et le médecin généraliste, faisant obstacle à une consultation gynécologique. En effet, en postulant qu'une meilleure prise en charge de la santé gynécologique de la population féminine belge pourrait en partie être atteinte en améliorant et en étoffant les soins gynécologiques dispensés par les médecins généralistes, il convient de mettre en évidence, auprès des patientes elles-mêmes, les causes et comportements menant à la non consultation.

Le présent travail aura donc pour objectif, grâce à la technique des focus groups, d'amener les patientes à exprimer les freins expliquant selon elles la faible ou non consultation gynécologique chez le médecin généraliste et, dans un deuxième temps, de les confronter aux freins et comportements ressentis et perçus par des médecins généralistes.

Afin de cibler la population insuffisamment suivie au niveau gynécologique que constituent les femmes plus âgées ou les femmes ayant un niveau socio-économique plus bas, les focus groups ont été organisés au sein d'une maison médicale pratiquant le système au forfait.

IV. METHODOLOGIE.

1. Méthodologie de recherche de documentation.

1. Demande au centre de documentation de la Fédération des Maisons Médicales d'effectuer une recherche d'articles abordant la prise en charge gynécologique en première ligne (impotence et avantages de la première ligne, chiffres de couverture des dépistages par la première ligne versus la deuxième ligne). Sélection manuelle sur base des abstracts.
2. Sur le site web du KCE (<https://kce.fgov.be>) : recherche du mot-clé « gynécologie ». Sélection manuelle des titres pertinents.
3. Sur le site web de l'Agence Inter-Mutualiste IMA-AIM (<https://aim-ima.be>) : recherche des mots-clés « dépistage » et « gynécologie ». Sélection manuelle des titres pertinents.
4. Sur le site de l'Institut Scientifique de Santé Publique - Sciensano (<https://www.sciensano.be/en>) : recherche des mots-clés « cervical smear », « screening coverage » et « prévention ». Sélection manuelle des titres pertinents.
5. Sur le site de CISMef (<https://doccismef.chu-rouen.fr/dc/>) : recherche des mots-clés « contraception » et « mineures ». Sélection manuelle des titres pertinents.
6. Sur le site Exercer, la revue francophone de médecine générale (<https://www.exercer.fr>) : recherche des mots-clés « prévention », « gynécologie » et « généraliste ». Sélection manuelle des titres pertinents.
7. Dans la bibliographie de l'article « Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes », Exercer :
 - Poletti B. Rapport d'information fait au nom de la délégation au droit des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures. Assemblée nationale 2011;3444
 - Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin.
8. Sur le site de l'INAMI (<https://www.inami.fgov.be/fr/Pages/default.aspx>) : Professionnels > Médecins > Soins par le médecin > Nomenclature des prestations de santé > Frottis cervico-vaginal.

9. Sur le site des Femmes Prévoyantes Socialistes - FPS (<http://www.femmesprevoyantes.be>) : recherche des mots-clés « violences » et « obstétricales ». Sélection manuelle des titres pertinents.
10. Sur le site APES ULg (<http://labos.ulg.ac.be/apes/>) : recherche des mots-clés « groupes », « focalisés » et « méthodologie ». Sélection manuelle des titres pertinents.
11. Sur le site Spiral ULg (<http://www.spiral.ulg.ac.be>) : recherche des mots-clés « focus » et « groupe ». Sélection manuelle des titres pertinents.

2. Méthodologie de l'étude.

L'étude réalisée est de type qualitative prospective interventionnelle : interviews de patientes en-dehors des consultations, et de médecins généralistes sous forme de Focus Groups (14,15).

L'échantillonnage des patientes a été réalisé au sein de la maison médicale (MPLP Marcinelle, région de Charleroi) du promoteur et de l'investigateur principal de l'étude, ce via trois méthodes :

- Publication d'un article dans le journal trimestriel de la maison médicale expliquant la démarche et invitant les intéressées sur base volontaire à nous contacter.
- Affiche dans la salle d'attente de la maison médicale expliquant la démarche et invitant les intéressées sur base volontaire à se manifester auprès des accueillantes ou à en parler à l'un des professionnels de santé.
- Demande systématique à toutes les femmes de 18 ans ou plus, en fin de consultation pour tout motif confondu (gynécologique ou non), par tous les médecins et infirmières de la maison médicale et ce pendant une période prédéfinie de deux semaines.

L'échantillonnage des médecins généralistes a été réalisé au sein du réseau du promoteur (autres médecins de la maison médicale, médecins de la région de Charleroi, médecins travaillant dans d'autres maisons médicales MPLP).

Les critères d'inclusions et d'exclusions sont repris dans le **tableau 1**.

Critères	Inclusion	Exclusion
Patientes	Agée de 18 ans ou plus	Agée de moins de 18 ans
	Ayant répondu positivement à l'une des trois procédures de recrutement, après avoir reçu toutes les informations	N'ayant pas répondu positivement via l'une des trois procédures de recrutement
	Etant inscrite comme patiente à la maison médicale	Ayant un lien thérapeutique direct avec les autres participantes (personnel de la maison médicale, faisant partie de la patientèle)
Médecins	Médecin généraliste ou assistant en médecine générale (travaillant ou non en planning familial)	Gynécologue
	Tout type de pratique (maison médicale/solo, au forfait/à l'acte)	Stagiaire
	Féminin ou masculin	Non actif
	Maîtrise suffisante de la langue francophone	Maîtrise insuffisante de la langue francophone

Les patientes et les médecins généralistes qui se sont présentés aux focus group ont reçu un questionnaire individuel préalable (cfr. Annexes). Celui des patientes comprenait : l'âge, le niveau d'étude, la profession et le statut, si elles avaient déjà eu des enfants ou non, si elles étaient en retard de frottis cytologique de dépistage et/ou de mammographie de dépistage, si elles avaient déjà consulté chez le médecin généraliste pour un motif gynécologique. Celui des médecins comprenait : l'âge, le genre, le diplôme (médecin généraliste ou assistant en médecine générale), le type de pratique (maison médicale ou en solo).

Un formulaire d'information et de consentement éclairé a été distribué et expliqué à chaque patiente participante, suivi par la demande de la signature de chacune en cas d'approbation (cfr. Annexe).

Les focus group de patientes ont été menés par l'intervention d'une animatrice externe - n'ayant pas de lien thérapeutique avec les participantes, de sexe féminin - et à l'aide d'un guide d'entretien (cfr. Annexe) Les focus groupe de médecins généralistes ont été menés par l'investigatrice principale, également à l'aide d'un guide d'entretien (cfr. Annexe). Tous ont été enregistrés et retranscrits intégralement.

L'analyse des focus group a été réalisée en deux parties : comparaison et identification des thèmes et sous-thèmes à travers, d'un côté, les groupes de patientes, et d'un autre côté, les groupes de médecins. Il s'agit d'une analyse exclusivement qualitative et contextualisée.

V. RESULTATS.

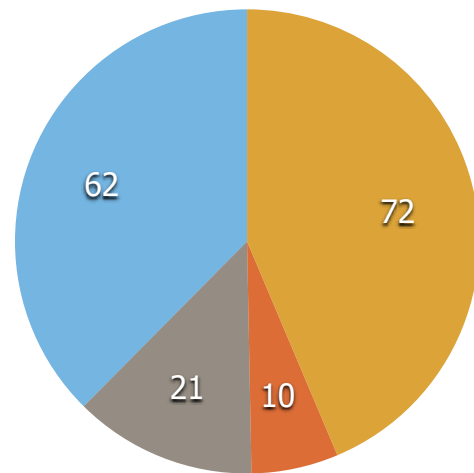
1. Caractéristiques démographiques :

● OUI ● HESITE ● NON ● PAS DEMANDE
Figure 1

A. Patientes :

1. Recrutement :

Le recrutement par demande systématique en consultation a été réalisé du 11/01/19 au 25/01/19. La répartition des réponses reçues est présentée dans **la Figure 1** ci-contre.



- La majorité des patientes ayant répondu positivement au recrutement l'ont fait à l'occasion de la demande systématique lors de la consultation (n=68), une petite partie d'entre elles en réaction à l'article publié dans le trimestriel de la Maison Médicale (n=3) et une patiente a répondu suite à l'affiche accrochée dans la salle d'attente (n=1). Plusieurs patientes ont manifesté un étonnement après avoir été informées que les médecins généralistes peuvent assurer un suivi gynécologique de première ligne, et ont fortement mis en avant le manque d'information. Certaines ont ajouté que le médecin généraliste donnait une plus grande importance à l'approche psychologique que le gynécologue, et ont mentionné un lien de confiance avec ce premier, ainsi qu'une facilité pour ce qui est du délais de rendez-vous. En revanche, plusieurs ont évoqué le besoin de séparer la santé gynécologique du reste de leur santé, en parlant notamment d'un sentiment de honte qu'elles éprouveraient auprès de leur médecin généraliste.

- Parmi les personnes qui hésitaient à participer, une personne a avoué qu'il s'agissait d'un sujet sensible pour elle personnellement et a expliqué que même si elle a hérité de son éducation le sentiment de devoir voir un gynécologue en tant que femme, le suivi chez le médecin généraliste présente selon elle plusieurs avantages. Ce dernier la connaît mieux, la comprend mieux; il y a chez lui une ambiance plus intimiste et elle apprécie la possibilité de pouvoir être vue par un médecin de sexe féminin.
- Parmi les personnes ayant refusé l'invitation, plusieurs ne se sentaient pas concernées par le sujet car elles ne présentaient pas de soucis gynécologiques ou parce qu'elles pensaient avoir un âge trop avancé que pour nécessiter un suivi gynécologique. D'autres ne voulaient pas participer parce qu'elles avaient déjà pris l'habitude de se rendre d'abord chez le médecin généraliste, ou parce qu'elles étaient habituées à aller voir exclusivement leur gynécologue et ne voulaient pas changer. La majorité des personnes ayant refusé ont mentionné une peur de parler en public tenant à des raisons d'ordre psychologique voire ou physique. Finalement, certains refus étaient liés à un manque de compréhension du sujet, notamment en raisons de barrières linguistiques.
- Parmi les femmes ayant consulté pendant la période définie et à qui il n'a pas été demandé de participer, une partie étaient des doublons : la question leur avait déjà été posée par un(e) autre médecin/infirmière dans les jours ayant précédé (n=14). Pour plusieurs personnes le médecin a mentionné ne pas s'être senti à l'aise pour aborder le sujet (n=8), principalement dans le contexte de consultations d'ordre psychologiques, ou en cas de diagnostic de cancer gynécologique récemment posé. Cependant, la majorité des cas de femmes n'ayant pas été invitées à participer sont la conséquence d'oublis (n=27), qui résultant notamment de la complexité médicale de certaines consultations ou des retards pris dans le déroulement des consultations.
- Remarque : le recrutement comprenait d'abord toutes les filles/femmes de 14 ans ou plus, mais une seule personne entre 14 et 18 ans a répondu positivement et ce à condition d'être dans un groupe de parole avec uniquement des jeunes filles.

2. Organisation des Focus Groups et questionnaire individuel préalable

Les patientes ayant répondu positivement ont été rappelées via un Call-Center organisé et mené par l'investigateur principal, et il leur a été donné la possibilité de choisir entre le 27 février, le 6 mars et le 7 mars 2019. Au total, 39 patientes ont confirmé leur venue et choisi une date par téléphone, et 19 d'entre elles ont effectivement participé aux groupes de parole. On trouvera la répartition des participantes en fonction des dates dans la **Figure 2** ci-après.

Remarque : le premier focus group n'a pu être enregistré et retranscrit que pendant les 29 premières minutes, suite à un soucis technique.

Dans le questionnaire présenté aux patientes avant chaque focus group, il leur a été demandé d'indiquer leur âge, leur niveau d'étude, leur profession ainsi que leur statut professionnel et de préciser si elles avaient déjà des enfants ou non, si elles étaient en retard ou non dans la date d'échéance de leurs dépistages du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus - à condition de faire partie de la population cible ou d'avoir d'autres indications - et si elles avaient déjà consulté leur médecin généraliste pour un motif gynécologique. Les réponses ainsi obtenues sont reprises dans le **Tableau 2** ci-dessous.

Focus Group Patientes	Age	Niveau d'études	Profession	Statut	Enfant (s)	Cytologie > 3ans	Mammo > 2 ans	Consultation gynécologique chez le MG
FG 1 : P1	57	Haute Ecole	Infirmière	Pas de réponse	Oui	Oui	Oui	Oui
P2	69	Haute Ecole	Infirmière	Retraitée	Oui	HPC	Oui	Non
P3	80	Haute Ecole	Pas de réponse	Retraitée	Oui	HPC	HPC	Non
P4	46	Secondaires	Sans profession	Invalide	Oui	Jamais fait	HPC	Non
P5	47	Secondaires	Opératrice	Employée	Oui	Non	HPC	Non
P6	27	Haute Ecole	Secrétaire	Chômage	Non	Non	HPC	Oui

Focus Group Patient es	Age	Niveau d'études	Profession	Statut	Enfant (s)	Cytologie > 3ans	Mammo > 2 ans	Consultation gynécologique chez le MG
FG 2 : P1	71	Université	Professeur de sciences/ Analyste-programmeuse	Retraîtée	Non	HPC	HPC	Oui
P2	58	Secondaires	Pas de réponse	Employée	Oui	Non	Non	Oui
P3	38	Secondaires	Femme au foyer	Pas de réponse	Oui	Non	Non (suivi hors critères)	Oui
P4	37	Primaire	Pas de réponse	Sans emploi	Oui	Oui	HPC	Oui
P5	30	Haute Ecole	Aide ménagère	Ouvrière	Non	Non	HPC	Oui
P6	45	Université	Secrétaire	Mutuelle	Oui	Non	HPC	Oui
P7	49	Secondaires	Aide Soignante	Employée	Oui	Non	Non (HPC)	Oui
FG 3 : P1	30	Secondaires	Fonctionnaire	Employée	Non	Non	Non	Oui
P2	35	Secondaires	Accompagnatrice de train	Employée	Oui	Non	HPC	Oui
P3	53	Apprentissage	Vendeuse	Mutuelle	Oui	Oui	Oui	Oui
P4	40	Université	Puéricultrice	Employée	Oui	Oui	HPC	Non
P5	60	Université	Assistante Sociale	Employée	Oui	Non	Oui	Non
P6	60	Haute Ecole	Educatrice	Employée	Oui	Oui	Non	Oui

Tableau 2.

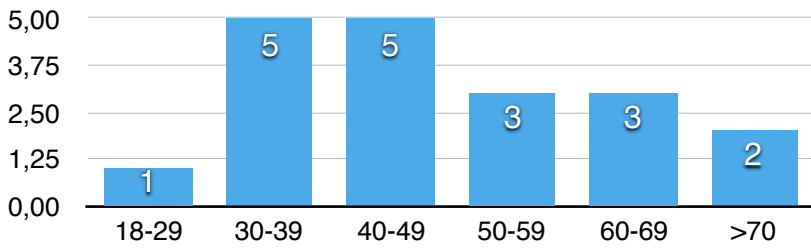
Légende : Cytologie > 3 ans = Le dernier frottis cytologique réalisé date de plus de 3 ans.

Mammo > 2 ans = La dernière mammographie (Mammotest/Bilan sérologique) date de plus de 2 ans.

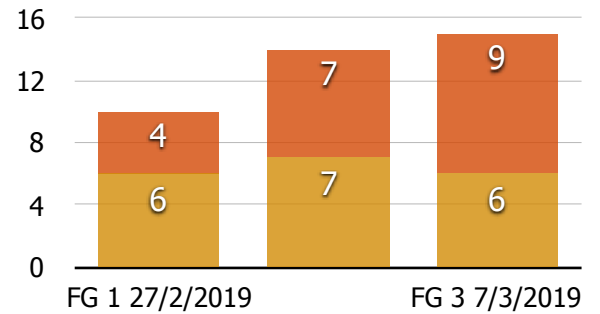
HPC = hors population cible.

Ci-dessous, quelques graphes pour représenter la variabilité de la population des patientes : **Figures 3,4,5,6 et 7.**

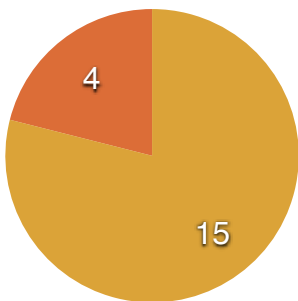
■ Figure 3 : Age



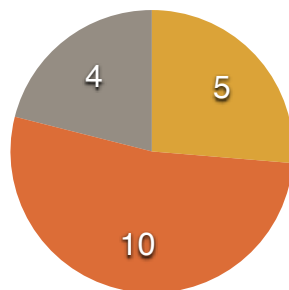
■ Venue ■ Non venue
Figure 2



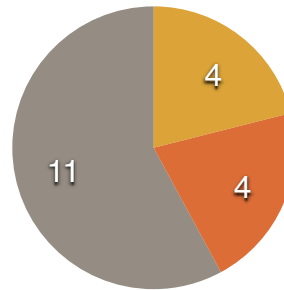
Enfant(s)



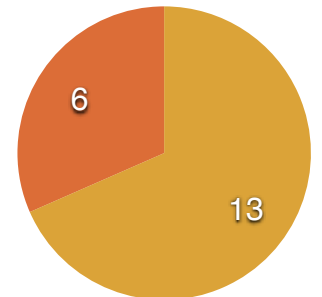
Cytologie



Mammo



Consultation gynécologique chez le MG



● Oui ● Non ● >3ans ● <3ans ● HPC ● >2ans ● <2ans ● HPC ● Oui ● Non

B. Médecins généralistes :

Trois focus groups de médecins ont été organisés : le premier au sein de la même maison médicale où les patientes ont été recrutées, le deuxième lors de la réunion d'un groupe de formation continue de médecins généralistes de la région de Charleroi; le troisième en présence de plusieurs médecins généralistes de la région de Bruxelles Capitale. Le recrutement des deux derniers groupes a été réalisé au moyen de convocations de médecins du réseau de mon promoteur et, pour le dernier groupe, une sélection active de médecins généralistes de sexe féminin a été réalisée, en réaction au fait que le deuxième groupe était exclusivement composé de médecins de sexe masculin. (cfr. discussion). Les caractéristiques démographiques des médecins sont reprises dans le **Tableau 3** ci-dessous.

Focus Group Médecins	Age	Genre	MG/Assistant en MG	MM/Solo
FG1 : M1	58	Masculin	MG	MM
M2	44	Féminin	MG	MM
M3	26	Féminin	Assistant en MG	MM
M4	25	Masculin	Assistant en MG	MM
FG2 : M1	58	Masculin	MG	MM
M2	58	Masculin	MG	MM
M3	59	Masculin	MG	MM
M4	32	Masculin	MG	MM
M5	58	Masculin	MG	MM
M6	63	Masculin	MG	MM
FG3 : M1	50	Féminin	MG	MM
M2	61	Féminin	MG	MM
M3	45	Féminin	MG	MM
M4	59	Féminin	MG	MM

Tableau 3.

Les trois groupes – un groupe mixte, un groupe exclusivement masculin et un groupe exclusivement féminin – comptent une majorité de médecins masculins (n=8 sur 14) et une minorité d’assistants en médecine générale, présents uniquement dans le premier groupe (n=2 sur 14), et sont uniquement composés de sujets travaillent en maison médicale. Notons que le M1 du premier focus group est la même personne que le M2 du deuxième focus group, il s’agit du promoteur de l’étude.

2. Focus Groups :

Le travail d’analyse des focus groups a été réalisé d’un côté pour les patientes et de l’autre pour les médecins. Dans chaque groupe, des différents thèmes et sous-thèmes ont été mis en évidence. Les résultats sont donc présentés séparément pour les patientes et les médecins et on trouvera la comparaison des deux se trouvera dans la partie « Discussion ».

A. Patientes :

1. Entre habitudes et information : ce que l'on sait, ce que l'on pense savoir et tout ce que l'on ne sait pas

A. « On a l'habitude d'aller voir tout de suite le gynécologue. Ce n'était pas comme ça avant ».

Dans les premier et troisième groupe, la question de l'habitude a été relevée. D'un part, une patiente a évoqué le changement d'habitude au cours des années : « La santé de la femme en général [...] dépend du gynécologue, ce qui n'était pas le cas avant (FG1-P3). » Elle explique que pour détecter une grossesse, par exemple, on allait d'abord chez le médecin généraliste et que la sage-femme s'occupait de l'accouchement à la maison. Selon elle, la situation d'aujourd'hui est opposée, on serait conditionnés à aller voir tout de suite le gynécologue. D'autre part, une patiente venant d'un pays d'Amérique latine a également évoqué la question de l'habitude, qui lui aurait été inculquée lorsqu'elle habitait encore là-bas : « Je viens [...] de l'Argentine. Et là – c'est vrai que c'est peut-être plus culturel – mais là quand on a un problème, on va directement chez le spécialiste, et pas nécessairement chez le médecin généraliste (FG3-P5). » Elle note que ce n'est pas seulement pour le gynécologue, mais pour tous les spécialistes, et qu'elle avait tendance à perpétuer cette habitude ici en Belgique.

B. « On garde le gynécologue qui nous a accouché, on poursuit le suivi chez lui ».

Autant dans le premier que dans le deuxième groupe, deux idées ont été relevées. Tout d'abord, le fait de ne voir la gynécologue pour la première que quand on tombe enceinte : « Moi le côté gynéco je n'y ai plus eu accès une fois que j'étais mariée, une fois que j'avais envie de concevoir et d'avoir une vie de famille (FG1-P5). » Ensuite, le fait de continuer le suivi avec la gynécologue après l'accouchement : « Je n'ai vu le gynécologue que quand j'avais 4 mois. Et puis, l'habitude faisant, je me suis fait suivre par un gynécologue au lieu d'aller chez mon médecin traitant (FG1-P3). » « C'est elle qui m'a expliqué qu'après la grossesse, l'accouchement [...] il y a un suivi, un frottis. C'est la gynéco qui m'a expliqué tout ça et j'ai continué à suivre (FG2-P6). »

Dans le troisième groupe, la tendance inverse a été exprimée par deux patientes : pour le grossesse, elles allaient voir le gynécologue, et ensuite elles retournaient voir leur médecin généraliste pour le suivi.

C. « Ah bon, le médecin généraliste peut faire le frottis ?! »

Dans les trois groupes, la majorité des femmes ont dit qu'elles ne savaient pas que le médecin généraliste pouvait assurer le suivi gynécologique de première ligne. Principalement concernant le frottis, plusieurs ont exprimé le fait que si elles l'avaient su, elles l'auraient fait chez le médecin généraliste : « Je ne savais pas jusqu'à il y a quelques mois d'ici [...]. Je serai venue ici plus facilement qu'à l'hôpital (FG2-P2). » L'information a ainsi été présentée comme étant le frein principal par plusieurs patientes du troisième groupe. Une membre du deuxième groupe (FG2-P6) s'est demandé si c'était parce les médecins considéraient que cela est connu de tous, et une personne du troisième groupe a souligné le fait que le médecin généraliste le propose spontanément et automatiquement était vu positivement (FG3-P3). Une autre patiente du troisième groupe (FG3-P6) a relaté qu'on lui avait expliqué que le suivi gynécologique de première ligne pouvait être assuré par les médecins de la maison médicale où elle était, et ayant récemment changé de maison médicale, elle a naturellement continué cette habitude. Au sein des trois groupes, plusieurs femmes ont dit qu'elles avaient été mises au courant de cela pour la première fois lors du recrutement pour les focus groups.

D. « Si tu es une fille et que tu as des règles douloureuses, c'est normal » : un monde de tabous et de manque d'informations.

Les tabous et le manque d'informations qui règnent autour de différents sujets de la santé gynécologique, qu'il s'agisse des différentes étapes de la vie d'une femme (règles, grossesse, accouchement, ménopause) ou des interventions médicales qui s'y rapportent (contraception) ont été évoqués dans chacun des trois groupes. L'éducation ainsi que les habitudes culturelles ont été mises en avant en tant que facteurs explicatif. C'est toutefois le rôle du médecin généraliste et de la maison médicale en tant que centre d'information qui a souligné, notamment afin de savoir ce qui est normal et ce qui ne l'est pas : « Je me demande si, du point de vue informatif, ce ne serait pas intéressant de faire une fois une réunion pour les jeunes filles. Qu'elles puissent poser leurs questions. Par exemple, moi le problème que

j'avais c'est que j'étais réglée tous les 21 jours quand j'étais jeune, et ça durait huit jours. Et moi je ne savais pas que ce n'était pas normal. Et donc j'en ai beaucoup souffert (FG2-P1). »

2. La limite entre première et deuxième ligne : c'est une question de compétences, mais aussi de matériel aussi.

A. « Mais le médecin généraliste, il a pas l'appareil pour faire des échographies ?! »

La question du matériel a été abordée dans les trois groupes. Les patientes se demandaient de quel type de matériel dispose le médecin généraliste – a-t-il tout ce dont il a besoin ? – et s'il pouvait gérer l'acte gynécologique au niveau technique. Dans le premier groupe, une patiente (FG1-P5) expliquait que le médecin généraliste redirige vers le gynécologue qui, lui, est doté de tout l'appareillage. Le fait que le gynécologue ait plus de matériel est vu comme une raison pour laquelle elles préféraient aller voir le gynécologue. Ceci permettrait à la fois de faire plusieurs choses dans une même consultation et de faire un examen plus approfondi. Une patiente a expliqué qu'il s'agissait avant tout d'un moyen d'être rassurée : « Aller voir un gynécologue, c'est aussi avoir une image [...]. Elle m'a rassurée et directement, ce que j'ai apprécié, c'est qu'elle m'a montré l'écran et elle m'a dit "regardez, tout se passe très bien" (FG2-P5). »

B. « J'ai plus confiance en quelqu'un de spécialisé ».

Le sentiment d'être mieux suivie par un spécialiste a été relevé dans les trois groupes. De fait, selon les patientes, ce sentiment tient au fait que le médecin généraliste a des connaissances sur plus ou moins tous les sujets mais que le spécialiste lui dispose de savoirs plus approfondis et spécialisés grâce à sa formation. De plus, le gynécologue est plus systématique, il pense à tout (contexte : prescription de calcium avant la ménopause). Finalement, elles ont indiqué avoir plus confiance en un gynécologue car il avait plus l'habitude et réalisait certains actes, tels que la pose d'un stérilet, beaucoup plus souvent que le médecin généraliste.

Cependant, dans le groupe 2, deux personnes ont relevé le fait d'avoir eu un avis contraire concernant le dépistage du cancer du sein, le gynécologue prescrivant

une mammographie avant l'âge recommandé, et le médecin généraliste le déconseillant en expliquant les dernières recommandations scientifiques. Toutes deux ont dit avoir suivi l'avis du médecin généraliste, ayant confiance en son conseil : « Comme j'ai une grande confiance en [mon médecin généraliste], je me suis référée à son avis [...] et je n'ai pas fait la mammographie qui était programmée (FG2-P4). »

Finalement, deux femmes du troisième groupe (FG3-P1 et P5) ont admis avoir des préjugés envers les compétences du médecin généraliste et se sont questionnés sur l'objectivité de ceux-ci.

C. « Le médecin généraliste n'a pas le temps pour ça, il a d'autres patients à soigner ».

Dans le deuxième groupe, il y a eu une discussion sur le fait que le médecin généraliste ait oui ou non le temps de faire un examen gynécologique. Une personne (FG2-P7) avançait le fait qu'elle avait peur que cela empiète sur les autres consultations, car il y a des choses plus importantes ou plus urgentes en médecine générale, alors que le gynécologue avait, selon elle, plus de disponibilités pour cela et pouvait donner plus de temps. Une autre personne expliquait qu'au contraire, le fait qu'il y ait un tri des motifs de consultation à l'accueil de la maison médicale permettait aux accueillantes d'accorder un temps de consultation plus ou moins long en fonction des cas (FG2-P6). Elle estimait donc que la question du temps que cela prendrait au médecin généraliste n'était pas problématique.

3. Le temps c'est de l'argent.

A. L'aspect financier.

A la question « Avez-vous déjà renoncé/reporté une consultation chez un gynécologue pour des raisons financières ? Avez-vous déjà été en retard de frottis/mammographie/contraception ou autre, pour des raisons financières ? », les avis divergent dans les trois groupes.

D'une part, plusieurs personnes ont jugé que le côté financier comptait pour eux et pouvait déterminer leurs choix et attitudes. Par exemple, une patiente du premier groupe a expliqué qu'elle allait toujours consulter en hospitalier, et non en privé, pour pouvoir bénéficier directement du remboursement. Vu qu'elle avait besoin

d'un suivi plus rapproché pour ce qui est des frottis cytologiques, ce ne serait pas faisable pour elle autrement (FG1-P6). Une autre femme a expliqué avoir renoncé un jour à un mode de contraception plus confortable pour des raisons financières : « Moi pour le stérilet, on m'a demandé 110€ [...] du coup sur place, je ne les avais pas. Du coup, je suis obligée de prendre la pilule (FG2-P4). » Dans le troisième groupe, une patiente a expliqué que quand elle n'avait pas les moyens d'aller chez le gynécologue, elle allait au planning familial (FG3-P2). La question du coût de la consultation a été relevée. De fait, la consultation étant gratuite chez le médecin généraliste travaillant au forfait, c'est un frais en moins pour certaines. Le coût de l'analyse ana-pathologique du frottis restait immuable selon elles.

D'autre part, plusieurs patientes ont exprimé que grâce à un remboursement raisonnable tant pour la consultation et que pour la contraception, l'aspect financier ne représentait pas un obstacle ni un critère de distinction entre le médecin généraliste et le gynécologue. Cependant, les avis divergeaient en fonction du statut de la personne (BIM ou assuré ordinaire).

Finalement, une réflexion a été émise par le troisième groupe à propos de l'apriori que l'on pouvait avoir quant à la valeur et à la qualité d'un acte, en fonction de son prix : « Comme quoi la valeur de la chose, c'est quelque chose qui prime absolument. Comme vous dites : si c'est cher, c'est bon ! (FG3-P5). » Ceci s'exprimait dans le cadre d'une discussion sur les préjugés sur les maisons médicales, qu'avaient les patientes avant de s'y inscrire ou qu'avait leur entourage.

B. « Avoir un rendez-vous ? Il faut au moins trois mois ! »

La notion de délai d'attente et de prise de rendez-vous a été fortement présente dans chacun des trois groupes de paroles. Les participantes ont unanimement émis des critiques, plus ou moins virulentes, à ce sujet.

Premièrement, toutes s'accordaient pour dire que le délai pour avoir un rendez-vous chez un gynécologue était de minimum trois mois, voire six mois dans certains cas, surtout lorsqu'il ne s'agissait pas d'un suivi de grossesse. Une patiente, mère d'un garçon de 5 ans, a avoué avoir renoncé au suivi gynécologique depuis la fin du suivi de sa grossesse : « J'avais accouché et six mois après j'ai téléphoné pour avoir un rendez-vous avec le gynécologue et on m'a donné un rendez-vous dans trois

mois. Et, depuis lors jusqu'à aujourd'hui, moi je [ne suis jamais allée] chez un gynécologue (FG2-P4). »

Deuxièmement, les patientes ont mis en évidence la différence entre le rendez-vous de suivi et un rendez-vous pris pour une urgence. S'agissant du suivi, plusieurs ont expliqué avoir pris l'habitude de prendre rendez-vous d'une année à l'autre ou de programmer dans leur agenda de reprendre un rendez-vous 4 mois avant la date anniversaire du précédent. En revanche, elles ont exprimé le regret du manque de disponibilités en cas d'urgence. Plusieurs ont alors évoqué la nécessité et la possibilité de passer par le médecin généraliste qui, par une note de référence, pouvait faciliter l'accessibilité à un rendez-vous rapide.

Troisièmement, une certaine confusion ainsi qu'une ambivalence ont été exprimées quant à la dualité entre les pratiques publique et privée. Plusieurs personnes ont relaté avoir déjà été redirigées vers le cabinet privé d'un gynécologue, lorsqu'elles lui expliquaient que leur délai d'attente avait été problématique, et n'avoir pris conscience de la différence de prix de la consultation qu'à la réception de la facture : « Moi ce que j'interprète c'est que [soit] on ne paie pas énormément et alors il faut attendre, [soit on a] un service qui n'est pas forcément de qualité [...] (FG1-P5). »

Finalement, l'accessibilité de la prise de rendez-vous, plus grande chez le médecin généraliste, a été mise en avant par plusieurs patientes, tant pour le suivi gynécologique de base que pour les urgences.

4. La gestion de l'intimité : entre homme et femme, entre connu et inconnu.

A. « Si c'est un homme, alors je n'irai pas chez lui ».

La question du genre du praticien a suscité des avis divergents selon les groupes et les participantes. D'une part, plusieurs femmes ont manifesté un refus catégorique d'aller voir un médecin homme, qu'il soit gynécologue ou médecin généraliste, notamment parce qu'elles avaient le sentiment qu'un homme ne pourrait pas comprendre, qu'elles se sentiraient gênées ou qu'elles ne pouvaient pas autant avoir confiance qu'avec une femme, par exemple s'agissant du choix de la

contraception. D'autre part, certaines patientes ont exprimé une indifférence quant au genre, donnant surtout de l'importance à la qualité du suivi : « Moi ça ne me dérange pas que ce soit un homme ou une femme, l'important c'est ce que je sois suivie, c'est tout (FG2-P4). » Une patiente mettait en avant le fait qu'elle connaissait plusieurs femmes qui préféraient être suivies par un homme, car ils seraient plus tendres et attentionnés. Une autre patiente admettait qu'il y avait une différence lorsqu'il s'agissait d'un simple conseil ou d'un acte technique. Dans le premier cas, le fait que le médecin soit un homme ne poserait pas de soucis pour elle. Toutes les patientes avouaient que cette préférence pour l'un ou l'autre genre disparaissait en cas d'urgence, telle qu'un accouchement difficile.

Enfin, plusieurs femmes ont évoqué le fait que la préférence de genre était différente selon qu'il s'agisse du médecin traitant ou du gynécologue. De fait, elles pouvaient envisager le fait d'être suivi par un gynécologue de sexe masculin, mais pas par un homme médecin généraliste : « Mais avec un médecin généraliste, on se confie plus, on dit plus de choses. Et ensuite, montrer son intimité [...]. Si je devais aller faire un frottis ici, chez un homme... non, je ne le ferais pas, je ne me sens pas à l'aise (FG3-P5). »

En conclusion, selon une patiente, la question du genre est parfois plus importante que la question de la spécialisation : « Il y a aussi cette question-là, pas seulement de savoir si on va voir un généraliste ou un gynécologue. C'est : est-ce qu'on va voir une femme ou est-ce qu'on va voir un homme. Pour moi, c'est important (FG3-P1). »

B. « Aller chez quelqu'un qu'on voit souvent ou quelqu'un qu'on voit tous les 3 ans ? » : entre confiance et distance.

La grande majorité des participantes ont montré une préférence pour un médecin en qui elles ont confiance, en ce qui concerne leur suivi gynécologique : « Ce n'est plus tellement la question d'aller chez un gynécologue ou un généraliste. C'est surtout aller chez quelqu'un en qui j'ai confiance. Quelqu'un que je sens qui me respecte (FG2-P1). » En fonction du contexte, celui-ci sera tantôt le médecin généraliste, tantôt le gynécologue. Certaines expliquaient avoir plus confiance en leur médecin généraliste car il les voyait plus fréquemment et les connaissait depuis longtemps : « Je préfère voir quelqu'un qui me connaît bien. Qui connaît mon corps.

Qui sait le parcours que j'ai eu (FG3-P2). » Cependant, un regret a été exprimé quant à une caractéristique propre à la maison médicale : le changement fréquent de médecins, qui est dû à la formation des assistants et empêche la création d'un climat de confiance. Or, le suivi gynécologique était vu comme quelque chose de trop intime et personnel pour être pris en charge par plusieurs médecins différents dans le temps. Pour une patiente en particulier, le médecin généraliste ne porterait pas un regard objectif car ne il voit la patiente que lorsqu'elle est dans un état de maladie (FG2-P1). Pour une autre personne, le fait de voir le médecin généraliste pour d'autres raisons lui empêchait d'avoir le détachement nécessaire pour demander une consultation gynécologique (FG3-P1).

C. « Mon médecin généraliste est aussi le médecin de mon compagnon ».

Autant dans le deuxième que dans le troisième groupe, le fait d'avoir le même médecin généraliste que le compagnon/mari a été évoqué comme étant un frein à la consultation gynécologique chez ce médecin, surtout lorsque le motif de consultation comporte une touche de moralité, comme c'est le cas de la question des infections sexuellement transmissibles et de l'obligation de mettre au courant le partenaire s'il court un danger.

D. « Le plus important pour moi, c'est la continuité ».

La continuité a été avancée comme étant un critère de sélection. Cette continuité est permise par les deux professionnels, selon les patientes, mais peut être fragilisée pour l'une ou l'autre raison. S'agissant des gynécologues, plusieurs patientes ont expliqué avoir dû faire face au départ à la retraite de leur spécialiste, parfois de manière répétée. Dans le cas du médecin généraliste, qui est habituellement vu comme le médecin qui suit une personne tout au long de sa vie, cette continuité serait menacée lorsqu'il travaille dans une maison médicale soumise à un roulement régulier d'assistants en formation.

5. Le médecin généraliste, c'est mon ami, il me connaît dans ma globalité et m'écoute...

A. Le médecin généraliste comme pièce centrale.

Trois aspects ont été relevés quant au médecin généraliste et à sa position centrale par rapport à la santé de ses patientes. Premièrement, le médecin généraliste a été décrit comme étant celui qui oriente et réfère vers le spécialiste lorsqu'il le juge nécessaire : « Pour le suivi gynécologique, le médecin généraliste est la pièce maitresse (FG1-P4). » Deuxièmement, il est celui qui, en principe, centralise les informations concernant les patientes. Cependant, le manque de communication entre les gynécologues et les médecins généralistes a été mis en exergue, notamment pour ce qui est du suivi des échéances des frottis cytologiques. Troisièmement, la vision globale caractéristique au médecin généraliste lui permettrait, selon certaines patientes, d'assurer une meilleure prise en charge : « le médecin généraliste, il peut résoudre, pas l'intervention, mais beaucoup de choses, à tous points de vue [...] une fois qu'il connaît la patiente, il peut gérer mieux (FG1-P2). »

B. « Mon médecin généraliste, mon ami »

Lors des trois focus groups, le médecin généraliste a été décrit comme quelqu'un de plus attentif et de plus à l'écoute. Il apporterait plus de respect et donnerait moins aux patientes le sentiment d'être jugées, contrairement à l'hôpital où l'on pourrait se sentir comme un numéro. Ces aptitudes lui permettent dès lors de créer un climat de confiance mais aussi d'avoir une vision plus globale de la patiente, de sa santé et, plus généralement, de son bien-être physique et mental. Répondant à la question « Trouvez-vous que le fait de voir votre médecin généraliste pour d'autres raisons médicales pourrait vous mettre mal à l'aise pour lui parler de votre santé gynécologique ? », une patiente a ainsi expliqué que le fait de pouvoir discuter d'autre chose que de la santé était un élément important chez un médecin (FG2-P2). Une autre patiente a indiqué, au sujet d'une grossesse et d'un accouchement vécus de manière traumatisante : « Alors que les médecins traitants en général justement ils voient les personnes dans leur globalité, ils ont tendance à écouter ce qu'on dit et

à nous prendre au sérieux ; à nous dire "ça ne va pas, qu'est-ce qu'il se passe ?" (FG3-P2). »

C. « Je reviens vers mon médecin généraliste pour qu'il m'explique ».

Nous avons déjà abordé plus haut la question de la prévention quaternaire et la situation des deux patientes qui ont demandé conseil à leur médecin généraliste par suite de la prescription d'une mammographie de dépistage en-dehors des recommandations.

Un autre témoignage du même ordre a été apporté par une patiente du premier groupe. Elle a expliqué s'être rendu compte qu'elle revenait régulièrement chez le médecin généraliste après avoir vu un spécialiste ou fait un examen, pour recevoir des explications. Elle mettait en cause le fait que, à suite d'une situation personnelle vécue récemment, la gynécologue n'avait pas pris le temps de lui expliquer les choses ou les lui avait expliquées dans un langage trop peu accessible : « Ça fait des années que je suis suivie par mon gynécologue et c'est à Roos-Lien (Dr) que j'ai demandé ce que j'ai exactement car je ne comprends pas ce que mon gynécologue me raconte [...]. Alors que le médecin voilà il va prendre le temps de nous expliquer et moi ça m'a vraiment rassurée (FG1-P6). »

D. La santé de la femme, ce n'est pas que la santé gynécologique.

Autant dans le premier que dans le troisième groupe, un regret a été prononcé quant à la prise en charge trop ciblée sur l'aspect physique et la pathologie, et trop peu sur le vécu et le ressenti des événements importants de la santé de la femme.

Ainsi, dans le premier groupe, une patiente, parlant de la ménopause et du manque d'informations la concernant, a dit : « Le gynécologue qu'est-ce qu'il va faire ? Que mettre des doigts [...] pour sentir si tout va bien. Mais ce n'est pas ça ! (FG1-P1). »

Dans le deuxième groupe, une patiente ayant souffert de tocophobie lors de sa grossesse (peur de l'accouchement) a décrit son vécu : « C'est le gros défaut je trouve, des gynécologues. C'est qu'ils traitent des symptômes et des pathologies, pas des personnes [...]. Et c'est pour ça que pendant ma grossesse – je suis tocophobe,

donc j'étais terrifiée par ma grossesse – il a absolument pas tenu compte du fait que à chaque visite je pleurais comme un veau parce que je me sentais mal. Il s'en foutait ! ça se passait bien physiquement, "le reste, ce n'est pas pour moi !" [...] Ils ne s'inquiètent pas du bouleversement que c'est de devenir mère. De tout ce que ça implique émotionnellement (FG3-P2). » Elle a ensuite expliqué qu'heureusement, le jour de l'accouchement, elle a été assistée par une gynécologue très avenante et compréhensive.

6. Les violences gynécologiques : paroles, actes et conséquences.

La question des violences gynécologiques a été spontanément abordée dans le débat lors du troisième focus group, par plusieurs participantes. Plusieurs éléments ont été amenés. Premièrement, elles trouvaient que la douleur était mal considérée, que la femme était vue comme quelqu'un de fragile, ce qui résulte, selon elles, en une mauvaise prise en charge de leurs plaintes (FG3-P1 et P2) : « Et ils n'écoutent pas, d'ailleurs. [Je suis allée] voir un gynécologue pour un problème de vaginisme et il a enfoncé le spéculum comme un sauvage. Et quand j'ai dit "aïe !", il a dit "oh ne faites pas la doudouille !". Je viens parce que j'ai mal, et tu me fais plus mal (FG3-P2). » Deuxièmement, des problèmes d'attitude et de comportement ont été évoqués. Une patiente expliquait qu'à cause de leur attitude arrogante, qui résulte selon elle du fait qu'ils mettent des enfants au monde, elle consultait le moins possible de gynécologues, si ce n'est pour les grossesses. Pour le reste, elle disait aller chez son médecin traitant (FG3-P2). Une autre femme a avoué ne plus avoir fait de frottis de dépistage à la suite d'une mauvaise expérience avec un gynécologue, y compris chez le médecin généraliste, par peur de devoir retourner voir un gynécologue si toutefois le frottis était anormal (FG3-P3). Troisièmement, la vision et la gestion de l'accouchement a également été présentée comme problématique. Une patiente a ainsi expliqué que, selon elle, la femme est représentée comme incapable d'accoucher seule, ce qui ne la rassure pas et que, de surcroît, elle entend parler d'accouchements catastrophiques qui se passent mal (déchirures, épisiotomies, etc.), son regret étant que si les accouchements étaient faits avec respect, cela se passerait beaucoup mieux pour beaucoup de gens (FG3-P2). Une patiente du même groupe expliquait cependant l'importance de la liberté du choix du médecin. Que si l'attitude ou le comportement d'un médecin ne nous convient pas, nous avons le droit de changer jusqu'à ce que nous en trouvions un qui nous convienne (FG3-P5).

B. Médecins :

1. Etat des lieux : type de pratique et fréquence.

A. Actes gynécologiques.

Les réponses à la question « Quel acte gynécologique avez-vous réalisé au courant de ce dernier mois ? » sont reprises dans le **Tableau 4.**

Focus Group 1	Focus Group 2	Focus Group 3
P1 : palpation seins et inspection vulve	P1 : prescription de pilule	P1 : frottis bactériologique et cytologique
P2 : palpation seins	P2 : palpation seins et suivi de grossesse (tension artérielle et urines)	P2 : aspiration (en planning familial), pose de stérilet
P3 : insertion spéculum et toucher vaginal	(P3 : pas intervenu)	P3 : retrait implant, contraception, prescription de Mammites
P4 : palpation seins	P4 : demandes ou plaintes gynécologiques	P4 : frottis bactériologique et cytologique, suivi de grossesse (monitoring), palpation seins, contraception, pose stérilet
	P5 : résultats (surtout de frottis de dépistage anormaux)	

Tableau 4.

B. Frottis de dépistage.

Les réponses à la question « Avez-vous réalisé un frottis de dépistage au courant de ces deux derniers mois ? » sont reprises dans le **Tableau 5.**

Focus Group 1	Focus Group 2	Focus Group 3
P1 : dernier frottis date de plus de deux mois, il s'agissait d'un frottis normal chez une femme ayant cancer du col de l'utérus (diagnostique confirmé quelques jours après)	P1 : un cette année, mais il s'agissait d'un frottis bactériologique	P1 : oui
P2 : Non, peut-être un dans l'année	P2 : non	P2 : oui
P3 : Oui	P3 : non	P3 : oui
P4 : non intervenu	P4 : non	P4 : oui
	P5 : non	

Tableau 5.

2. À l'aise ou pas : question de compétence ou de motif de consultation.

A. À l'aise ?

Plusieurs médecins, principalement masculins, ont exprimé que le manque d'expérience entraînait le sentiment d'un manque de compétence, ce qui menait progressivement à un malaise ayant pour conséquence la diminution de la pratique. Il s'agirait donc d'un cercle vicieux : « Oui, c'est ça qui s'installe aussi : tu ne te sens plus à l'aise et il y a donc toujours une bonne raison de ne pas vouloir le faire et les patientes le comprennent au langage verbal et non-verbal (FG2-M1). » Les médecins féminins ont également exprimé un sentiment de malaise lorsqu'elles sentaient que leurs connaissances ou compétences n'étaient pas suffisantes ou étaient dépassées (par exemple : nouvelles recommandations ou nouveaux contraceptifs). Ainsi, une médecin du premier groupe a avoué avoir récemment renoncé à poser des stérilets par manque de pratique, et donc par peur de ne plus pouvoir réaliser l'acte correctement : « Moi, j'ai juste décidé depuis un an, je crois, que je ne mettais plus de stérilet. Parce que j'en fais vraiment trop peu. Et comme j'ai dit, les nouveaux stérilets, surtout, je ne les connais plus. C'est vrai qu'il y a quand même un problème parce qu'en soi, placer un stérilet ce n'est pas très compliqué. Mais [...] quand tu le fais moins qu'une fois par an, c'est quand même très très peu [...]. Et donc j'étais trop stressée (FG1-M1). »

Une notion est revenue dans les trois focus groups : il y aurait une différence entre santé physiologique et santé émotionnelle. Parler de sexualité peut mettre moins à l'aise le médecin, que ce soit au sujet de la libido, de la virginité ou des infections sexuellement transmissibles, par exemple. Ce sentiment serait plus présent en début de carrière et s'estomperait avec l'expérience. Ainsi, un médecin du deuxième groupe (FG2-M2) a remarqué que, comme il avait moins de compétences relatives aux actes, il se sentait plus à l'aise lorsqu'il s'agissait uniquement de parler de la santé gynécologique, y compris la sexualité.

Le moment où l'on parle de la santé féminine ou de la sexualité peut aussi déterminer si le médecin se sent plus ou moins à l'aise. Il serait plus difficile de parler au cours d'une première consultation ou sur la seule initiative du médecin. Le côté systématique du dépistage permettrait ainsi d'ouvrir la discussion.

Plusieurs médecins ont exprimé l'idée que l'examen gynécologique garde comme particularité qu'il fait entrer le médecin dans l'intimité et la pudeur de la

personne. Ce n'est donc pas une démarche naturelle, et il y aurait toujours un cap à passer. Pour faciliter cela, un médecin du deuxième focus group nous a décrit la façon dont il gérait cette difficulté : « Dans ces cas-là, je pense qu'il faut éviter le silence lourd et nommer les choses, être professionnel. Cela s'est très bien passé : je lui ai dit ce que je faisais, ce à quoi je pouvais m'attendre comme résultat, ce que je voulais écarter [...]. Le fait de nommer, de parler et de voir si la patiente est d'accord, permet que cela se passe bien [...]. L'importance justement de mettre un cadre dès le début. De dire qu'on va porter un geste qui va dans l'intimité de la patiente car on ne peut pas faire autrement. On propose un examen, et si c'est non, pas de problème (FG2-M4). » Cette idée de pudeur et de cadre s'est principalement exprimée lorsque plusieurs médecins expliquaient être encore moins à l'aise face à des jeunes filles. Ils ont ainsi expliqué que, dans le contexte de suspicion actuel, ils avaient peur que leurs dires ou gestes soient mal interprétés par la patiente. Un médecin (FG2-M6) a raconté l'histoire d'un collègue qui aurait eu des problèmes judiciaires en rapport avec cela. Il disait que cet aspect était un des risques du métier.

Plusieurs médecins ont avoué avoir des difficultés à gérer une consultation lorsqu'ils suspectaient des souffrances plus importantes, que les symptômes gynécologiques cacheraient. Ainsi, un médecin a confié qu'il ne savait pas comment en parler ni comment l'aborder (FG2-M6). Un autre médecin a estimé que dans ces situations difficiles, le malaise ne venait pas du fait qu'il s'agissait d'une consultation d'ordre gynécologique, mais du contenu même de la situation (FG2-M2).

Finalement, dans chacun des trois groupes, plusieurs médecins ont mentionné une variabilité quant à la réaction des patientes lorsqu'on leur pose des questions touchant à la sexualité. Celles-ci seraient tantôt contentes que la question leur soit posée, tantôt heurtées et surprises.

B. Apprentissage : en sortant de l'université VS au cours de la carrière.

Un sentiment unanimement péjoratif a été exprimé quant à la qualité de la formation au sortir de l'université et à la fin des stages, ce qui serait dû principalement au fait que la formation gynécologique théorique est beaucoup trop poussée et spécialisée. Il y aurait une absence de formation adaptée à la gynécologie de première ligne, et donc aux besoins spécifiques du médecin généraliste. Cette

situation serait aggravée par la composition des stages, dont la plupart des médecins gardent un souvenir négatif. En effet, ils témoignent n'avoir pu faire que très peu de choses, passant après l'assistant en gynécologie et les sages-femmes, et n'avoir dès lors pas pu apprendre les différents actes techniques, ou avoir davantage pu assister à des opérations et accouchements qu'à des consultations. L'apprentissage tant théorique que pratique serait donc trop spécialisé.

Concernant la formation au cours de la carrière, nombreux médecins ont déploré l'absence ou l'insuffisance de cours et de « mises à jour » d'ordre gynécologique. Ainsi, notamment dans le troisième groupe, les médecins ont expliqué avoir beaucoup appris sur le terrain et de leur propre initiative, notamment par la lecture de recommandations, la formation régulière aux côtés d'un gynécologue ou l'autocorrection de la pratique du frottis en fonction de la réponse du laboratoire. Les médecins masculins ont cependant remis en question l'utilité de suivre des formations sur les actes gynécologiques au cours de leur carrière, vu le faible nombre de demandes qu'ils reçoivent.

3. L'organisation du temps et du matériel.

A. De manière systématique, spontanée ou sur demande ?

Dans chacun des trois groupes, la plupart des médecins ont remarqué qu'ils abordaient la santé gynécologique principalement à la suite d'une demande. Pour ce qui est de l'ordre de la prévention, certains médecins ont expliqué disposer, dans leur logiciel médical, de systèmes de rappels divers, tels qu'une alerte qui se déclenche si la patiente fait partie de l'âge de la population cible ou un rappel qui s'active lorsque la date d'échéance du frottis de dépistage est dépassée. Cette systématisation du dépistage est souvent la porte d'entrée pour aborder d'autres sujets de la santé gynécologique, dont la demande de contraception fait également partie.

Un jeune médecin a indiqué faire particulièrement attention aux symptômes de la ménopause et essayer de l'aborder spontanément, même sans plainte de la part de la patiente (FG1-M3).

Tous les médecins participants ont jugé qu'une plus grande systématisation et une attitude plus proactive des médecins favoriseraient une meilleure prise en charge de la santé gynécologique, tant sur le plan préventif qu'en ce qui concerne l'aspect

émotionnel et la sexualité. Les logiciels médicaux ont été présentés comme étant l'outil principal pouvant amener à cette plus grande systématisation.

B. Timing : notion de deuxième consultation.

La question du temps a suscité des avis divers d'un groupe à l'autre. Il s'agit pour la plupart des médecins d'une question d'organisation, que ce soit du point de vue du matériel ou du déroulement de la consultation. Le problème se pose principalement lorsque la nécessité de faire un examen gynécologique ne se présente pas de façon évidente dès le début de la consultation, par exemple lorsque le médecin vérifie le statut de prévention de patiente en fin de consultation et qu'il est nécessaire de refaire le frottis du col de l'utérus. Plusieurs attitudes ont été décrites : certains médecins reportent d'office à une deuxième consultation, en expliquant à la patiente qu'elle a le droit de revenir et qu'il importe de prendre le temps de le faire convenablement. La patiente peut alors décider de faire ou non le frottis, choisir le médecin qui le réalisera, et se préparer physiquement et psychologiquement. En revanche, d'autres ont remarqué que la femme risquait de ne pas revenir. Par conséquent, lorsque le médecin estime que ce risque ne peut être pris, par exemple dans le cas du suivi régulier d'un frottis anormal, il décide de faire une « deuxième consultation » à la suite de la première, et de prendre du retard.

Certains médecins ont toutefois précisé que le fait d'avoir suffisamment de temps ou non dépendait également du type de pratique et de la période de l'année. Un médecin du deuxième groupe a expliqué que si l'on travaille dans une maison médicale où le nombre de consultations par jour est limité, on peut se permettre de faire des examens gynécologiques : « L'organisation, le type de pratique que nous avons... Nous voyons un nombre de patients par jour qui nous permet de mettre ça dans nos consultations en général. Celui qui en voit 30 par jour, ça peut lui poser problème (FG2-M1). » La question de la période de l'année a été abordée en parlant de l'épidémie de grippe, saison à laquelle il est plus difficile d'accorder du temps à un examen gynécologique.

Enfin, aborder des sujets d'ordre plus personnel tels que la sexualité ou la santé du couple pourrait rapidement prendre plus de temps.

C. Matériel.

S'agissant du matériel, plusieurs aspects ont été abordés.

Premièrement, l'importance d'avoir un cabinet adéquat à la pratique d'un examen gynécologique : dimensions, disposition de la table, serrure sur la porte, etc.

Deuxièmement, le choix du matériel peut parfois se révéler difficile. Faut-il, par exemple, plutôt choisir un spéculum jetable mais non écologique et moins confortable pour le médecin et le patient, ou plutôt un spéculum métallique dont l'hygiène doit être assurée ? Le choix de la table est lui aussi régulièrement une source de problèmes, les tables des cabinets de médecine générale n'étant pas adaptées à la réalisation d'un examen gynécologique en raison d'une distance trop longue entre le dossier et les étriers, qui met la patiente dans une position inconfortable.

Troisièmement, le nécessité d'avoir du matériel en quantité suffisante et pas trop éparpillé dans la maison médicale a été mise en avant. L'examen gynécologique ayant cette particularité que l'on ne peut sortir du cabinet pour aller chercher un matériel manquant, il est important de s'organiser au préalable. Ainsi, dans le deuxième groupe, les médecins ont évoqué l'intérêt de travailler en équipe lorsque la fréquence des examens gynécologiques par médecin est peu élevée : le turnover est dès lors plus important et on peut déléguer la responsabilité du matériel à une tierce personne. Cette organisation permet d'éviter que le matériel soit un élément limitant du point de vue du temps.

Enfin, c'est un tout autre matériel qui a été mentionné lors du troisième groupe : le matériel pédagogique. Une médecin a ainsi fait une démonstration des différents matériaux avec lesquels elle travaillait (maquette, miroir, stérilet, etc.) : « J'explique beaucoup aux patientes avec ceci (modèle anatomique). Pour leur expliquer ce que je vais faire, ce que je vais regarder. Et puis une fois que le spéculum est mis, je prends un miroir et je laisse voir : "Vous voulez voir ce que je vois ?" - "Non !". Je leur dis : "C'est l'occasion !" (FG3-M2). »

4. Féminisation de la médecine générale : relais et travail en équipe.

A. Aspect historique.

C'est dans le deuxième groupe de médecins qu'une certaine évolution de la pratique dans le temps a été évoquée. Ceux-ci ont expliqué que, par le passé, les

médecins généralistes, même masculins, faisaient beaucoup plus de prise en charge gynécologique mais que cela a diminué progressivement jusqu'à l'état actuel où les médecins généralistes hommes ne font pratiquement plus aucun acte gynécologique. Plusieurs raisons potentielles ont été évoquées :

- une féminisation des équipes en maison médicale, qui fait suite à une féminisation de la profession ;
- une habitude de plus en plus grande auprès des patientes d'aller chez le gynécologue et une méconnaissance de la compétence du médecin généraliste ;
- une pratique de plus en plus « générale », et de moins en moins « spécialisée », dans le chef des gynécologues ;
- un changement de la culture de l'intimité, comme l'illustre le fait que la fréquence des touchers rectaux a également diminué.

B. Relayer vers une collègue.

La notion de relais a été abordée dans les trois groupes.

D'une part, les médecins généralistes de sexe masculin ont admis relayer fréquemment des examens ou actes gynécologiques à leurs collègues féminines : « J'aurais un acte gynécologique chaque semaine si je ne relayais pas (FG2-M4). » Deux raisons ont été évoquées : premièrement, plusieurs médecins ont expliqué relayer de manière défensive, sous-entendant que la patiente préférera être examinée par un médecin féminin et estimant qu'en ayant des collègues femmes, ils trouveraient inapproprié de ne pas relayer ; deuxièmement, ne faisant que peu d'actes gynécologiques, ils considéraient le fait de référer l'acte comme une assurance quant à la bonne qualité de sa réalisation. Un médecin se demandait dès lors si la réticence venait de la patiente ou du médecin, et si l'attitude du médecin ne pouvait pas influencer celle de la patiente : « Dans quelle mesure [...] le fait de demander "est-ce que vous voulez que je vous examine ou est-ce que vous préférez aller chez le gynécologue ?" peut-il influencer ? À la maison médicale où je travaillais en Flandre, c'était beaucoup plus évident : on disait "je vais vous examiner au niveau gynécologique" et on ne parlait même pas de l'alternative (FG2-M3). » Ce relais aurait des avantages et des inconvénients selon les médecins : il permettrait de mettre un filet de sécurité lors du refus de la patiente en présentant une alternative, mais il pourrait aussi diminuer la qualité du suivi, considérant le risque que la

patiente ne revienne pas consulter et la rupture qu'il implique dans la continuité de la prise en charge. De plus, il découragerait encore plus le médecin homme à se former continuellement.

D'autre part, les médecins généralistes féminins ont expliqué qu'elles relayaient très peu, si ce n'est pour certains actes gynécologiques, tels que la pose d'un stérilet ou le retrait d'un implant, pour lequel une collègue serait plus compétente ou plus expérimentée. Plusieurs médecins ont indiqué qu'au lieu de relayer, elles travaillent régulièrement en équipe en faisant certains actes à deux ou en se posant mutuellement des questions en cas de difficulté.

Finalement, il a été remarqué dans les trois groupes que le relais se faisait dans les deux sens : certains patients hommes seraient ainsi relayés vers des médecins hommes pour des problèmes plus intimes.

5. Les gynécologues et nous : comment collaborer ?

A. Articulation entre la première et la deuxième ligne.

La collaboration entre médecins généralistes et gynécologues a été jugée problématique par les trois groupes, ce qui s'explique par plusieurs éléments.

Premièrement, les médecins ont estimé que la communication de la deuxième ligne vers la première était très insuffisante, que ce soit en rapport avec les actes et examens réalisés ou au sujet des résultats. Ceci empêcherait le médecin généraliste de centraliser toutes les données, et donc d'assurer un bon suivi de la patiente. Par exemple, ne connaissant pas la date du dernier frottis de dépistage du col de l'utérus, le médecin généraliste ne sait pas si la patiente est ou non en retard ; s'il réalise tout de même le frottis et que l'échéance n'est pas respectée, c'est alors la patiente qui devra payer un supplément.

Deuxièmement, ils ont exprimé que le tri entre ce que fait un médecin généraliste et ce que fait un gynécologue (l'échelonnage) n'était pas respecté : « Beaucoup de gynécologues font de la gynécologie générale alors qu'ils devraient faire de la gynécologie spécialisée (FG2-M6). » Ils ont l'impression que les gynécologues se définissent et se revendiquent comme étant les « médecins traitants de la femme ». Cela mènerait selon eux à une prolongation des délais d'attente : « Ce sont tous les frottis qui bloquent (FG2-M3). » De ce fait, le médecin généraliste se retrouverait contraint de gérer des situations spécialisées, comme le suivi des frottis

anormaux. Un médecin a soulevé l'hypothèse suivante : « Je pense que dans la tête de la majorité des médecins, des patients, des politiques... c'est l'affaire des gynécologues. Je pense que très clairement, et surtout en Francophonie, [on se dit] qu'est-ce que le médecin généraliste vient faire là-dedans ? (FG2-M1). » Ensuite, il a mis en avant la responsabilité du médecin généraliste à ne pas rentrer dans cette dérive.

B. Les intérêts à augmenter la prise en charge gynécologique en première ligne.

Les trois groupes de médecins ont cité de multiples avantages :

1. Meilleure couverture de la population cible non dépistée et plus grande attention pour la population sous-dépistée ;
2. Meilleure organisation des soins de santé grâce à un meilleur échantillonnage : les médecins généralistes s'occupent de la prévention et du dépistage et les gynécologues s'occupent des cas complexes. Ceci représente non seulement un avantage financier pour l'INAMI mais également un moyen de raccourcir les délais d'attente et de faciliter la référence du médecin généraliste vers le gynécologue en cas d'urgence ;
3. Meilleure gestion de l'échéancier et du suivi ;
4. Avantage financier pour la patiente dans les maisons médicales travaillant au forfait, puisqu'elle ne doit payer que le coût du frottis, sans le prix de la consultation gynécologique ;
5. Augmentation, grâce à la pratique systématique et régulière du dépistage, des possibilités d'aborder d'autres sujets de la santé gynécologique, notamment la sexualité ;
6. Approche plus globale, sociale et psychologique, le médecin généraliste étant mieux à même de prendre en charge le vécu de la femme, de l'accompagner et de la conseiller (ex. : suivi de grossesse). En outre, il peut prendre plus de temps pour réceptionner toutes les questions de la patiente et lui fournir des explications complètes. Il peut également donner plus d'importance à la qualité de vie ;
7. Meilleur respect des recommandations et diminution de la surconsommation, une plus grande attention étant accordée à la prévention quaternaire.

6. Entre freins et représentations.

A. Freins chez les médecins.

Dans leur pratique, les médecins ont indiqué ressentir les freins suivants :

- Le manque d'expérience, mais aussi le manque formation de qualité de base et au cours de la carrière ;
- Le genre du médecin : le médecin masculin et son attitude défensive (cf. point 4.B.) ;
- Le manque de temps : un examen gynécologique nécessite un certain temps et ne peut être fait rapidement, mais le fait de demander de revenir présente un risque ;
- L'intimité est un cap à franchir : vouloir donner à la femme, mais aussi au médecin, la possibilité de se préparer physiquement et mentalement ;
- La santé gynécologique est un sujet dans lequel on doit s'investir, cela prend du temps et de l'attention : on doit être bien préparé et organisé, on doit avoir le temps, on doit pouvoir discuter et mettre à l'aise la patiente ;
- La difficulté d'aborder les sujets gynécologiques auprès des femmes qui viennent toujours accompagnées du mari ou des enfants ;
- La proximité, le médecin généraliste étant un peu comme de la famille : « On est parfois aussi contents que nos patients ne débarquent pas avec certaines questions, parce qu'après quand on va les revoir, ce sera là entre nous (FG2-M1). »
- La nécessité d'être souvent proactif, les femmes consultant rarement spontanément pour des soucis gynécologiques ;
- La barrière linguistique : vu la nécessité de convaincre la patiente de faire certains examens de dépistages qui ne sont pas agréables, la démarche est d'autant plus difficile lorsque l'on ne parle pas la même langue ;
- La barrière culturelle : il existe un ensemble de préjugés, représentations et tabous à travers toutes les cultures (méconnaissance du corps féminin, absence de culture de la prévention, etc.).

B. Freins chez les patientes, selon les médecins.

Selon les médecins, les différentes hypothèses de freins potentiels auprès des patientes sont :

- La méconnaissance du rôle du médecin généraliste et de ses compétences concernant la santé gynécologique, parfois entretenue par certains médecins généralistes qui réfèrent trop rapidement en deuxième ligne, mais aussi par un climat culturel et politique ;
- Le manque de confiance dans les compétences du médecin généraliste et la préférence pour le spécialiste ;
- Le genre du médecin : « Dans une consultation, tu as bien sûr toute une autre position que dans la vie dehors, et ce rôle-là doit être clair pour tout le monde. [...] J’imagine que c’est difficile pour les femmes (FG1-M2). » ;
- La proximité du médecin généraliste, vu comme un proche, un ami : la patiente consulte régulièrement son médecin traitant, et ce pour plein d’autres motifs. Elle pourrait donc ressentir une gêne par rapport à l’éventualité de faire un examen gynécologique chez lui ;
- Le fait que le médecin généraliste soit également le médecin du mari, ou que celui-ci ne veuille pas que ce soit le médecin généraliste qui fasse l’examen gynécologique ;
- Le besoin de la patiente de se préparer physiquement et psychologiquement avant de passer un examen gynécologique ;
- Les patientes ne seraient pas habituées à ce que l’on porte de l’intérêt à leur santé féminine ;
- La tendance des patientes à considérer la santé gynécologique ou les examens de dépistage comme des aspects de leur santé isolés, et non liés au reste ;
- La vision du médecin généraliste comme un médecin centré sur le curatif et ne s’occupant pas du volet préventif ;
- La méconnaissance de l’importance de la prévention en matière de santé gynécologique, contrairement à d’autres volets préventifs (tension artérielle, cholestérol, etc.) ;
- La notion de douleur que peut présenter un examen gynécologique ou la mammographie.

7. Les violences gynécologiques : ce que l'on voit, ce que l'on entend et ce que l'on fait.

A. L'avis et le vécu des médecins généralistes.

Le sujet des violences gynécologiques a été abordé spontanément dans le premier et le deuxième groupe de médecins. Ainsi, une médecin du premier groupe a raconté les violences gynécologiques dont elle avait été témoin lors de ses stages (par exemple : apprentissage du toucher vaginal par les stagiaires sur des patientes inconscientes) (FG1-M1). Dans le deuxième groupe, un médecin a raconté l'histoire d'un collègue qui s'était fait poursuivre en justice pour abus (FG2-M6) (cf. point 2.A.).

Dans le troisième groupe, le sujet a été amené via le guide d'entretien et peu de médecins en avaient entendu parler, ayant plus une impression de moments vécus comme difficiles ou traumatisants mais non violents. Cependant, au fur et à mesure de la conversation qui a suivi, certaines notions de violences gynécologiques ont été citées : médecin en planning familial qui écarte les jambes de la patiente avec ses coudes, extraction manuelle systématique du placenta par un gynécologue, patientes qui s'étonnent lorsque l'on a « la main douce », etc. Il a été conclu que l'attitude du gynécologue ou du médecin, lors de moments difficiles ou traumatisants, allait fortement influencer le vécu de la patiente : ce sera soit vécu comme un moment difficile, soit comme un traumatisme ou une violence.

B. Intimité et confort : ce que l'on peut mettre en place.

En lien avec la notion de violences gynécologiques, il a été demandé aux médecins généralistes s'ils avaient l'habitude de mettre certaines choses en place afin de mieux respecter l'intimité et le confort de la patiente. Voici les réponses évoquées parmi des trois groupes :

- Fermer la porte à clé (donne le message que la patiente est en sécurité) ;
- Adapter la disposition du cabinet ;
- Assurer un petit coin pour se changer, à l'abri du regard, grâce à un paravent, à un rideau ou autre ;
- Se doter d'une table adaptée à l'examen gynécologique (cf. point C.3.) ;
- Mettre le dossier en hyperflexion pour pouvoir réaliser l'examen plus facilement et plus rapidement ;
- Donner la possibilité de se couvrir via l'utilisation d'un paréo, d'un morceau de tissu, etc. ;

- Laisser le temps à la femme de s'installer à son aise ;
- Demander à la patiente d'aller uriner avant l'examen afin d'être plus confortable ;
- Réaliser l'examen bi-manuel avec une seul doigt au lieu de deux ;
- Parler à la patiente et l'encourager à se détendre. Lui proposer de nous faire signe en cas de douleur ;
- Préparer et relaxer le périnée avant l'introduction du spéculum (massage au niveau de l'anus pour relaxer et situer l'endroit où l'on va réaliser l'examen) ;
- Préparer le spéculum : chauffer, lubrifier, etc. ;
- Demander de tousser lors de l'application d'une pince ou du retrait du stérilet ;
- Soulager la douleur en cas d'examens gynécologiques difficiles (lubrifiant, œstrogènes locaux, anxiolytiques, etc.) ;
- Mettre des protège-slips à la disposition de la femme après l'examen gynécologique ;
- Proposer la réalisation d'un auto-frottis ou d'un examen urinaire dans le cadre des infections vaginales et/ou du dépistages des infections sexuellement transmissibles, lorsque la patiente refuse l'examen gynécologique ou est trop irritée pour pouvoir le réaliser de manière non douloureuse ;

Nous mettons en relief ces quelques phrases citées lors de la discussion de l'intimité et du confort de la patiente :

« Je pense qu'il y a des choses à faire pour rendre le truc un peu moins violent, même pour soi (FG1-M3). »

« Plus de pudeur, donner plus de pudeur (FG1-M4). »

« Moi j'explique aux patientes : "Cette table, c'est fait pour les médecins. Pour que les médecins soient à l'aise, ce n'est pas pour que vous soyez à l'aise." [...] De le dire, et puis c'est comme ça. On fait avec... On s'excuse (FG3-M2). »

VI. DISCUSSION.

1. Confrontation des Focus Group de patientes aux Focus Group de médecins généralistes.

A. Etats des lieux :

Les résultats du recrutement et des questionnaires individuels préalables, ainsi que certaines réponses apportées au sein des focus groups même, nous permettent de confirmer à petite échelle le premier constat amené dans l'introduction de cette étude : la couverture de la santé gynécologique de la population belge est insuffisante et la place du médecin généraliste dans la prise en charge de celle-ci est peu présente et/ou peu claire.

En effet, un tiers des patientes ont déclaré être en retard de dépistage du cancer du col de l'utérus et la moitié ont dit l'être pour celui du cancer du sein. Seulement un tiers des patientes indiquent avoir déjà consulté un médecin généraliste pour un motif d'ordre gynécologique. Plusieurs femmes ont avoué avoir abandonné leur suivi gynécologique régulier depuis des années, et ce pour diverses raisons (délais d'attente problématiques, expériences négatives à cause de l'attitude des gynécologues, etc.). Du côté des généralistes, la quasi-totalité des médecins de sexe masculin ont avoué ne pas avoir réalisé de frottis au cours des deux derniers mois, voire de l'année écoulée. Les autres actes gynécologiques sont pratiqués de manière très variable en fonction de la formation du médecin, de son expérience, de son parcours et de la demande de sa patientèle ; mais surtout, cette pratique est en baisse pour certains car les demandes se raréfient au fil du temps, ce qui entraîne une dégradation progressive de leurs compétences dans le domaine des soins gynécologiques.

De plus, cette problématique suscite l'intérêt des médecins mais aussi celui des patientes elles-mêmes : sur l'ensemble des femmes à qui l'on a proposé de participer aux groupes de parole, 70% ont répondu positivement après que le sujet leur ait été expliqué.

B. Mise en parallèle des principaux freins :

Les freins que les patientes ont/auraient pour consulter leur médecin généraliste pour des motifs d'ordre gynécologiques ont été recensés, et on a comparé les éléments mis en avant par les patientes à ceux perçus par les médecins comme pouvant être des freins. Les réponses en commun sont reprises dans le **tableau 6**, et les réponses évoquées uniquement par les patientes ou par les médecins dans le **tableau 7**. Nous remarquons donc que la plupart des freins que les patientes peuvent présenter sont connus et reconnus par elles-mêmes mais aussi par les médecins généralistes. En revanche, les discordances sont intéressantes. Premièrement, les femmes mettent en avant l'importance de la continuité pour pouvoir confier leur santé gynécologique à un médecin. Or celle-ci semble ne pas assez être assurée au sein des maisons médicales où des assistants sont fréquemment formés, mais ensuite s'en vont. Deuxièmement, un frein a été évoqué dans les trois groupes de médecins mais dans aucun des groupes de patientes : le besoin de se préparer psychologiquement et physiquement avant de passer un examen psychologique. Est-ce que le guide d'entretien n'y menait pas assez ? Est-ce que la réalisation d'un focus group de patientes supplémentaire aurait apporté cet élément ? Troisièmement, les médecins mettent en évidence le fait que les femmes ne sont pas habituées à ce qu'on s'intéresse à leur santé gynécologique. Pourtant, plusieurs patientes ont manifesté une certaine détresse face au manque d'intérêt et de considération à l'égard de certains problèmes de santé gynécologique, tels que les douleurs liées aux règles et les symptômes de la ménopause. Il serait donc intéressant de créer un lien entre ces deux éléments...

Freins pour les patientes, évoqués par les patientes	Freins pour les patientes, évoqués par les médecins
Méconnaissance du rôle du médecin généraliste dans la santé gynécologique et méconnaissance de l'échelonnement : quand aller chez le médecin généraliste et quand aller chez le gynécologue ?	Méconnaissance du rôle du médecin généraliste dans la santé gynécologique
Habitude culturelle et éducative d'aller voir le gynécologue	Climat culturel et politique qui a mené à une habitude à aller voir le gynécologue

Freins pour les patientes, évoqués par les patientes	Freins pour les patientes, évoqués par les médecins
Méfiance par rapport aux compétences du médecin généraliste, suite à sa formation, son manque d'expérience et son manque de matériel	Manque de confiance dans les compétences du médecin généraliste
Préférence pour le spécialiste qui donne un avis et un examen plus poussé et qui est plus systématique	Préférence pour le spécialiste
Proximité du médecin : me connaît trop, est comme un ami, me voit pour tous les autres soucis	Proximité du médecin
Genre du médecin : plus problématique chez le médecin généraliste que chez le gynécologue car lien plus proche	Genre du médecin
Médecin généraliste est aussi le médecin de mon compagnon/mari	Médecin généraliste est aussi le médecin de mon compagnon/mari
Besoin de dissocier la santé gynécologique des autres aspects de la santé	Isolation de la santé gynécologique et/ou de la prévention d'ordre gynécologique du reste de la santé
Impression que le médecin généraliste s'occupe principalement des problèmes aigus/ urgents et n'a pas le temps pour faire des examens gynécologiques	Médecin généraliste vu comme un médecin curatif qui ne s'occupe pas de la dimension préventive
Suivi continue proposé par la gynécologue qui les a accouché, y compris pour la gynécologie de première ligne	Accaparement des patientes par les gynécologues qui se définissent comme étant les médecins traitants de la femme

Tableau 6.

Freins pour les patientes, évoqués par les patientes	Freins pour les patientes, évoqués par les médecins
Manque de continuité dans les maisons médicales qui sont également des centres de formation (turn-over trop régulier d'assistants en médecine générale), or aspect important dans le suivi gynécologique	Besoin de se préparer physiquement et psychologiquement avant de passer un examen gynécologique
Impression que ce qui est plus cher est de meilleure qualité.	Patientes ne sont pas habituées à ce qu'on leur montre de l'intérêt pour leur santé féminine
	Douleur liée à l'examen gynécologique

Tableau 7.

Quant aux freins que les médecins généralistes ont évoqués en rapport avec le fait de prendre en charge la gynécologie de première ligne, certains parallèles sont intéressants : **Tableau 8.**

Freins évoqués par les patientes	Freins évoqués par les médecins, pour les médecins
Méfiance par rapport aux compétences du médecin généraliste, suite à sa formation, son manque d'expérience et son manque de matériel	Un manque de compétence, suite à une formation initiale et continue de qualité insuffisante ou d'un manque d'expérience.
Le médecin généraliste n'a pas le temps de s'occuper de la santé gynécologique. Le médecin généraliste n'a pas le matériel.	Timing et organisation : la consultation et l'examen gynécologique demandent du temps et un certain investissement. Il faut savoir l'intégrer dans l'organisation des consultations de la journée et le matériel doit être en ordre et en place.
Genre du médecin : plus problématique chez le médecin généraliste que chez le gynécologue car lien plus proche	L'examen gynécologique entre dans l'intimité de la personne et reste un cap à passer, ce n'est pas naturel. Certains médecins masculins ne sont pas à l'aise de proposer de faire un examen gynécologique eux-mêmes si la patiente est jeune ou si ils travaillent ensemble avec des médecins femmes qui pourraient le faire.
Proximité du médecin : me connaît trop, est comme un ami, me voit pour tous les autres soucis	Proximité de la relation thérapeutique entre le médecin généraliste et la patiente, qui sera changée et potentiellement perturbée si la santé gynécologique y entre.

Tableau 8.

Nous pouvons donc constater que les médecins généralistes et les patientes ont certains freins en commun. Il serait donc intéressant de se pencher dessus et de se demander si certains freins sont immuables et inhérents au lien thérapeutique entre la patiente et le médecin généraliste, comme c'est le cas du genre et de la proximité, ou si au contraire il s'agit de freins sur lesquels il sera important et primordial d'agir – par exemple les compétences du médecin généraliste et l'organisation du temps et du matériel.

Les autres freins évoqués par les médecins sont également à considérer comme des pistes de réflexion et d'action. Il s'agit : 1) du manque de communication et de collaboration entre la première et la deuxième ligne mettant en difficulté la qualité du suivi de la patiente ; 2) de la difficulté de proposition d'une prise en charge gynécologique chez les femmes ne venant jamais seules (accompagnées du mari et/ou des enfants) ou présentant une barrière linguistique ; 3) de l'absence de culture de la prévention et/ou de

l'inclusion du médecin généraliste dans la dimension gynécologique de la prévention.

C. Avantages de l'augmentation de la prise en charge gynécologique en première ligne.

Les patientes autant que les médecins généralistes ont cité de concert plusieurs avantages que présenterait la prise en charge gynécologique générale par le médecin généraliste :

- Meilleure centralisation des informations concernant la santé de la patiente et meilleure organisation de son échancier et de son suivi ;
- Meilleure gestion des situations nécessitant une vision globale ;
- Plus grande attention et consécration de temps à l'écoute, à la réception de questions, aux explications accessibles ;
- Plus grande attention pour le vécu de la santé de la femme, du ressenti et de la qualité de vie ;
- Plus grande attention à la prévention quaternaire et meilleur respect des recommandations relative au dépistage des cancers;
- Avantage financier pour la patiente si elle consulte en maison médicale fonctionnant au forfait ;
- Amélioration des délais d'attente en deuxième ligne et meilleure accessibilité pour les situations urgentes nécessitant un avis spécialisé.

Les médecins ont également avancé trois autres éléments : une organisation des soins de santé plus efficiente et de meilleure qualité grâce à un meilleur échelonnage, une meilleure couverture de la population non dépistée ainsi qu'une plus grande attention à la population sous-dépistée, et une augmentation des possibilités d'aborder tous les aspects de la santé gynécologique grâce à une plus grande systématisation des démarches de dépistage.

D. Ouvertures et pistes.

Il est intéressant de remettre en exergue les pistes qui ont été proposées par les patientes d'un côté et par les médecins de l'autre, afin de répondre à la problématique.

D'une part, sur la base de certaines réflexions apportées par les patientes, nous pouvons suggérer que les médecins généralistes devraient être plus proactifs de sorte que les femmes soient mieux au courant de leurs compétences, qu'il faudrait une meilleure organisation des rendez-vous afin de donner du temps à l'examen gynécologique (tri via l'accueil), qu'une maison médicale doit faire office de centre d'information pour que les femmes puissent mieux connaître leur corps et mieux identifier les situations de santé où la médecine pourrait les aider à avoir une meilleure qualité de vie et, finalement, que les maisons médicales qui sont également des centres de formation pour les assistants en médecine générale doivent donner davantage d'attention à la préservation de la continuité de la relation thérapeutique.

D'autre part, les réflexions des médecins nous suggèrent que les formations théoriques et pratiques des étudiants en médecine générale doivent être plus adaptées à une gynécologie « générale », que les logiciels médicaux doivent mieux prendre en compte les différentes dimensions de la santé gynécologique (dépistage mais aussi sexualité, par exemple), qu'un matériel adéquat et disponible à tout moment permet de faciliter les examens et actes gynécologiques et de garantir un meilleur confort ainsi qu'un plus grand respect de la pudeur pour la patiente, que la pratique non à l'acte permet de mieux intégrer les soins gynécologiques à la pratique quotidienne et, finalement, que le travail d'équipe permet de maintenir un certain niveau de compétences.

2. Appréciation de la qualité de l'étude : points forts et points faibles.

Nous pouvons avancer que l'étude répond bien à la question de départ et que sa réalisation via des focus groups a permis non seulement aux participants de s'exprimer de manière spontanée mais aussi d'interagir entre eux afin d'aller plus loin dans la réflexion.

Cependant, l'étude ayant été réalisée sur un échantillon de petite taille et de localisation géographique aléatoire, les résultats ne sont pas reproductibles à la population belge. D'autres réflexions sont à apporter pour pouvoir apprécier sa qualité. Premièrement, l'étude n'a pas su prendre en compte les jeunes filles âgées de moins de 18 ans, lesquelles nécessitent une attention particulière et ciblée. Nous avons donc dû réaliser un amendement et faire passer l'âge d'inclusion à l'étude de plus de 13 ans à plus de 17 ans. Pour le reste, le protocole initial a été respecté. Deuxièmement, la saturation des informations peut ne pas avoir été atteinte, tant du point de vue des patientes que de celui des médecins, vu le nombre insuffisant de participants, et le souci technique ayant entraîné une importante perte d'informations venant du premier focus group de patientes. Troisièmement, la variabilité des groupes est relativement satisfaisante du côté des patientes, mais trop dualisée du côté des médecins. Le fait d'avoir eu un focus group de médecins exclusivement masculins d'une part et féminins d'autre part a permis d'aller plus loin dans la réflexion sur la problématique du genre, mais n'a pas pu mettre assez en interaction les deux points de vue. De plus, l'intégralité des médecins généralistes travaillaient en maison médicale. Finalement, nous n'avons obtenu, chez les patientes, des résultats complets et étendus qu'auprès des femmes qui ont répondu positivement au recrutement et se sont effectivement présentées le jour du focus group.

Les résultats de l'étude sont donc plutôt à considérer comme des pistes d'action à petite échelle, par exemple au sein de la maison médicale où l'étude a été menée, et éventuellement comme des pistes de réflexion pour de futures études dans le même domaine.

3. Confrontation des résultats de l'étude à la littérature.

Il est intéressant de comparer les différents résultats de l'étude à ceux obtenus par des études similaires portant sur les freins à la pratique de la gynécologie en médecine générale, autant du côté du patient que du médecin (11,12,13).

En ce qui concerne les freins ressentis par les patientes, nous retrouvons la méfiance envers les compétences du généraliste, la méconnaissance du rôle de

médecin généraliste, la gêne liée à la trop grande proximité et la préférence de séparer la santé gynécologique du reste en allant chez le gynécologue et, enfin, le lien fort créé avec le gynécologue à la suite des accouchements. Dans les freins que les médecins imaginent pour les patientes nous retrouvons le genre, la familiarité, le besoin de séparer la santé gynécologique du reste de la santé, la méconnaissance quant à l'importance de faire un frottis cytologique de dépistage, les tabous liés à l'intimité, les réticences envers l'examen gynécologique (douleur, pudeur) et la barrière linguistique et culturelle.

S'agissant des freins ressentis par les médecins, nous retrouvons également la notion de familiarité, ainsi que le sentiment d'être formé de manière insuffisante ou pas assez adaptée à la médecine générale. Une étude insiste sur l'importance de renforcer la formation initiale et continue des (futurs) médecins généralistes via des formations plus axées sur la contraception et plus approfondies en matière de gynécologie et d'obstétrique générale (12).

En parallèle, les patientes ont évoqué des avantages semblables au suivi chez le médecin généraliste : la vision globale via le dossier médical et la connaissance des antécédents personnels et familiaux, l'accessibilité en cas d'urgence et l'avantage financier. Certaines considèrent plutôt la proximité comme un avantage, se sentant plus à l'aise pour aborder des sujets délicats. Pour finir, les femmes ont également avancé comme élément positif le fait que le médecin généraliste propose plus fréquemment et plus spontanément la possibilité de réaliser un examen gynécologique, afin de répondre à la méconnaissance de son rôle.

Nous pouvons donc admettre que cette étude confirme l'existence de nombreux freins déjà identifiés dans d'autres études identiques. Plusieurs éléments neufs ont été apportés, tels que les notions de temps, d'organisation, de matériel, de continuité et d'attention à la prévention quaternaire, etc. Enfin, certains points sont à approfondir, notamment les réticences liées à la douleur engendrée par l'examen gynécologique et les examens de dépistage. Ce frein existe aussi bien en gynécologie et qu'en médecine générale, cependant comment le médecin généraliste peut-il mieux en tenir compte ?

VII. CONCLUSION.

Réaliser une étude qualitative incluant les patientes elles-mêmes a pu démontrer d'une part l'intérêt important que celles-ci portent envers la problématique, et d'autre part la richesse et l'étendue des informations qu'elles peuvent nous apporter. Comparer ensuite le point de vue des patientes à celui des médecins a permis de mettre en évidence des freins connus de tous et d'autres moins connus, mais aussi des représentations et des discordances pouvant être considérées comme autant de nouveaux points de réflexion.

Il ressort de cette étude que les freins à la consultation gynécologique chez le médecin généraliste se situent à différents niveaux : il existe des freins individuels et culturels (genre du médecin, pudeur, proximité), des freins d'ordre organisationnel à petite échelle, c'est-à-dire au sein des structures de santé de médecine générale (organisation du matériel et du temps, adaptation des logiciels médicaux, augmentation de l'apport d'informations aux patientes tant sur le rôle du médecin généraliste que sur la santé gynécologique elle-même), et des freins d'ordre structurels à l'échelle du pays, autrement dit sur le plan de l'organisation des soins de santé (formation initiale et continue plus adaptée à la gynécologie générale pour les (futurs) médecins généralistes, meilleure organisation de l'échelonnement, meilleure organisation de la communication entre la première et la deuxième ligne). Certains sont immuables et inhérents à la médecine générale, à l'image du genre du médecin et de la proximité, mais les autres doivent être considérés comme des pistes de réflexion et d'action.

Cette étude est donc une première réflexion à petite échelle, qui permet d'avoir un aperçu de la problématique et de ses principaux axes et peut apporter une aide pour de futures études plus ciblées sur une population plus étendue.

VIII. ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

RPAD Retour Précoce A Domicile

HPC Hors Population Cible

MPLP Médecine Pour Le Peuple

Focus Group : étude qualitative cherchant à comprendre en profondeur un phénomène de par l'étude des opinions, des idées et des sentiments des individus/ petites groupes d'individus par rapport à un sujet bien précis. Organisé et animé autour d'un guide d'entretien contenant des questions ouvertes.

MPLP : réseau de onze maisons médicales de première ligne à travers le pays, fonctionnant avec le système du forfait dans un principe de gratuité des soins de santé. Fondé par des membres initiaux du parti politique PTB, il s'inscrit dans une démarche visant à améliorer l'ensemble des déterminants de la santé par des initiatives de sensibilisation de plusieurs ordres, y compris politique.

IX. BIBLIOGRAPHIE.

1. L'Agence Intermutualiste en collaboration avec l'Institut Scientifique de Santé Publique et la Fondation Registre du Cancer. **Dépistage du cancer du col de l'utérus 2006-2012. Troisième rapport de l'Agence Intermutualsite** [Web page]. 2015. Disponible à l'adresse : https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/depistage_col_uterus_rapport_3_aim_10022015.pdf (consulté le 24/04/2010).
2. Tafforeau J. **Equête de Santé 2013. Rapport 5 : Prévention. Dépistage du cancer. Institut Scientifique de Santé Publique** [Web page].. 2015. Disponible à l'adresse : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/SC_FR_2013.pdf (consulté le 24/04/2019).
3. Abri M, Fabri V : **[La pratique de la prévention du cancer du col en Belgique]**. *Gunaikieia* 2006, 11(8) : 1-3.
4. De Ridder H. **Les nouvelles dispositions de remboursement du frottis cervico-vaginal. Arrêtés royaux du 04/05/2009** [Web page]. 2009. Disponible à l'adresse : https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/circulaire_mutualites_2009_311_sdss.pdf (consulté le 24/04/2019).
5. Delesluse T, Henrion L, Somasse YE, et al : **Organisation des soins autour de la naissance en Belgique : Quel rôle pour les maisons médicales ?** In.

- Brussels : Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophone asbl; 2017.
6. Colard F : « **C'est l'histoire d'une femme qui va chez le gynéco... » Intimité et suivi gynécologique, impossible à concilier ? Analyse FPS.** In. Bruxelles : Carmen Castellano; 2018.
 7. Escoyez B, Mairiaux Ph : **[Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus : attitudes et comportements de la population féminine liégeoise].** Rev Med Liege 2003, 58(5) : 319-326.
 8. Verstraeten L : **Identification des comportements face aux dépistages des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal de femmes inscrites en Maison Médicales à Bruxelles.** 2016. Université Libre de Bruxelles.
 9. Pizzolon F : **Compte rendu sur le projet périnatal - Fédération des Maisons Médicales.** 2018. Université Libre de Bruxelles.
 10. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L, Laurier E, et al : **L'organisation des soins après l'accouchement.** In. Brussels : Belgian Health Care Knowledge Center (KCE); 2014.
 11. Fayolle E, Vallée J,- : **[Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes].** Exercer : la revue française de médecine générale 2013, 107(24) : 114-120.
 12. Poletti B. **Rapport d'information fait au nom de la délégation au droit des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures. Assemblée nationale** [Web page]. 2011. Disponible à l'adresse : <http://www.assembleenationale.fr/13/rap-info/i3444.asp> (consulté le 24/04/2019).
 13. Gambiez-Joumard A : **Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin].** 2010. Université De Saint-Etienne Faculté De Médecine Jacques Lisfranc (France).
 14. Davister C, et al : **[Stop j'agis : Les groupes focalisés].** APES-ULg 2004, F.1 : 1-4.
 15. Spiral-ULg : **Le Focus Group** [Web page]. Disponible à l'adresse : <http://www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/focus-group/> (consulté le 24/04/2019)/

X. TABLE DES MATIERES.

I. ABSTRACT.	3
II. MOTS-CLES.	3
III. INTRODUCTION.	3
IV. METHODOLOGIE.	6
1. Méthodologie de recherche de documentation.	6
2. Méthodologie de l'étude.	7
V. RESULTATS.	9
1. Caractéristiques démographiques :	9
2. Focus Groups :	14
VI. DISCUSSION.	39
1. Confrontation des Focus Group de patientes aux Focus Group de médecins généralistes.	39
2. Appréciation de la qualité de l'étude : points forts et points faibles.	44
3. Confrontation des résultats de l'étude à la littérature.	45
VII. CONCLUSION.	47
VIII. ABREVIATIONS ET DEFINITIONS	48
IX. BIBLIOGRAPHIE.	48
X. TABLE DES MATIERES.	50