

THESE

**PRESENTEE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDECINE**
Diplôme d'Etat
SPECIALITE : Médecine Générale

PAR

CAZAUBON Emilie
NEE LE 17/11/1991 à La Garenne Colombes

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 10 JUIN 2021**

**EVOLUTION HISTORIQUE DU ROLE DU MEDECIN
GENERALISTE DANS LE DEPISTAGE DES CANCERS
DU COL DE L'UTERUS ET DU SEIN ET DANS LE SUIVI
DE LA MENOPAUSE**

DIRECTRICE DE THESE : Pr MAGNIER Anne-Marie

PRESIDENTE DU JURY : Pr IBANEZ Gladys

**AUTRES MEMBRES DU JURY :
Dr CHAVANNES Barbara, Dr DUVERNE Sophie**

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODE	6
Recherche documentaire	6
Entretiens : recherche qualitative	6
CONTEXTE HISTORIQUE.....	9
Le dépistage des cancers gynécologiques.	9
La prise en charge des troubles liés à la ménopause.	19
Synthèse	24
RESULTATS DES ENTRETIENS	25
Chez les médecins femmes ayant une pratique de la gynécologie de moins de 50% de leur activité.	25
Chez les médecins femmes pratiquant une majorité de gynécologie dans leur activité.	47
Chez les hommes retraités ayant pratiqué la gynécologie pendant leur exercice.	52
Synthèse	56
DISCUSSION	58
Forces et limites	58
Les cancers gynécologiques	58
Ménopause	63
L'évolution du rôle du médecin généraliste	64
CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXES	68
Annexe 1 : Guide d'entretien	68
Annexe 2 : Dépistage organisé vs Dépistage individuel	69
Annexe 3 : Pétition « Les médecins généralistes font de la gynécologie ! »	70
RESUME.....	71

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé

AFEM : Association Française pour l'Etude de la Ménopause

ALD : Affection Longue Durée

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

ASCUS : Atypies cytologiques des cellules malpighiennes de signification indéterminée

CDGM : Comité de Défense de la Gynécologie Médicale

CES : Certificat d'Etudes Spécialisée

CMS : Centre Municipal de Santé

CRCDC : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

DPC : Développement Professionnel Continu

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DU : Diplôme Universitaire

FCU : Frottis Cervico-Utérin

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes

INCa : Institut National du Cancer

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

REPOP : Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie

RMO : Référence Médicale Opposable

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

THS : Traitement Hormonal Substitutif

WHI : Women Health Initiative

WMS : Million Women Study

INTRODUCTION

Parmi les rôles de la médecine générale, la réponse à toutes les demandes de soins de premiers recours induit nécessairement la prise en charge des symptômes d'ordre gynécologique. La manière dont cette fonction est assumée est en constante évolution du fait des modifications de représentations de ce qu'est la santé des femmes et de leurs besoins tant du côté des patientes que du côté des médecins. Les changements démographiques : diminution du nombre de généralistes et plus encore du nombre de spécialistes en gynécologie médicale, les modifications des recommandations médicales (contraception, traitement hormonal substitutif) et enfin la formation renforcée des futurs généralistes entraînent des modifications de pratiques des médecins et des modifications de recours aux soins gynécologiques des patientes.

L'objectif de ce travail est d'étudier l'évolution du suivi des femmes par le médecin généraliste en France au cours des cinquante dernières années : quel rôle dans la prise en charge du dépistage des cancers gynécologiques et des troubles de la ménopause ? Quelle collaboration avec les autres spécialistes en santé de la femme que sont les gynécos et les sages-femmes ?

Cette thèse vient compléter la thèse de Marie-Noëlle VIDAL qui a étudié l'évolution du suivi des femmes par le médecin généraliste de 1958 à nos jours (1) notamment la pratique des accouchements et suivi des grossesses, la contraception et la pratique des interruptions volontaires de grossesse.

MATERIEL ET METHODE

Ce travail associe une recherche documentaire et une étude qualitative auprès de médecins généraliste ayant une activité de gynécologie. Dans le contexte de Covid 19, une majorité du travail de recueil et de bibliographie a été effectué en distanciel avec les outils numériques.

Recherche documentaire

Cette thèse est centrée sur le rôle du médecin généraliste dans le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein ainsi que la prise en charge de la ménopause. Une recherche a été faite afin de retracer l'historique des dépistages des cancers gynécologiques et celle de l'histoire de la ménopause. Cette recherche a été effectuée en interrogeant le moteur de recherche de la bibliothèque universitaire de Sorbonne Université avec les termes « Histoire, dépistage cancers sein, col de l'utérus, dépistage, dépistage organisé, ménopause, médecine générale ».

La base de données Médica qui est la base de données de la bibliothèque numérique réalisée par le service d'histoire de la BIU Santé a également été interrogée avec les mêmes mots clés.

Les références jugées pertinentes de chaque document ont été consultées également.

Les sites de l'INCa, de la HAS et de Santé Publique France ont été consultés également.

Les archives du Monde ont été consultées en ligne.

Entretiens : recherche qualitative

Les entretiens ont pour objectif de décrire les évolutions des pratiques des médecins depuis leur début d'installation. La finalité du travail est d'explorer la chronologie de l'implication des généralistes dans la prise en charge gynécologique de leur patientèle. Les raisons invoquées par les médecins relèvent néanmoins assez souvent de la subjectivité. L'étude des propos des médecins permet d'aborder un aspect sociologique de la pratique médicale liée aux représentations des patientes et des médecins.

Les entretiens au nombre de 19, d'une durée moyenne de 24 minutes ont été réalisés entre le 3 novembre 2020 et le 11 février 2021. Quatorze ont été réalisés par téléphone, trois par internet via Google Meet, un en Facetime et un a été réalisé au cabinet du médecin interrogé.

La population étudiée est constituée de médecins généralistes pratiquant la gynécologie.

Le recrutement a été effectué d'abord par mail à partir de la liste des maîtres de stage universitaire de Sorbonne Université, en sélectionnant ceux « qui font » de la gynécologie à partir des avis de stage ou de leur fiche. Une seule réponse positive a été obtenue.

Ensuite une deuxième tentative a été faite en contactant des médecins connus, personnellement ou par des amis, pour avoir une certaine pratique gynécologique. Ceux-ci ont ensuite permis de solliciter certains de leurs collègues en fournissant leurs coordonnées. Le recrutement s'est ainsi fait par effet boule de neige.

Le recrutement de médecins généralistes hommes a été très difficile : six ont été sollicités, trois n'ont pas donné de réponse, un a donné une réponse négative, et deux ont accepté : il s'agissait de deux médecins retraités.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont présentées dans le tableau 1.

Le guide d'entretien comporte 9 questions en plus d'une question plus générale sur les caractéristiques de chaque interviewé. Il est présenté en annexe.

Les entretiens ont été enregistrés et ont tous été retranscrits intégralement. Un codage ouvert de chaque entretien a ensuite été effectué à l'aide du logiciel Nvivo®. Puis il a été procédé à une analyse thématique à partir des codes obtenus.

La saturation des données a été obtenue au bout d'une quinzaine d'entretiens mais n'a pu être atteinte pour les entretiens menés avec les hommes généralistes du fait d'un effectif trop restreint.

Les entretiens ont été analysés en 3 groupes différents en raison des disparités de pratiques entre ces groupes : un groupe de généralistes femmes pratiquant moins de 50% de gynécologie dans leur activité soit 12 médecins, un groupe de généralistes femmes pratiquant plus de 50% de gynécologie dans leur activité soit 5 médecins et enfin un groupe de généralistes hommes soit 2 médecins retraités.

Les entretiens ont été anonymisés et les identités des participants remplacées par des chiffres allant de 1 à 19.

Code Médecin	Age	Sexe	Type d'exercice	Nombre d'année d'exercice	Année d'installation	Formation	Passage en stage de Gynécologie	Activité Médecine Générale/ Activité de Gynécologie
Médecin 1	35	F	Libéral, Maison de Santé, ville	3	2019	DES Médecine Générale Rouen	Oui 6 mois d'internat	Moyenne/petite activité de gynécologie
Médecin 2	54	F	Libéral, petite activité salariée en crèche. Réseau Périnatalité Parisien Ville	20	2000	DES Médecine Générale, Formation continue, Diplôme d'éducation thérapeutique	Oui externat Angers	Moyenne/activité de gynécologie supérieure à la moyenne des généralistes
Médecin 3	31	F	Libéral, Maison de Santé, ville, Association, Chargée d'enseignement	3	2020	DES Médecine Générale, Formation IVG, Femmes victimes de violence. Psychotraumatisme. DU Pédiatrie	Oui, Internat, SASPAS Planning Familial	Moyenne/2-3 consultations gynécologique par jour
Médecin 4	36	F	Libéral, ville, ex mixte Hôpital libéral.	9	2014	DES Médecine Générale, DU Gynécologie Obstétrique Tenon, DU Endocrinologie et Métabolisme de la transition.	Oui Internat.	3 jours par semaine/ 40% gynécologie
Médecin 5	36	F	Salariée CMS, Généraliste avec activité exclusive de Gynécologie, ville	8	2014	DES Médecine Générale, DU Gynécologie Obstétrique DU Imagerie de la femme. Droit au remord depuis Gynécologie Obstétrique en fin de 2eme semestre	Oui Internat. 2 semestres.	100% gynécologie
Médecin 6	32	F	Libéral, Salariat 1j/s Médecin conseil, Ville	5	2017	DES médecine Générale, Capacité Douleur	Oui Internat et Externat.	Moyenne/10% de gynécologie
Médecin 7	31	F	Remplaçante en MSP + PMI, ville	3	-	DES Médecine Générale, DU de gynécologie validation théorique, mais non pratique, DPC.	Oui Externat	Petite/10% de gynécologie

Médecin 8	34	F	Libéral MSP, ville	9	2018	DES Médecine Générale, DU Orthogénie, DU Gériatrie 1 ^{er} année.	Oui, Externat Internat SASPAS Tiers temps consultation en maternité.	25H par semaine / 20-25% de gynécologie
Médecin 9	56	F	Libéral, Ville	28	1995	Médecine Générale, DU soin palliatif, DU micronutrition 1ere année DU gynécologie.	Oui, Externat	Grosse/ petite activité de gynécologie
Médecin 10	72	F	Libéral cabinet de groupe, Ville Retraite en 2015	37	1978 - 2015	Début de formation en gynécologie médicale	Oui, Internat	Grosse/ 30-40% de gynécologie
Médecin 11	42	F	Libéral, cabinet de groupe, Ville	10	2010	Sage-femme puis DES Médecine Générale	Oui Stage de sage-femme et stage d'internat	35 consultations par jour / 3 par jour de gynécologie
Médecin 12	45	F	Libéral, en ville	14	2006	DU Gynécologie Obstétrique pour Généraliste P6 2004-2005 DU Régulation des naissances P5 2008-2009	Oui Stage à la Pitié Salpêtrière	80 à 90% gynécologie
Médecin 13	41	F	Mixte, Libéral, ville cabinet de groupe, Salarié Planning Familial	13	2008	Internat de Médecine du Travail avec orientation endocrinologie, gyneco-medicale avec droit au remord en MG à P5. DIU Gynécologie médicale et endocrinologie de la reproduction à Necker.	Oui Stages en Gynéco SASPAS en Planning Familial.	Grosse/70% gynécologie
Médecin 14	40	F	Salariat, mi-temps en crèche, mi-temps CMS consultation gynécologie	7	2014	Internat de médecine générale et DU de gynéco et pédiatrie	Oui, Interne et externe	50% gynécologie/50% pédiatrie
Médecin 15	65	F	Libéral, ville	41	1982	DES Pédiatrie 3 ans, puis stop, groupe Balint, REPOP.	Oui maternité stage à l'étranger.	Grosse/Petite à moyenne activité de gynécologie
Médecin 16	36	F	Libéral, cabinet de groupe, 1 matinée par semaine de Planning Familial	9	2014	Internat de médecine générale, DU de gynéco, FMC cancer du sein, ménopause, REVHO,	SASPAS au Planning Familial, stage de gynéco pendant l'externat	Moyenne/ 70% de gynécologie
Médecin 17	45	F	Libéral, ville	15	2006	Médecine générale, DU gynéco	Stage de gynéco pendant le DU	Moyenne/ 20% de gynécologie
Médecin 18	80	H	Libéral, urbain, cabinet de groupe	25	1970 – 1995	Médecine générale	4 accouchements	Ne sait pas
Médecin 19	69	H	Libéral, urbain, seul puis en groupe	28	1986- 2014	Médecine générale	Stage d'externat.	Entre 17 et 20 actes par jour/ne sait pas la proportion de gynécologie.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

CONTEXTE HISTORIQUE

Le dépistage des cancers gynécologiques.

I Le dépistage du cancer du sein.

A Histoire du dépistage du cancer du sein.

Le cancer du sein est en 2020 le cancer le plus fréquent chez la femme et il représente la troisième cause de mortalité par cancer en France. (2) Citons parmi les nombreuses femmes célèbres qui y succombèrent Anne d'Autriche, reine de France (1601-1666) (3). Nous étudierons l'évolution du dépistage du cancer du sein en particulier en France au 20^{ème} siècle.

Le dépistage du cancer du sein est en France et dans le monde un enjeu de santé publique avec en France 58 968 nouveaux cas en 2017 et 11 883 décès (4).

Avant sa généralisation en 2004, la stratégie de dépistage du cancer du sein a connu différentes étapes.

Dans les années 1930, on comprend qu'un diagnostic précoce permet une prise en charge plus efficace des cancers d'une manière générale et on encourage la population à se surveiller et à s'adresser à son médecin dès les premiers symptômes (5). En termes de dépistage, c'est d'abord l'autopalpation des seins qui est promu par Emile Forgue (1860-1943), puis fortement recommandé après la guerre 39-45. Mais son intérêt est vite remis en cause et la recommandation abandonnée devant le faible nombre de cancers du sein diagnostiqué précocement. Le dépistage par mammographie commence à être discuté dans les années 50-60 aux Etats-Unis par Jacob Gershon-Cohen qui conduit un essai randomisé, incluant 62 000 femmes volontaires de 40 à 60 ans de décembre 1963 à juin 1966. Les résultats sont publiés en octobre 1969 et montrent 31 décès par cancer du sein dans le groupe dépisté contre 52 dans le groupe contrôle. D'autres études ont lieu en Suède en 1977 menées par László Tabár et montrent une réduction de 25% de la mortalité par cancer du sein.(6)

Les premières grandes campagnes de dépistage ont donc lieu à New York puis dans les pays scandinaves dans les années 70. (7)

L'union européenne se lance en 1985 dans un plan intitulé « Europe Contre le Cancer » avec 3 objectifs principaux : la prévention des cancers, la détection précoce et systématique des cancers, avec la création de projets pilotes de dépistages, et la recherche sur les traitements des cancers (8). Au même moment, une méta-analyse publiée dans le JAMA (9) portant sur les essais cliniques randomisés de 1966 à 1993 conclut qu'il est possible de diminuer la mortalité associée à ce cancer de 20 à 39 % chez les femmes de 50 à 74 ans grâce à un dépistage par mammographie. En France le programme de dépistage organisé, initialement à la charge des départements, débute par une expérimentation à partir de 1985, d'abord dans le Bas-Rhin et le Rhône, puis Montpellier, pour atteindre 10 départements fin 1991. (10)

En 1994, un Comité national de pilotage est créé par la Direction Générale de la Santé afin d'établir un cahier des charges national pour un programme de dépistage systématique du cancer du sein (11). Ce cahier des charges se base sur la 1^{ère} édition des recommandations européennes de 1992 sur le cancer du sein. Le programme débute en 1994 avec les 10 départements, et finalement ce sont 32 départements qui intègrent le programme progressivement jusqu'en 2001.

Chaque programme départemental est géré par une équipe locale et s'appuie sur les centres de radiologie déjà en place. Il concerne les femmes de 50 à 69 ans. Un radiologue effectue l'examen qui consiste en un cliché oblique externe de chaque sein, sans examen clinique, puis le fichier est envoyé à la structure départementale pour relecture. Il y a donc au minimum 2 lectures par mammographie et en cas d'avis discordant une 3^{ème} lecture est demandée. En cas de résultat

négatif, la femme est réinvitée 3 ans plus tard. En cas de résultat positif, la femme s'adresse à son médecin traitant pour la suite du parcours. (12)

A partir de 1998 le programme est évalué par l'Institut National de Veille Sanitaire qui conclut à de bons résultats, mais regrette un taux de participation insuffisant. Cela s'explique en partie par la concurrence avec le dépistage individuel opportuniste. Celui-ci est souvent prescrit à l'issue du dialogue entre le médecin traitant et sa patiente à l'occasion d'un examen clinique. Même dans le cadre d'un dépistage, la mammographie prescrite dans ce cadre n'est pas différenciée d'un diagnostic précoce. (12,13)

En 1999 de nouvelles recommandations de l'ANAES préconisent la poursuite du dépistage jusqu'à 74 ans, et une modification de sa fréquence qui passe de tous les 3 à 2 ans. Un cliché crano-caudal est ajouté au seul cliché pratiqué jusque-là (oblique externe). Les femmes ayant déjà eu un cancer du sein ou à risque élevé d'avoir un cancer du sein sont exclues du dépistage en raison de la surveillance plus spécifique qu'elles nécessitent. (14)

En 2000 est annoncé le premier Plan Cancer qui se déroulera de 2003 à 2007 et dont un des objectifs est la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein d'ici fin 2003. (15)

En 2001, un nouveau cahier des charges est mis en place en vue de la généralisation du programme, avec comme principal changement, l'extension officielle de la recommandation aux femmes de 70 à 74 ans. Le nouveau cahier des charges comprend également un examen clinique par le radiologue. Ce cahier des charges propose un cadre concernant la formation des professionnels ainsi que la sensibilisation au dépistage et insiste sur l'importance du médecin traitant dans l'information et l'incitation de ces femmes à se faire dépister puis à gérer l'après dépistage. (16)

C'est finalement fin 2004 que tous les départements intègrent le programme national de dépistage organisé.

En 2006 le cahier des charges est à nouveau modifié par l'arrêté du 29 septembre (17) :

- Il place le médecin traitant comme l'interlocuteur privilégié tant pour l'incitation au dépistage, que pour la remise des résultats et le suivi.
- Il précise que la structure de gestion doit organiser des formations, en particulier des médecins généralistes, sur l'épidémiologie, l'intérêt et les limites du dépistage, ainsi que sur l'organisation pratique.
- Cette structure de gestion doit également s'impliquer dans le suivi afin de s'assurer qu'une patiente ayant eu un résultat anormal a bien réalisé les examens complémentaires nécessaires à sa prise en charge.
- La deuxième lecture est réservée aux mammographies classées ACR 1 ou 2
- Le contrôle qualité des clichés radiographiques et la formation des différents intervenants sont plus encadrés (radiologue, manipulateurs radio...).

En 2008 la mammographie numérique est intégrée au dépistage organisé.

En 2009-2013, le nouveau plan cancer affiche parmi ses objectifs, le renforcement du rôle du médecin traitant dans la prise en charge des cancers, en élaborant des recommandations de bonne pratique, en organisant des formations médicales continues et en facilitant l'inclusion par le médecin généraliste des patients dans le dépistage.(18) Il précise également que le rôle dans la prise en charge du patient dans le cadre de son traitement ainsi que de l'après sera facilité par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » de 2009 dont un des objectifs est la mise en place de protocoles afin de faciliter la coordination entre médecine de ville et hôpital.(19)

En 2018 sont créés des Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) qui est le regroupement des structures coordinatrices du dépistage qui étaient jusque-là départementales. (20)

B La controverse :

Cependant le dépistage du cancer du sein bien que largement promu en termes de santé publique a été et est encore aujourd'hui un objet de controverse.

En 2001 paraît dans le Lancet la méta-analyse de Gotzsche et Olsen(21) qui remet en cause l'efficacité du dépistage du cancer du sein. Cette méta-analyse repose sur 9 études s'étalant de 1963 à 1994 et conclut que n'est pas prouvée une baisse significative de la mortalité liée au cancer du sein grâce au dépistage, ni de la mortalité globale. Il y a cependant une augmentation des mastectomies accompagnées ou non de radiothérapie. Cette méta-analyse sera mise à jour jusqu'en 2013 : les conclusions en sont alors que pour 2000 femmes invitées au dépistage en 10 ans, une a évité de mourir d'un cancer du sein et dix femmes en bonne santé ont été traitées alors qu'elles n'auraient jamais déclaré de cancer. En outre, 200 femmes ont ressenti une détresse psychologique à la suite de faux positifs (22). L'ANAES a réalisé une évaluation de cette méta-analyse et a conclu qu'il n'est pas légitime de remettre en cause les recommandations : cette méta-analyse a une méthodologie critiquable et n'a pas un niveau de preuve élevé. De plus elle va à l'encontre de 9 autres méta-analyses publiées entre 1993 et 1998 (23) dont les conclusions sont toutes en faveur du dépistage.

Cependant la controverse continue encore en 2020 et un groupe de médecin a créé l'association Cancer Rose en 2015 afin d'informer les femmes sur le dépistage. Sa fondatrice le Dr Cécile Bour signale que selon elle « *Les trois effets adverses au dépistage sont le surdiagnostic, les fausses alertes et l'exposition aux radiations. Ces trois effets indésirables, quand on les met bout-à-bout, dépassent largement le potentiel bénéfique très hypothétique qu'on peut en retirer.* » (24) Ainsi, les principaux reproches qui sont faits au dépistage du cancer du sein sont : le surdiagnostic et les surtraitements, les cancers radio-induits et les conséquences psychologiques. Dans une tribune publiée dans le Monde en Octobre 2016, le Collège National des Généralistes Enseignants prône une information complète, honnête et adaptée et déplore le manque d'implication des médecins généralistes dans la mise en place du dispositif de dépistage organisé. (25)

Synthèse chronologique

Années 30 jusqu'à après 1945 : Autopalpation des seins recommandée

Années 1950-60 : Début des études sur la mammographie aux Etats Unis puis en Suède dans les années 70.

Années 70 : Premières campagnes de dépistage à New York et dans les Pays Scandinaves

1985 : Plan « Europe contre le Cancer »

1985- 1991 : Début des expérimentations de DO en France dans le Bas-Rhin, puis dans 10 départements

1994 – 2001 : Nouvelles expérimentations de DO avec un cahier des charges national. 32 départements. Femmes de 50 à 69 ans, 2 lectures par mammographie.

1998 : Evaluation du programme par l'INVS : Bons résultats mais participation insuffisante.

1999 : Recommandations de l'ANAES : Poursuite du dépistage jusqu'à 74 ans, fréquence des mammographies passant à 2 ans au lieu de 3. Exclusion des femmes à haut risque.

2000 : Annonce du premier Plan Cancer 2003-2007. Objectif : Généralisation du dépistage organisé d'ici fin 2003

2001 : Cahier des charges prévoyant un examen clinique par le radiologue.

2001 : Meta-analyse de Gotzsche et Olsen remettant en cause l'efficacité du dépistage du cancer du sein. L'ANAES ne modifie pas les recommandations.

2004 : Généralisation du programme national de dépistage organisé.

2006 : - 2^{ème} lecture seulement pour les mammographies ACR 1 et 2

- Encadrement du contrôle qualité et formation des intervenants (radiologue, manipulateurs radio... et MG)

2008 : Mammographie numérique intégrée au dépistage organisé.

2009 – 2013 : Plan Cancer : Renforcement du rôle du médecin traitant.

2015 : Création de l'association « Cancer Rose » informant les femmes des risques du dépistage organisé du cancer du sein en termes de surdiagnostic, surtraitements et conséquences psychologiques.

2016 : Communiqué du CNGE prônant une information complète des femmes de la balance bénéfique/risque et dénonçant le manque d'implication des généralistes dans le dépistage.

II Le dépistage de cancer du col de l'utérus.

Selon Santé Publique France, en 2018, on estime qu'il y a environ 3000 nouveaux cas par an de cancers du col avec un peu plus de 1100 décès. On estime que le dépistage ainsi que la vaccination HPV sont insuffisants car le dépistage par frottis ne concerne que 59,5% des femmes et la vaccination contre le Papillomavirus ne touche que 24% des jeunes filles de 16 ans. (26)

Depuis 2018 se met en place un programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus. Jusque-là le dépistage par frottis cervico-utérin était exclusivement un dépistage individuel

A *Les débuts du Frottis cervico-utérin dans le monde et en France (27)*

Dans les années 1920, aux Etats Unis, Georges Papanicolaou étudie l'aspect microscopique du contenu vaginal des cobayes et observe différents types de cellules. Il réalise ensuite le même type d'observation chez la femme. Il observe des cellules d'un type nouveau sur un prélèvement effectué chez une femme atteinte d'un cancer du col de l'utérus. Il confirme cette observation chez d'autres patientes. En 1928, il communique sur les résultats de ses études, mais cela ne suscite pas grand intérêt.

Cette découverte est également faite en parallèle par Aurel Babès en Roumanie qui décrit le même type de cellules atypiques chez une patiente atteinte de cancer du col de l'utérus. Il fait paraître un article dans la revue Française « La Presse médicale » qui ne suscite pas non plus grand intérêt.

Papanicolaou continue malgré tout son travail sur le frottis cervico-utérin et s'associe avec Herbert Traut, gynécologue de New York à la Cornell University. Tous deux commencent à identifier des cellules cancéreuses chez des femmes asymptomatiques grâce à un dépistage systématique chez toutes les femmes admises dans leur hôpital dès 1939. En 1943 ils publient *Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear*, le livre fondateur de la cytologie du col utérin puis en 1954 *Atlas of Exfoliative Cytology*.

A la fin des années 50, le Pap Test dont Papanicolaou est l'inventeur est adopté en France avec difficultés, comme en témoigne André Sicard (28). En 1950 et 1952, A. Sicard communique sur le sujet à l'Académie de Chirurgie après avoir testé la cytologie dans son service de l'hôpital Beaujon. Ces communications sont assez mal accueillies par ses pairs pour qui le doute persiste quant à la capacité de faire un diagnostic par la seule étude cytologique. En 1963, A. Sicard crée une consultation à la Salpêtrière mais il se heurte au refus de prise en charge des examens par la Sécurité Sociale. Il finit par réussir à intéresser la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie de la Région Parisienne qui va l'aider. Initialement, il peine à recruter des patientes malgré des affichettes ou des lettres adressées aux médecins de quartiers. Il réussit à attirer plus de monde grâce à des notes d'information dans les magazines féminins. Il rencontre même un certain succès en proposant à la direction du Bazar de l'Hôtel de Ville de donner une heure de repos supplémentaire pour les femmes qui se soumettent à cet examen. Grâce à cela il réussit à faire plusieurs centaines de frottis et à découvrir des lésions précancéreuses dans 4% des cas.

Le témoignage du Dr A. Siméon médecin de la Marine (29) soulève les questions qui se posent alors : à partir de 1954 il met en place un dépistage auprès du personnel féminin de Cherbourg, participant ainsi à l'engagement de la Marine dans la lutte contre le cancer depuis 1949. Il s'interroge alors sur les conséquences d'un dépistage positif chez les patientes encore en âge d'avoir un enfant pour lesquelles une ablation de l'utérus n'est pas facilement envisageable et aussi sur le fait que les femmes se lassent vite de subir des examens répétés et ne répondent plus aux convocations. D'autant plus qu'étant femmes de marin elles étaient souvent appelées à des déplacements en raison des affectations de leurs maris ce qui pose des difficultés pour le suivi. Il se félicite du fait que grâce aux frottis cervico-utérins de Papanicolaou, les cancers du col utérin ont été diagnostiqués suffisamment tôt pour que le chirurgien puisse guérir les malades et souligne l'importance de la formation des cytologistes pour reprendre cette méthode.

B *Le prélèvement en pratique.*

Initialement il consistait à prélever directement des sécrétions vaginales à l'aveugle d'où le nom de « frottis ». On comprend ensuite sous l'impulsion du Dr J. Ernest Ayre (gynécologue) qu'il est préférable de prélever directement au contact du col utérin, en récoltant à la fois des cellules provenant de l'exocol et des cellules de l'endocol.

Le col utérin est exposé par la pose d'un spéculum. Le prélèvement se fait avec une spatule d'Ayre : une lame de bois avec des extrémités bifides pour reproduire le col en négatif et une branche un peu plus longue qui se porte vers l'endocol alors que l'autre plus courte repose sur l'exocol. On fait tourner la spatule 2 ou 3 tours pour récupérer les cellules. On complète avec un coton tige pour prélever l'endocol, remplacé ultérieurement par une brosse endocervicale. Le préleveur étale ensuite lui-même sur 2 lames, une pour l'endocol, une pour l'exocol, qui sont ensuite fixées et envoyées pour analyse au microscope dans un laboratoire de cytopathologie. Cette méthode a de nombreux inconvénients, notamment la technique d'étalement sur la lame, car le taux de transfert est de 20 à 25% des cellules de la spatule vers la lame. Dans les années 90 a été développée la cytologie en milieu liquide, le prélèvement n'est plus étalé mais immergé dans une solution et envoyé directement au laboratoire où le prélèvement est préparé de façon automatique offrant un confort de lecture au cytologiste et on utilise plus couramment un dispositif combiné pour le prélèvement qui permet de prélever à la fois l'endocol et l'exocol. Il s'agit là de la technique qui est depuis 2010 la plus utilisée en France. Elle permet en outre de pouvoir faire une recherche HPV sur le prélèvement en cas d'anomalie.

En ce qui concerne l'interprétation des résultats, on utilise jusqu'à 1988 les 5 classes de Papanicolaou :

- I. Aspect normal ;
- II. Aspect inflammatoire ;
- III. Aspect douteux ou suspect ;
- IV. Présence de rares cellules atypiques, très suspectes de malignité ;
- V. Présence de nombreuses cellules atypiques, évoquant la malignité.

Cette classification jugée imprécise et incomplète, est remplacée par une autre terminologie, élaborée par un groupe de travail américain à Bethesda, qui sera recommandée en France à partir de 1991. A partir de 1998 tous les résultats de frottis de France seront rendus selon le système de Bethesda, cette classification précise la qualité du prélèvement, les différents types de lésion et leur risque de malignité.

QUALITÉ DU PRÉLÈVEMENT

- Satisfaisant pour évaluation
- Non satisfaisant pour évaluation (préciser la raison)

INTERPRÉTATION/RÉSULTAT

- Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité (*NIL/M*).
S'il y a lieu, préciser :

- présence de micro-organismes : *Trichomonas vaginalis* ; éléments mycéliens, par exemple évoquant le candida ; anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne ; bactéries de type actinomyces ; modifications cellulaires évoquant un herpès simplex ;
- autres modifications non néoplasiques : modifications réactionnelles (inflammation, irradiation, ou présence d'un dispositif intra-utérin) ; présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie ; atrophie.

- Anomalies des cellules malpighiennes :

- atypies des cellules malpighiennes (ASC) : de signification indéterminée (ASC-US) ou ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H) ;
- lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL), regroupant koilocytes/dysplasie légère/CIN 1 ;
- lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL), regroupant dysplasies modérée et sévère, CIS/CIN 2 et CIN 3. Le cas échéant présence d'éléments faisant suspecter un processus invasif (sans autre précision) ;
- carcinome malpighien.

- Anomalies des cellules glandulaires :

- atypies des cellules glandulaires (AGC) : endocervicales, endométriales ou sans autre précision (NOS) ;
- atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans autre précision (NOS) ;
- adénocarcinome endocervical *in situ* (AIS) ;
- adénocarcinome.

- Autres (liste non limitative) :

- cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.

Préciser si l'examen est automatisé et si la recherche des HPV a été réalisée.

Figure 1 : Modèle de compte rendu de frottis cervico-utérin avec le Système de Bethesda 2001(30)

C Historique des recommandations du dépistage du cancer du col de l'utérus :

Les premières recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus paraissent en septembre 1990 suite à la première conférence de consensus organisée en France dans le cadre du 33ème congrès de la Fédération des Gynécologues obstétriciens de langue française (31). C'est la première fois qu'une recommandation sur le rythme triennal des frottis est faite, (le deuxième frottis doit être fait au bout d'un an en raison du risque de faux négatif, puis les frottis sont pratiqués tous les trois ans). Il est évoqué l'âge de 25 ans comme âge de début car âge après lequel surviennent la quasi-totalité des cancers invasifs. En 1994 ces recommandations sont confirmées par l'Agence Nationale du Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) future ANAES (qui deviendra ultérieurement la HAS). Il est ajouté que le dépistage par frottis peut être débuté dès le début de l'activité sexuelle, ou à l'âge de 20 ans. Le calendrier est bien sûr différent pour les femmes symptomatiques ou avec un antécédent de frottis anormal.

La Référence Médicale Opposable validée par l'ANDEM de 1995 confirme le rythme triennal des frottis (32). Cette RMO est vivement critiquée par des collectifs de médecins qui réclament son retrait et la nécessité de faire des frottis plus fréquents (33).

En 1997, à la suite de ces critiques, une RMO introduit de nouveaux principes : la notion de présence de facteur de risque qui plaide pour un dépistage annuel : rapports précoces, partenaires multiples, niveau socio-économiques bas, tabac... Est alors soulignée l'importance d'un examen gynécologique annuel, et de la nécessité d'un dépistage organisé. (34)

En 1998 puis en 2002, ces recommandations sont actualisées par l'ANAES concernant la prise en charge des frottis anormaux. (30)

En 2004, l'ANAES évoque l'utilité du test HPV dans le dépistage : la détection du génome HPV peut avoir un intérêt dans le dépistage des cancers et des lésions précancéreuses du col de l'utérus, mais sa place reste à déterminer. Associé à la cytologie il offre des perspectives prometteuses. (35)

En 2010, les recommandations de la HAS ne laissent plus la place au moindre doute et recommandent le frottis entre 25 et 65 ans tous les 3 ans après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle. (36)

En juillet 2019 de nouvelles recommandations concernant le dépistage sont publiées par la HAS faisant une belle place au test HPV. Désormais, reste recommandée la réalisation d'un examen cytologique à 1 an d'intervalle pour les deux premiers frottis puis tous les 3 ans entre 25 et 30 ans. A partir de 30 ans la HAS recommande un test HPV 3 ans après le dernier examen cytologique puis tous les 5 ans si le résultat est négatif. (37)

D La mise en place d'un dépistage organisé

Dans les années 90, le Bas-Rhin, le Doubs, l'Isère et la Martinique mettent en place via les structures de gestion départementales un dépistage organisé afin d'évaluer l'efficacité d'un dépistage.

En 2001 le Haut-Rhin rejoint le programme du Bas-Rhin afin de mettre en place un dépistage régional.

En 2007, l'INVS (Institut National de Veille Sanitaire) organise une évaluation des programmes de dépistages à l'exclusion du Doubs qui arrête son activité de dépistage en raison de difficultés organisationnelles. Les conclusions de ce rapport sont que, malgré la faible participation, le pourcentage de femmes ayant eu au moins un frottis en 3 ans est plus élevé que sur le territoire national. (38)

En 2010, la HAS préconise un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France. (36) Entre 2010 et 2014 est menée une nouvelle expérimentation pilotée par la DGS sur 13 départements avec cette fois un protocole commun : incitation/relance des femmes qui ne se font pas spontanément dépister individuellement et recueil exhaustif des résultats de toutes les femmes de 25 à 65 ans ayant réalisé un dépistage qu'il soit individuel (DI) ou organisé (DO). Ce protocole correspond au modèle le plus ancien qui est le modèle Alsacien. Cette nouvelle évaluation conclut en 2014 que le dépistage organisé atteint d'avantage de femmes et que ce gain n'est pas négligeable (39).

Le plan Cancer 2014-2019 a pour objectif l'organisation d'un dépistage organisé national (40). C'est en 2018 que finalement la HAS met en place le dépistage organisé.

Sa mise en œuvre est confiée au Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers de chaque région. Un courrier est adressé aux femmes de la population cible les invitant à aller réaliser un frottis cervico-utérin dont l'analyse sera prise en charge à 100% (mais pas le prélèvement). Une relance 12 mois plus tard est prévue pour les femmes qui n'ont pas réagi à la première invitation. Pour réduire l'incidence de décès par cancer du col de 30% en 10 ans, il faut atteindre 80% de la population cible. (41)

E La vaccination HPV

La vaccination HPV a pour objectif la prévention du cancer du col de l'utérus. Les HPV sont responsables de plusieurs types de cancers : outre les cancers du col de l'utérus, il y a des cancers de la vulve, du pénis, de l'anus, de la sphère ORL (hommes et femmes confondus). En 2007 la vaccination HPV est initialement recommandée aux jeunes filles puis à partir de 2016 aux HSH (Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes) et depuis le 1^{er} janvier 2021 à tous les jeunes hommes. (42)

La vaccination HPV n'a pas pour but de remplacer le dépistage du cancer du col de l'utérus mais vient en complément de celui-ci. Cette vaccination ne concerne pas tous les HPV mais seulement

ceux à plus haut risque. Le vaccin Gardasil 9 protège contre 9 d'entre eux, mais il existe près de 200 types d'HPV. (43)

Il y a des débats concernant son utilité dans la prévention des cancers car il ne protège pas contre tous les HPV oncogènes et il ne dispense pas des frottis, comme le souligne notamment Martin Winckler. (44)

Cette vaccination certes controversée apparaît comme un outil auprès des professionnels de santé pour diminuer le nombre de cancers du col.

Synthèse chronologique

Années 1920 : Découverte du frottis par Georges Papanicolaou aux Etats-Unis et Aurel Babès en Roumanie.

1943 : Publication de *Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear* par Papanicolaou et Herbert Traut.

1954 : Publication de *Atlas of Exfoliative Cytology* de Papanicolaou et Traut.

Fin des années 50 : Arrivée du Pap Test en France qui a du mal à s'imposer.

Années 90 : Cytologie en milieu liquide

Années 90 : Expérimentation d'un dépistage organisé dans le Bas-Rhin, le Doubs, l'Isère et la Martinique.

1991 : Recommandation en France de la classification de Bethesda qui succède aux 5 classes de Papanicolaou.

Septembre 1990 : Premières recommandations : Frottis tous les 3 ans à partir de 25 ans.

1994 : Nouvelles recommandations : la limite d'âge peut être abaissée à 20 ans.

1995 : RMO fixant le rythme triennal des frottis

1997 : RMO introduisant des exceptions au frottis triennal en le ramenant à un frottis annuel suite aux pressions de certaines associations.

1998 puis 2002 : actualisation des recommandations concernant la prise en charge des frottis anormaux.

2004 : ANAES évoque l'utilité du test HPV dans le dépistage.

2007 : INVS conclut que malgré la faible participation, le pourcentage de femme ayant eu un frottis en 3 ans est plus élevé dans les départements ayant un dépistage organisé.

2007 : Début de la vaccination contre le HPV

2010 : Recommandations de la HAS : FCU entre 25 et 65 ans, tous les 3 ans après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle. Préconisation de la généralisation du dépistage organisé.

2010-2014 : Expérimentation du DO sur 13 départements avec un protocole commun.

2014- 2019 : Plan Cancer : Organisation d'un dépistage organisé national

2018 : Mise en place du dépistage organisé géré par les CRCDC

2019 : Nouvelles recommandations de la HAS : frottis à 1 an d'intervalle les 2 premières années puis tous les 3 ans entre 25 et 30 ans. A partir de 30 ans test HPV 3 ans après le dernier frottis puis tous les 5 ans si négatif.

La prise en charge des troubles liés à la ménopause.

La ménopause se définit par la cessation de l'activité des ovaires chez la femme, vers 50 ans, avec pour conséquence l'arrêt définitif de la menstruation. (45) Ce terme est utilisé depuis le début du XIX^{ème} siècle pour la première fois par le médecin français Charles Pierre Louis de Gardanne dans la première édition de son ouvrage *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique* (1816). Il utilise le terme Menespausis pour parler de la cessation des menstrues, terme tiré du grec mēniaia « menstrues », « mois » et pausis « fin, cessation » (46).

Au-delà d'un fait physiologique se traduisant par l'arrêt des règles, la ménopause représente également un fait social : les femmes sont dépossédées de leur féminité en raison de l'incapacité à pouvoir (re)devenir mère. Elle marque également une transition entre la jeunesse et la vieillesse. En 1966 le gynécologue américain Robert A. Wilson dans son livre *Feminine Forever* décrit les femmes ménopausées comme « *Raides, fragiles, courbées, ridées et apathiques elles traversent en trébuchant leurs dernières années. (...) Femmes déséquilibrées, elles passent dans la rue sans qu'on les remarque et remarquent peu de choses elles-mêmes. (...) La douleur de l'alcoolisme, de la toxicomanie, du divorce et des foyers brisés par ces femmes instables privées d'œstrogènes ne pourront jamais être racontées* ». Plus tard le psychiatre américain David Reuben décrit les femmes ménopausées dans son livre *Tout ce que vous voulez savoir sur le sexe* (1969) comme « *ayant épuisé leurs ovaires, elles ont épuisé leur utilité en tant qu'être humain* » (47).

On ne peut que constater que l'image de la femme jusqu'à la deuxième moitié du vingtième siècle en occident, était réduite à un simple rôle de reproductrice.

I L'histoire des représentations de la ménopause.

Dans l'Antiquité, la cessation des règles s'inscrit dans la théorie des humeurs d'Hippocrate, les menstrues y sont décrites comme un excès de sang que la femme ne peut pas transformer en poils car trop froide, contrairement à l'homme, et qu'elle évacue chaque mois. Le corps féminin est ici imparfait en comparaison à celui de l'homme. La cessation des règles s'explique par le fait qu'au-delà d'un certain âge les femmes sont trop faibles pour expulser le sang. Pour Hippocrate, les effets néfastes de la cessation des règles s'expliquent par leur effet sur l'utérus qui est décrit comme une matrice desséchée qui n'est plus alourdie par l'expulsion du sang menstruel. L'utérus va remonter dans le ventre et se déplacer à la poursuite du sang qui lui fait défaut en attaquant les autres organes. Cette représentation est également reprise au Moyen-Age. (46)

Au siècle des lumières apparaît la notion « d'âge critique ». Cette notion d'âge critique met en parallèle la ménopause et la puberté en tant que périodes de transition. La notion de déséquilibre du corps est perçue comme source de vulnérabilité et de faiblesse englobant les conséquences esthétiques de la ménopause. A la fin du XVIII^e et à partir du début du XIX^e le nombre de publications se multiplie à ce sujet, plusieurs courants de pensées s'affrontent. La ménopause est décrite comme le terrain propice à de nombreuses pathologies : infections, cancers, bouffées de chaleur, hémorragies, affections nerveuses... Cependant apparaît également un courant de pensée notamment cité par Béclard et Maurice Chaslon, qui pensent au contraire que l'arrêt des menstrues est un phénomène bénéfique et marque la période où les femmes ne sont plus soumises « aux vices » de leur appareil reproducteur (48). Est décrite la perte de féminité progressive des femmes ménopausées, et l'exclusion aussi de la sexualité. Une vague puritaine dans les ouvrages médicaux soutient que les femmes qui ont vécu une vie de luxure seront plus durement touchées par les troubles de la ménopause qui sont liés à une vie de péchés. Un autre courant de pensée parle aussi du bouleversement mental en comparant la femme à une enfant. Avec le XIX^e siècle et l'essor de la psychiatrie un lien est établi entre ménopause et maladie mentale dans de nombreuses thèses de médecine.

Les causes de la ménopause ont longtemps été liées à l'utérus, jusqu'au milieu du XIXe où le rôle de l'ovaire dans le cycle menstruel est mis en évidence. Dans l'article de 1900 « *Troubles gastriques de la ménopause et leur traitement* », le Dr Dalché donne deux facteurs étiologiques de la ménopause : l'insuffisance ovarienne et les manifestations congestive de cette phase. Ainsi outre une hygiène de vie stricte, un des traitements des troubles de la ménopause est la saignée pour lutter contre cette congestion.

Histoire de la découverte des œstrogènes et de la progestérone (47) :

En 1930 le laboratoire hollandais Organon et le biologiste Ernst Laqueur découvrent les œstrogènes dans les urines de juments gravides. Le laboratoire met alors cette molécule sur le marché sans en connaître l'utilité pour soigner l'aménorrhée, les ménorragies, la schizophrénie, l'eczéma, les rhumatismes, l'épilepsie, la chute des cheveux, le diabète ou encore l'hémophilie... Finalement c'est à la fin des années 30 que la ménopause sera reconnue comme indication pour le traitement par œstrogène. La progestérone quant à elle a été découverte à la suite des travaux de Fraenkel en 1903 qui a constaté que l'ablation du corps jaune chez la lapine enceinte provoque un avortement. En 1910 Ancel et Bouin constatent que le corps jaune provoque l'apparition de la « dentelle » utérine nécessaire à la grossesse et qualifie cette action de « progestative ». Robert Courrier fait l'expérience d'injecter des œstrogènes seuls sans observer l'apparition de « dentelle » utérine, ce qui suggère la présence d'une autre hormone. En 1929, Allen et Corner injectent de l'extrait de corps jaune privé d'œstrogène à une lapine castrée et obtiennent l'apparition de la « dentelle ». Ils appellent alors cette substance la progestine, qui sera nommée en 1934 Progestérone du fait de sa structure chimique.

II Le traitement de la ménopause

La ménopause est liée à un défaut hormonal et de ce fait on peut la traiter. La ménopause change de statut, elle n'est plus cause des maladies mais elle est une maladie curable. Les prémices du Traitement Hormonal Substitutif (THS) se basent sur l'opothérapie. L'opothérapie se définit comme le traitement par des extraits de tissus, d'organes et surtout de glandes hormonales. (49) C'est Charles-Edouard Brown Sequard au XIXe siècle qui fut l'initiateur du traitement à base d'extraits testiculaires de cobaye et de chien, pour combattre la sénescence, traitement qu'il administra à sa femme. Ces successeurs reprirent sa méthode pour traiter la ménopause. C'est ainsi qu'à la fin du XIXe les femmes sont traitées avec des extraits d'ovaires d'origine diverses (génisses, brebis, vache). Des extraits de glandes sont commercialisés au début du XXe. (50)

Aux USA en 1942 le premier THS est constitué d'un œstrogène combiné équin commercialisé sous le nom de « Premarin® » et est initialement prescrit aux femmes ayant subi une ovariectomie bilatérale. Dans les années 60, l'industrie pharmaceutique prend conscience du potentiel économique du THS et se lance dans une campagne de publicité en vantant les bienfaits du THS de la ménopause, celle-ci étant alors accusée de tous les maux de la vieillesse. Le THS est promu par Robert A Wilson, un célèbre gynécologue New Yorkais, pour rappel l'auteur de *Feminine Forever* (1966). Il s'oppose aux arguments du Pr Lacassagne qui soutient, d'après ses observations sur l'animal, que les œstrogènes sont cancérigènes. Il soutient qu'au contraire l'incidence des cancers chez la femme augmente avec l'âge alors que la sécrétion d'œstrogènes diminue, que la dose d'œstrogènes administrées aux souris était trop importante et qu'on ne peut comparer les extraits ovariens qui étaient utilisés pour les expérimentations aux œstrogènes de synthèse utilisés dans le THS. En 1975 le New England Journal Of Médecine fait paraître des articles alertant sur

l'effet cancérigène des œstrogènes. (51) Plusieurs études le confirmeront les années suivantes. En 1979, aux USA il est recommandé donc de prescrire le Premarin® à la dose la plus faible possible et pour la durée la plus courte possible. A partir de 1975 les ventes vont diminuer, mais il continuera à être largement prescrit jusque dans les années 90.

En France les premiers THS arrivent au début des années 70. Le premier THS en gel (OESTROGEL®) date de 1974. Le premier THS combiné oestroprogestatif (TRISEQUENS®) de 1982 et le premier timbre (ESTRADERM®) de 1987(52). En 1979 est créé l'Association Française pour l'Etude de la Ménopause (AFEM) par le Dr Henri Rozenbaum, actuel président, et dont le premier président a été le Dr Albert Netter. Cette association a pour but d'être l'association française de référence de la ménopause, elle promeut le THS qui connaît un essor en France dans les années 80-90. Il est à noter que le Dr Rozenbaum a aidé à la conception d'une pilule contraceptive biphasique en 1976 ce qui le met en lien avec l'industrie pharmaceutique et notamment le laboratoire Clin-Comar-Byla. (50)

Le traitement de la ménopause est promu. Comme aux Etats-Unis, le THS est présenté non seulement comme une thérapie pour préserver la jeunesse et la féminité mais aussi pour éviter les maladies liées à l'âge comme l'ostéoporose, les maladies cardio-vasculaires, les démences vasculaires ou de type Alzheimer. (53)

En 1991 a lieu la première conférence de consensus de l'ANDEM qui a pour titre « Médicaliser la ménopause ? »(54), le jury répond : « *OUI il faut médicaliser la ménopause et que dans l'état actuel des connaissances, le THS peut être proposé et recommandé mais certainement pas imposé à toute la population.* » Cette décision va alors à contre-courant de la tendance de l'époque qui consiste à dramatiser les effets pathologiques de la ménopause et leur coût social en minimisant les risques et surestimant les bénéfices du THS. La conclusion du jury de la conférence de consensus provoquera de vives réactions notamment de la part de la Société Française de Rhumatologie et de l'AFEM qui projetera d'organiser une « contre conférence de consensus ». (55)

En 2002 suite à la parution des résultats alarmants de l'étude WHI (56–58), l'Afssaps publie un communiqué de presse, rappelant aux prescripteurs d'être prudents en attendant des résultats plus approfondis. L'étude WHI rapporte une augmentation des événements cardio-vasculaires chez la femme en bonne santé dès la première année de traitement. En janvier 2003, paraît une mise à jour de la « mise au point sur le THS » de l'AFSSAPS qui demande de limiter la durée prescription du THS à 5 ans. En décembre 2003 malgré la parution de l'étude WMS, qui alerte sur le potentiel cancérigène du THS (59,60) et suite aux pressions des différents acteurs notamment l'AFEM, l'Afssaps rédige une "Mise au point actualisée sur le THS de la ménopause –Décembre 2003" (61) dans laquelle la durée de prescription limitée à 5 ans n'est plus mentionnée.

En 2004 une audition publique est réalisée par l'AFSSAPS et l'ANAES et confirme les recommandations précédentes : prescription au cas par cas et nécessité d'information des patientes concernant la prescription au-delà de 5 ans. À la suite de cette audition, l'AFSSAPS et les experts de la ménopause dont l'AFEM tombent d'accord pour mener des études concernant les produits français. En effet les études menées aux États-Unis ne peuvent être extrapolée à la France : dans l'étude WHI les femmes sont traitées par une combinaison prise oralement, ce qui n'est pas le cas des femmes françaises traitées par une association d'œstrogène souvent par voie transdermique et de progestérone naturelle. (53)

Trois études ont été menées pour évaluer le THS dans ces différents modes. Elles s'accordent pour suggérer une meilleure tolérance de ces produits. L'étude E3N(62) suggère que le type de progestatif influence le risque de cancer du sein, risque qui serait moindre avec un progestatif naturel. Dans l'étude ESTHER (63), concernant les accidents thrombo-emboliques, les THS les plus sûrs sont ceux associant un œstrogène par voie transcutanée à de la progestérone micronisée ou des dérivés prégnanes, ou chez la femme hystérectomisée de l'œstradiol par voie cutanée seule. Dans l'étude MISSION (64), est étudiée la prise en charge par les gynécologues français au cas

par cas en évaluant la balance bénéfice risque pour chaque femme. A la suite de ces études l'AFSSAPS dans son communiqué de février 2008 ne modifie pas ses recommandations concernant le THS. (65)

Le THS en pratique est proposé en cas de gêne majeure comme des bouffées de chaleur ou une sécheresse vaginale non soulagée par les règles hygiéno-diététiques ou des traitements symptomatiques. Il associe un œstrogène et un progestatif chez les femmes qui ont toujours leur utérus, et un œstrogène seul chez les femmes hystérectomisées, le progestatif ayant pour but de lutter contre la prolifération endométriale provoquée par l'œstrogène seul. Le THS est formellement contre-indiqué en cas d'antécédent personnel de cancer du sein. Les antécédents d'infarctus du myocarde, de maladie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral ou de maladie thrombo-embolique, sont des contre-indications relatives. La dose est à adapter individuellement. Il est nécessaire de réévaluer les contre-indications et les indications du THS une fois par an, à l'aide d'une fenêtre thérapeutique, en diminuant progressivement le traitement ou en le suspendant quelques semaines. Pour les femmes ayant un facteur de risque d'ostéoporose, il est recommandé de faire une ostéodensitométrie, si le T score est inférieur à $-2,5$ les biphosphonates et le raloxifène sont recommandés en première intention, puis le THS en cas d'intolérance à ces traitements. (66) L'œstrogène est administré par voie transdermique car moins thrombogène (63) et le progestatif est de la progestérone naturelle ou proche. Les séquences d'administrations peuvent être discontinues en fonction du désir de la femme de conserver des règles ou non. (67)

Synthèse chronologique

Antiquité – Moyen âge : Théorie des humeurs d'Hippocrate. L'utérus est responsable des maux de la ménopause.

Années 1700 : Apparition de la notion « d'âge critique », marqueur d'une période de transition.

Fin XVIIIe- début XIXe : Différents courants de pensées : terrain propice aux maladies de la vieillesse ou phénomène bénéfique car les femmes ne sont plus soumises « aux vices » de leur appareil reproducteur.

XIXe : lien entre ménopause et maladie mentale.

1816 : Invention du terme Ménopause par Charles Pierre Louis de Gardanne

1820-1830 : Découverte des hormones mâles et femelles par Charles-Edouard Brown Sicard et début de l'opothérapie, traitement par extrait de glandes hormonales.

1942 : commercialisation du premier THS : le Premarin®

Années 1960 : Promotion du THS

1970 : Arrivées des THS en France.

1975 : le New England Journal of Médecine publie des articles alertant sur l'effet cancérogène du Premarin®

1979 : Recommandation aux USA : prescription à la dose la plus basse possible pour la durée la plus courte possible.

1979 : Création de l'AFEM

1980-90 : essor du THS en France basé sur un œstrogène local et de la progestérone naturelle.

1991 : 1^{ère} conférence de consensus de l'ANDEM : Médicaliser la ménopause ?

2002 : Etude WHI : augmentation des événements cardio-vasculaires chez la femme en bonne santé avec le THS.

Janvier 2003 : Mise à jour de l'AFSSAPS : limitation de prescription à 5 ans.

Décembre 2003 : Mise au point actualisée disparition de la limitation à 5 ans.

2004 : Audition publique par l'AFSSAPS et l'ANAES : prescription au cas par cas

Etude E3N : risque moindre avec un progestatif naturel.

Etude ESTHER : l'association des œstrogènes transcutanés et de la progestérone micronisée entraînent moins d'événements thrombo-emboliques

Etude MISSION : évaluation au cas par cas la balance bénéfique/risque de chaque femme.

2008 : Communiqué de l'AFSSAPS ne modifiant pas les recommandations.

Synthèse

Depuis les années 1960 en France, certains éléments de la surveillance gynécologique des femmes ont beaucoup évolué :

- Les techniques de dépistage du cancer du col de l'utérus qui reposaient sur le frottis cytologique sur lame relèvent maintenant de l'auto-prélèvement à la recherche du virus HPV. Son organisation essentiellement de type individuel devient un dépistage organisé ;
- Le dépistage organisé du cancer du sein comporte maintenant plus de clichés et un examen clinique mais peine toujours à supplanter le dépistage individuel d'autant plus que son impact en termes d'années de vie gagnée en bonne santé reste l'objet de nombreuses controverses
- Le traitement hormonal substitutif de la ménopause dont les bienfaits longtemps largement prônés ont été sévèrement critiqués repose la question de la première conférence de consensus organisée en France en avril 1991 : faut-il médicaliser la ménopause ?

Il est indéniable que ces évolutions suivent le fil de la connaissance médicale et donnent lieu à l'élaboration de recommandations officielles parfois contradictoires.

Face à ces injonctions la pratique des médecins généralistes s'adapte au mieux et comporte des aspects de type relationnel abordés par les praticiens interrogés dans ce travail

RESULTATS DES ENTRETIENS

Chez les médecins femmes ayant une pratique de la gynécologie de moins de 50% de leur activité.

I En ce qui concerne le dépistage des cancers gynécologiques :

A Rôle important.

6 des médecins interrogés ont mentionné que le médecin généraliste a un rôle important dont le M8 qui considère que c'est un rôle à part égal avec la sage-femme.

Le M15 considère que le rôle du médecin généraliste vient appuyer le dépistage organisé.

M15 « *Je pense que le rôle du médecin est plus important que la simple lettre, si c'est pas appuyé par derrière, ça a pas une grande grande valeur.* »

B Rappeler

Chez 10 des médecins interrogé le rôle du médecin généraliste est de rappeler aux patientes de faire les dépistages, de vérifier que c'est bien fait, et c'est tout l'intérêt de voir fréquemment les patientes comme le rappelle M8

M8 « *L'intérêt des généralistes c'est qu'en plus on voit quand même les patientes à plein de moment de leur vie donc régulièrement, je veux dire non seulement on est là pour le réaliser mais aussi pour rappeler* »

C Informer, expliquer.

Il ressort chez 6 des médecins interrogé la notion d'information et d'explication du dépistage aux patientes.

Pour le M7 ça peut passer par des affiches.

M7 « *par exemple en mettant des affiches au sein de sa structure* »

1 S'il faut faire le dépistage.

a Rassurer, comprendre le pourquoi des réticences.

Le rôle du médecin généraliste est également de rassurer sa patiente, mais également de s'interroger avec elle du pourquoi elle n'a pas fait son dépistage.

M4 : « *décortiquer un peu leurs résistances si elles souhaitent pas le faire* »

M8 : « *c'est peut être aussi notre rôle quand une femme est en retard sur son dépistage c'est de chercher à comprendre pourquoi, parce qu'il peut y'avoir pleins de raison, elle peut avoir oublié, il peut y avoir d'autres problèmes plus importants dans leur vie et du coup on va être là pour essayer de comprendre avec elle pourquoi elles ont laissé passer le truc, mais sans les juger, parce que justement quand on a une femme qui a eu des problématiques familiales avec son sa conjointe, ses enfants, professionnel etc, etc.. Bah oui peut être que le frottis est passé à la trappe. On est là aussi parce que parfois des femmes qui sont très très en retard dans les frottis c'est peut-être des femmes qui ont été ou qui sont victimes de violence et donc on est là aussi pour repérer ces situations-là* »

b Mais aussi s'il ne faut pas

Pour M8 et M10, il faut aussi leur expliquer quand elles ne rentrent pas encore ou plus dans les recommandations du dépistage.

M8 « *c'est aussi auprès des adolescentes ou des très jeunes femmes et c'est aussi notre rôle de les informer que c'est pas encore le moment de faire du dépistage et que donc si elles tombent sur un*

soignant ou une soignante qui veut leur faire un dépistage trop tôt, faut pas le faire, elles ont le droit de refuser, y a pas de soucis. »

M10 « *Alors y'avait la vieille, enfin plus jeune que moi, « Docteur alors à 65 ans on peut crever, j'ai cotisé, j'ai le droit » alors j'expliquais parce qu'il faut prendre le temps « écoutez le cancer du col c'est pour les femmes jeunes quand même, qui ont beaucoup de rapports sexuels nianiania soi-disant alors qu'à votre âge c'est plus le cancer de l'intérieur de l'utérus alors le frottis va pas le dépister » »*

c Cela passe par une prise en charge personnalisée.

M4, M7 et M8 ont également insisté sur le rôle du médecin généraliste de personnaliser ce dépistage, chez ses patientes dont le médecin généraliste connaît les antécédents et le contexte.

M4 « *et puis aussi essayer de comprendre quand elles ont des réticences, pourquoi elles en ont parce que y a souvent dans ces cas-là derrière, une histoire, une angoisse, on est souvent assez bien placés pour être les détenteurs de toutes ces informations. Parce que je pense qu'avant d'être des médecins généralistes, on est des médecins de famille, on a ce côté un peu global, on connaît les oncles, les tantes, les cousins et donc on a des informations qui sont quand même assez précieuses dans les antécédents etc...[...] Et puis après au-delà du dépistage qui est organisé, je pense que c'est aussi notre rôle de faire un dépistage qui est plus personnalisé, de rechercher des facteurs de risque, de les orienter vers des services d'oncogénétique quand y a vraiment des facteurs de risque important pour qu'il y ai des recherches éventuelles qui soient faits. »*

M7 « *ensuite de le faire de façon individuelle en face à face avec les patients »*

D Faire le geste ou le prescrire.

Pour 10 des médecins leur rôle était de faire le geste (Frottis cervico-utérin, palpation des seins) ou de le prescrire (Frottis cervico-utérin ou mammographie).

1 Dans un cadre connu.

M8 insiste sur le côté rassurant du cabinet médical qui est connu des patientes.

M8 « *pouvoir justement leur proposer un cadre qui les rassure, elles connaissent le cabinet médical »*

2 Rattrapages de femmes non suivies.

M9 et M11 insistent sur le fait que grâce au médecin traitant il est possible de rattraper le dépistage de certaines patientes.

M9 « *Donc moi ça m'est arrivé deux trois fois de faire des frottis à des femmes qui en avaient pas eu depuis 10 ans. Dont une je m'en souviens encore, qui m'a apporté des fleurs en me disant, « grâce à vous on a détecté quelque chose. Je ne l'aurais fait si vous aviez pas insisté pour le faire vous-même ! Vous m'auriez envoyé chez quelqu'un, je l'aurais pas fait » »*

M11 « *après si c'est pas fait, tu t'aperçois que le frottis ça fait plus de 5 ans, qu'il y'en a toujours pas bah y a un moment faut ptet leur bloquer un rendez-vous sur ton agenda en leur disant, qu'à un moment c'est ptet important de le faire. »*

3 FCU geste facile

D'autant que M9 et M15 considèrent le Frottis comme un geste facile, même si M15 ne le pratique pas encore.

M9 : « *Donc je me dis qu'un frottis c'est quand même pas super compliqué, ça prend un peu de temps, faut le faire gentiment mais c'est pas super compliqué. Je pense que ça c'est super important. »*

M15 : « *Du moment que les actes enfin tu vois, d'ailleurs ma remplaçante a décidé d'apprendre à faire les frottis, c'est vrai que c'est pas grand-chose, peut être que ça complèterait ma casquette d'aide gynécologue. »*

E *Le dépistage du cancer du col de l'utérus*

1 *Nouvelles recommandations*

a *Simplification*

Pour les M4, M8 et M10 ça va permettre à terme de simplifier le dépistage à terme en l'espaçant.

M4 « *mais en soi je pense que c'est une bonne chose une fois que ça aura été mis en place et qu'on aura pris nos habitudes, ça va permettre d'espacer le dépistage pour les femmes de plus de 30 ans qui sont HPV neg »*

M8 « *Et après sur le fait que les recommandations aient changé, clairement ça va plus dans le sens de la facilité, y a un examen qui est moins intrusif pour les patientes, ça a lieu moins souvent »*

M10 « *Ouais, les délais sont un peu longs à mon avis mais c'est vrai qu'avec le test HPV finalement, toutes celles qui ont eu quelque chose c'était ça hein c'était le papillomavirus, mais en 1978 j'avais jamais entendu parler de ça. Je faisais des frottis tous les ans à l'époque. On m'avait dit tous les ans. Après ça a été suivant les recommandations tous les 2 ou 3 ans je me souviens plus. 3 ans c'était à un moment donné oui. »*

b *Complexification*

Même si pour le moment pour M4 les diverses possibilités complexifient le dépistage.

M4 « *nous ça a pas mal modifié, alors en terme technique le prélèvement ça change pas grand-chose, en terme de gestion des papiers, du labo, maintenant il y a 10 façons différentes de prescrire le frottis en fonction de l'âge de ce qu'elles ont fait avant, des antécédents, des machins, donc ça complexifie un peu ça »*

c *Période de transition*

Pour le moment la mise en place se fait doucement le temps de faire la transition avec les nouvelles recommandations.

M3 « *là on est quand même dans une période un peu de transition, c'est-à-dire ce que les recos de la HAS nous préconisent de faire et ce qu'on peut faire en pratique on y est pas tout à fait. »*

M8 « *après je galère un petit peu avec celles qui avaient moins de 30 ans quand on a fait le dernier frottis y a 1 an qui du coup là elles arrivent, donc on est un peu en période de enfin... celle qui sont juste avant et après 30 ans, qui avaient eu des frottis avant après on est un peu en truc d'adaptation, « alors en fait on avait dit qu'on se revoyait mais finalement en fait y a pas besoin de se revoir » Donc c'est un peu la période de transition, donc c'est un peu comme quand on change de calendrier vaccinal y a un peu la période galère où on s'adapte. »*

2 *Dépistage organisé*

a *Avantages*

(1) *Uniformisation des pratiques.*

M2 soulignait que l'hétérogénéité en termes de pratique des frottis était une cause de non-adhésion au dépistage.

M2 « *Parce que moi j'ai connu le temps où c'était frottis tous les ans, et vous avez encore énormément de spécialistes gynéco qui font systématiquement tous les ans un frottis à leurs patientes. Donc entre ceux qui sont encore à tous les ans, et moi j'étais encore étudiante quand ça a été remis en cause, et on avait dit c'est tous les 2 -3 ans une fois qu'on a deux résultats sans*

problème, donc y a encore ce côté-là et puis certaines patientes du coup, vous savez quand on a deux sons de cloches c'est plus facile de carrément prendre le biais et puis voilà se dire « ah bah non, moi je fais pas le frottis ». »

M2 et M10 suggèrent que le dépistage organisé devrait entraîner une uniformisation des pratiques.

M2 « *C'est un examen qui est pas très très facile à faire chez beaucoup beaucoup de patiente donc, je veux dire, le faire trop souvent ça a pas tellement d'intérêt. Et puis voilà. Donc va vraiment falloir qu'il y ai des choses très claires, qu'il y ai une uniformisation de la façon de faire les frottis, pas tous les ans, sauf indications particulière et là la patiente, elle le sait. »*

M10 « *donc ça c'est bien parce qu'on sait que du coup y a 50% des femmes qui se font dépister trop souvent et 50% qui le sont pas assez pour le coup enfin j'exagère. »*

(2) Rattrapage

(a) Des patientes

M4 a constaté avoir rattrapé certaines patientes grâce aux convocations, et M11 pense que c'est l'objectif du dépistage organisé.

M4 « *avec les convocations qui ont été envoyés j'ai rattrapé des patientes qui effectivement avaient pas fait depuis longtemps »*

M11 « *mais si ça permet de rattraper je pense que c'est très bien. »*

(b) De certains médecins

Pour M17 cela permettra également de rattraper les patientes suivies par des médecins moins attentifs au dépistage.

M17 « *Parce que je sais aussi qu'il y a un terrain de médecin qui sera peut-être un peu moins vigilant pour la modalité de prévention »*

(3) Multiplication des interventions.

Pour M17, le courrier du dépistage organisé vient appuyer l'information donnée par le médecin traitant.

M17 « *donc ça peut être une manière d'approcher les femmes sur l'information, ou la redite de l'information et c'est « ah oui mon médecin m'en avait parlé » et c'est bien de multiplier les interventions. »*

(4) Sentiment positif

M1, M3, M4, M7, M8 et M11, ont souligné leur enthousiasme concernant ce dépistage.

(a) Efficacité démontrée contrairement au dépistage du cancer du sein

M8 a souligné que c'était un dépistage ayant fait preuve de son efficacité, et qu'il était donc une bonne chose d'en faire un dépistage organisé.

M8 « *Bah du coup dans la mesure où pour l'instant, le dépistage du cancer du col a fait ses preuves comme diminuant la mortalité par cancer du col de l'utérus, je trouve que c'est quand même une bonne chose de faire un dépistage organisé, ce qui est par exemple pas le cas de la mammographie. »*

b Difficultés

(1) Flou actuel dans la mise en place.

Pour le moment la principale difficulté réside dans la mise en place au moment où je les ai interrogées 7 médecins m'ont signalé qu'elles n'avaient pas eu les informations concernant le déroulement du dépistage organisé.

c Auto-prélèvement test HPV

(1) Amélioration du dépistage

9 médecins ont exprimé qu'il serait vecteur d'une possible amélioration de la participation au dépistage au moins dans une partie de la population.

(a) Surtout chez les jeunes

Pour M2, M10, M15 et M17.

M10 souligne que cette population est plus à l'aise avec son corps. M15, M2 et M17, qu'elles ont moins l'habitude de consulter.

(b) Surtout chez les femmes mal à l'aise avec l'examen gynécologique

Pour M4, M7 et M8.

(c) Chez les femmes qui ne sont pas suivies en gynécologie

Comme souligné précédemment par M2, M15 et M17 chez les jeunes, M17 en fait une généralité pour les femmes qui ne consultent pas en gynécologie.

(d) Alternative au frottis.

Pour M6 et M8. M8 souligne d'ailleurs que la multiplication des méthodes de prélèvement est une bonne chose.

M8 « *Plus sérieusement, je pense que c'est bien parce que plus on a un éventail qui est large de mode de prélèvement et mieux c'est.* »

(2) Laisser le choix à la patiente

Pour M3, M7 et M9 on peut proposer à la patiente de le faire ou la laisser le faire elle-même.

M3 « *et ensuite le médecin propose, « est ce que je vous le donne et vous le faites vous-même ? Est-ce que vous voulez que je vous le fasse ? » Moi je trouve que qu'elles aient le choix c'est pas mal, tout le monde n'est pas forcément à l'aise à se mettre un coton tige dans le vagin et donc ça laisse cette alternative et je suis sûre que ça permettrait de cribler beaucoup plus de personnes.* »

M7 « *Soit c'est le praticien qui le fait soit c'est la patiente qui le fait en auto-prélèvement vaginal, toute seule.* »

M9 « *Voilà, ouais, alors c'est peut-être ça qu'il faut dire aux gens : « je vous le donne, si vous vous sentez pas de le faire, je le fais, moi » Là ça me semble rattrapable.* »

(a) Autonomisation des femmes

M17 trouve que c'est une bonne chose d'autonomiser les femmes.

(b) Certaines femmes mal à l'aise

M8 et M9 pensent que certaines patientes auront du mal avec l'auto-prélèvement.

M8 « *je sais que j'ai des patientes qui vraiment sont pas à l'aise avec l'auto-prélèvement* »

M9 « *Alors je pense qu'il faut que la femme connaisse suffisamment son corps, parce que c'est comme de mettre un tampon en fait ? ça va faire ça ? Je pense que ça va être un coton tige. Ouais, alors pour celles qui peuvent pas mettre un tampon c'est pas possible y'en a un certain nombre pour lesquels ça va pas être possible.* »

(3) Nécessiter d'expliquer

Le rôle du médecin est d'expliquer au patient comment faire ce prélèvement.

M9 « *il me semble que si on veut que ça soit correctement fait il me semble que ça va prendre du temps de consultation, ça peut pas être fait « je vous donne une enveloppe, aurevoir ». Et du coup ça veut dire quoi, qu'on va devoir nous faire une consult de plus pour ça ? Donc ça va nous retomber dessus en termes de temps. Parce que moi je vois les hemoccult, y a des gens qui travaillent à la défense je leur dis « bah je vous donne juste l'enveloppe et je vois sur leur tête « ah bon ? » J'ouvre l'enveloppe je prends l'étiquette, je colle l'étiquette, je leur montre où c'est, je leur explique, « vous mettez ça dans la cuvette, machin, vous frottez, vous remettez là » ça m'a pris plusieurs minutes et c'est pas un prélèvement compliqué, vous frottez des selles, vous remettez le bâtonnet dans le pot et c'est tout, voilà. Euh je sais pas. Après j'imagine que s'ils ont proposé des auto-prélèvement c'est qu'ils ont déjà dû essayer avec des femmes et que ça doit aller. Je sais pas du tout. »*

(a) Facilité technique ?

M17 s'interroge sur la facilité du prélèvement.

« *Y a toujours la question de : est-ce que la technique est facile, comme pour le prélèvement chlamydiae et gonocoque »*

(4) Dommage de faire sans la consultation gynécologique

Se pose la question de l'absence de consultation gynécologique et d'examen clinique pour M11 et M17.

M11 « *Est-ce que ça va pas justement baisser le côté qualitatif aussi de l'examen gynéco qui est toujours intéressant je trouve. Je trouve qu'il y a l'interrogatoire, et il y a aussi le contact avec les patients, de poser des questions, si y a des douleurs, s'il y a un vaginisme de savoir si parfois y a un traumatisme, enfin je trouve que l'examen clinique nous permet de dévoiler un petit peu. »*

M17 « *Et puis l'examen clinique c'est vrai qu'il est quand même... Est-ce qu'il est important ou pas... C'est la grande question à se poser. Si on découvre quelque chose à l'examen clinique, des leucorrhées pathologiques qu'on aurait pas vu, du coup faut ouvrir un autre champs, bon. Faut réfléchir... »*

(5) Quid de la suite ?

M1 et M7 s'inquiètent de savoir comment se passera la suite du suivi en cas de positivité du test.

M1 « *enfin si les examens qui sont déclenchés par ça sont bien fait par la suite »*

M7 « *Le problème c'est ce qu'elles en font après quand le test est positif, c'est les suites de la prise en charge. Les faire rentrer dans un parcours c'est tout de suite compliqué donc oui c'est bloqué à un certain niveau du parcours. Il y a pas que la mise en place du dépistage il y a aussi ce qu'on en fait après, et si les patientes ensuite elles suivent après »*

(6) Fiabilité ?

M1 et M9 s'interrogent également sur la fiabilité d'un test effectué par les patientes elles même ainsi que sur ce que ça implique pour M9 pour les patientes.

M1 « *faut voir la fiabilité »*

M9 « *Je pense que c'est quand même très différent de dire à une femme : « palpez-vous les seins et si vous sentez quelque chose allez voir le médecin. » et que le médecin va prescrire une mammo et c'est lui qui va vous prendre en charge. Que de dire « faites vous-même un examen, vous savez pas s'il sera bien fait et que vous aurez le stress de porter ça sur vos épaules » Enfin je sais pas. »*

(7) Manque d'information des médecins à ce propos.

M1, M3 et M17 soit ne savaient pas pour M1 et M17, soit pour M3 se pose la question de l'organisation qui va en découler.

M3 « *On n'a pas encore ce truc de kit d'auto-prélèvement HPV qui est quand même assez pratique. Enfin on a du mal à savoir, y a une reco, ça se met pas vraiment en route, on sait pas pourquoi, on sait pas si c'est la sécu qui envoie pas encore les kits ou nous si on va avoir les kits un jour, ou bien si c'est les labos qui s'adaptent pas parce que les labos continuent à faire des frottis, je trouve que la reco elle est maligne [...] Oui après y a toujours une question que je me pose encore c'est qui va donner... Enfin pour le dépistage du cancer du côlon je trouve ça bien que les patients aient à venir et qu'on leur donne le kit. L'auto-prélèvement, c'est bien qu'elles le fassent elle-même si elles sont d'accord, sinon on peut leur faire, mais du coup je me pose la question de... est ce qu'il faut qu'on leur envoie le coton tige chez elles ou est ce qu'on leur envoie un courrier de « allez chez votre médecin » »*

d Les populations défavorisées.

(1) Ne savent pas

M3, M4 et M17 ne savent pas si ça va améliorer le dépistage

(2) Amélioration du dépistage.

Pour M7, M11 et M15 il peut y'avoir une amélioration du dépistage des populations défavorisées grâce au dépistage organisé.

(3) Pas d'amélioration du dépistage.

Pour M1, M2, M6, M8 le dépistage organisé n'améliorera pas le dépistage pour diverses raisons.

(a) Illettrisme

Pour M2 et M4

(b) Le fait que le dépistage ne soit pas une priorité dans ce contexte.

M1 « *s'ils ne sont pas préoccupés par autre chose et que ça passe au second plan quoi.* »

(c) Par leur compréhension du système de soins.

M8 « *Population défavorisées je suis pas certaines parce que là je pense que c'est vraiment une histoire de connaissance et d'accès au système de soin, et d'intelligibilité du système de soin. [...] que ce soit en auto-prélèvement ou en frottis il faut quand même avoir l'habitude de voir des soignants, faut quand même aller au laboratoire ou aller chez le médecin, si elles y vont déjà pas de base, enfin voilà.* »

M15 « *Oui, oui un peu, mais pas autant que le médecin quand même, parce que je pense que les lettres qu'on reçoit chez des gens qui comprennent pas tout, si y'en a qui font attention, y en a qui font pas.* »

F Proposer la vaccination HPV.

La vaccination fait partie du rôle du médecin traitant, comme le soulignent M3 et M10.

M3 « *pour la vaccination, j'en parle, alors là on parle gynéco donc je parle que des petites filles, j'en parle systématiquement aux parents et aux filles quand elles rentrent au collège à peu près, j'ai du mal à en parler fin primaire même si on pourrait le faire, mais pour moi c'est un peu mal vu, voire parfois j'en parle aux parents si on a le temps, mais pour moi c'est l'entrée au collège où je l'aborde.* »

M10 « *Si on prend les jeunes par exemple, les jeunes c'est derniers temps c'était la vaccination, papillomavirus etc..* »

II **En ce qui concerne la ménopause :**

A *Rôle du médecin généraliste*

M3 « *Mais j'aurais tendance à dire que pour moi hors contexte un peu particulier, comme des ménopauses précoces où y a des choses un peu spécifiques à surveiller, on est dans du suivi et de la prévention de donc c'est du recours au médecin généraliste à partir du moment où il se sent de le faire* »

1 *Ecouter*

Pour 7 des médecins interrogés, le rôle du médecin généraliste est d'écouter, le simple fait d'écouter et d'entendre la plainte de la patiente peut contribuer à améliorer son vécu de la ménopause. Ne pas négliger le soutien psychologique dans la prise en charge de la ménopause.

M17 « *Je trouve que déjà d'écouter, de reconnaître, ça permet que la personne se sente un peu soulagée et puis après bah on réfléchit sur les options thérapeutiques au sens large.* »

M6 « *qu'il faut rester à l'écoute des plaintes des patientes parce que pour certaines ça peut être un moment qui est très difficile à passer. Et euh donc c'est, je pense que même si on mettait en place un THS il faut être très à l'écoute et être très vigilant pour voir s'il y a pas un certain nombre de traitement mis en place, des problèmes locaux qui font que elles vont avoir une activité sexuelle qui va baisser, ce qui va avoir aussi un impact sur leur moral et sur leur couple, donc je pense que c'est, le médecin généraliste doit vraiment être là, à l'écoute, qu'il intervienne médicalement ou pas. Qu'il y ai un soutien psychologique* »

2 *Expliquer, éduquer*

Pour M1, M4, M11 et M15 le rôle du médecin est notamment un rôle d'information et d'explication.

3 *Prévention*

a *Examiner*

M1 rappelle de ne pas négliger l'examen clinique de la femme ménopausé.

b *Dépister/ y penser*

M3, M8 et M9 pensent que le rôle du médecin traitant est de les dépister, faire un point, ne pas négliger le suivi gynéco et les dépistages.

M3 « *pour les troubles de la ménopause, pareil je leur demande si leurs cycles sont réguliers si elles en ont, si elles sont ménopausées je leur demande depuis quand et je leur demande si elles ont déjà fait un traitement, si elles ont eu des symptômes* »

M8 « *je pense qu'on est en première ligne, parce que de la même façon on voit les femmes pour pleins de motifs et que c'est un peu l'occasion de dépister ces troubles-là, liés à la ménopause* »

M9 « *je lâche pas les frottis et mammo, c'est vrai que voilà quand y a des infections urinaires à répétition* « *Qu'est ce qui se passe ?* » *enfin c'est plutôt, mais ça je pense que c'est comme dans les autres spécialités c'est à la fois les gens ils viennent pour ça sans avoir réalisé que c'est ça le problème mais on peut leur dire* »

(1) *Penser à l'ostéoporose*

Parmi ces troubles M4, M8 et M10 soulignent l'importance de la recherche de facteur de risque d'ostéoporose.

(2) *Sexualité*

M2 et M8 pensent également aux problèmes locaux qui pourraient avoir une incidence sur la vie sexuelle de la patiente.

4 Pallier l'absence du gynécologue

M9 et M10 pensent que le médecin généraliste doit se substituer au gynécologue quand celui-ci est difficile d'accès ou que la prise en charge de la femme ménopausée ne l'intéresse plus.

M9 « *puis y a celles qui savent bien qu'elles sont ménopausées et qui ont envie d'avoir un suivi dans ce cas-là elles vont voir leur généraliste plutôt que de voir leur gynéco parce que c'est plus simple aujourd'hui.* »

M10 « *la ménopause, ça intéresse pas beaucoup les gynécos de ville enfin de ville, de clinique je parlais, parce que nous on avait beaucoup la clinique de Cormeilles. Donc on sentait bien que la ménopause ça les intéressait pas beaucoup.* »

B Certains sont à l'aise

Certains des médecins interrogés ont déclaré être à l'aise comme M4 et M15

1 Plus à l'aise de l'avoir vécu

M15 a déclaré qu'il était d'ailleurs plus à l'aise en étant déjà passé par cette étape.

M15 « *moi qui ai passé cette phase, je pense que quand on a passé quelque chose, on est plus à l'aise pour en parler, pour dédramatiser, pour accompagner, trouver des petites solutions s'il y'en a, des solutions plus importantes si c'est leur souhait. [...] On est plus à même de leur expliquer comment ça se passe. Quelles sont les précautions à prendre, à surveiller.* »

2 Plus de clarté dans la prise en charge.

M11 trouve que les recommandations sur les traitements sont plus claires qu'il y a 5-6 ans.

C Certains sont moins à l'aise

M1, M3, M7, M8, M17 signalent être moins à l'aise dans la prise en charge de la ménopause

1 Peu confronté

a Patientèle jeune

M6 signale y être peu confronté dans sa patientèle.

2 Manque de formation

M3, M7 et M8 se disent mal formées.

D Pensent que ce n'est pas une pathologie

M7 et M8 suggèrent que la ménopause n'est pas une maladie.

M7 « *Après j'ai aussi une opinion assez particulière, je me demande si c'est une pathologie finalement la ménopause, est ce que c'est pas juste l'évolution physiologique du corps d'une femme, comme l'andropause, ou le vieillissement naturel voilà. Donc je sais pas vraiment s'il faut en faire une pathologie.* »

M8 « *La limite étant à faire avec le Disease mongering et de se dire qu'on est pas non plus en train de créer une maladie parce qu'à l'inverse y a des femmes qui ont des petits troubles du climatère et qui sont pas du tout gênées* »

E Ne le dépiste pas systématiquement

D'ailleurs M7 ne sait pas si elle le dépiste systématiquement et M17 se demande s'il faut le dépister.

M7 « *je sais pas si je le dépiste systématiquement je sais pas si j'en parle systématiquement* »

M17 « *après est ce qu'il faut aller les chercher spontanément, point d'interrogation* »

F Traitements

1 Traitement non hormonal

a Règles hygiéno-diététiques

M10 et M11 parlent en premier lieu de règles hygiéno-diététiques.

M10 « *Le sport aussi, le tabac. Donc c'est l'hygiène de vie.* »

M11 « *après de travailler sur la prise en charge globale, qui est aussi l'alimentation, le sport, le bien être psychologique de cette période-là de la femme où c'est quand même pas évident* »

b Traitement symptomatique

M6, M7, M11 et M17, parlent de traitement symptomatique, non hormonaux, que ce soit homéopathie, phytothérapie, méditation, acupuncture...

G Traitement hormonal substitutif

1 Informer la patiente

Pour M1 et M6 il faut informer les patientes sur le THS.

M1 « *qu'on sache les informer et leur dire que le traitement ne sera pas ad vitam aeternam* »

2 Non prescription

M6 ne le prescrit pas.

3 Ne pas précipiter la prescription

D'ailleurs certains médecins repoussent la prescription comme le soulignent M1, M6 et M9.

M9 « *je suis pas très, très traitement chimique, j'essaye toujours les autres avant sauf quand il y a une forte forte demande.* »

4 Eviter les traitements trop longs

M6 parle d'éviter les traitements trop longs pour les troubles liés à la ménopause.

5 Adapter le traitement

Pour M4.

M4 « *je peux aider à adapter le traitement, accompagner le sevrage* »

a Vérifier les indications

M8 « *Et puis sur les troubles du climatère, enfin vraiment sur les bouffées de chaleur, voir si y a besoin de mettre en place un traitement hormonal.* »

M10 « *Soit le traitement hormonal était indiqué soit il était pas indiqué.* »

b Vérifier les contre-indications

M6 « *Et puis de voir en fonction des antécédents, est ce qu'il faut le prescrire, est ce qu'il faut pas le prescrire.* »

M11 « *pas prendre de risque sur les traitements hormonaux.* »

6 Difficultés

Le fait que les médecins généralistes ne prescrivent pas ou repoussent vient peut-être du fait qu'elles ne sont pas très à l'aise avec le traitement hormonal, même si elles peuvent s'en sortir.

M3 « *l'autre jour une patiente qui est venue me voir pour ça, bon bah je me suis remis le nez dans mes cours, les reco etc et je me suis pas dit que je devais forcément avoir recours à un gynécologue,*

je savais globalement qu'il fallait que j'adapte des dosages de machins, vérifier qu'il y avait pas de contre-indications, j'ai revu avec la patiente, c'est des choses que je manipule par très bien mais enfin je pense qu'à partir du moment où on connaît les contre-indications et les indications je pense que le médecin généraliste peut gérer ça et s'il s'en sort pas, il adresse au gynécologue. »

M7 « *Je suis pas très à l'aise avec tout ce qui est hormonothérapie, à cause des effets indésirables que ça peut avoir, et puis en tout cas j'ai en tête que les symptômes finissent par disparaître en quelques années. »*

III En ce qui concerne la formation du médecin généraliste :

A Volonté de se former

1 Pour améliorer le suivi, aller plus loin

M1, M4, M7, M8 et M15 ont évoqués une envie de se former. Pour M4 et M8 le fait se former a été une évolution dans sa carrière laissant de plus en plus de place à la gynécologie.

M4 « *Bah mon rôle il a évolué avec mes formations où au fur et à mesure j'ai été de plus en plus loin dans mes suivis parce que je me sentais de plus en plus à l'aise et de plus en plus à ma place au fur et à mesure de mes formations »*

M8 « *Alors moi ça a évolué parce qu'au début par exemple, je posais pas les DIU et ensuite je me suis formée, je les ai posé, je faisais pas les IVG, je me suis formée, maintenant je le fais. J'ai augmenté en compétence, donc mon offre de soin, elle a augmenté. »*

2 Manque de formation

M1, M2, M3, M7 et M15 estiment manquer de formation

a Pour certains gestes

Notamment pour les gestes, selon M2, M7, M15

b Pour la ménopause

Comme cité dans la partie précédente.

B Pas toujours l'envie de se former

Au contraire certains médecins généralistes ne vont pas forcément avoir envie de se former pour aller plus loin.

C Nécessité d'une base.

Cependant 4 médecins ont souligné la nécessité d'une base minimale à avoir en gynécologie pour le médecin généraliste.

D Réforme de l'internat

1 Bonne idée

Pour 8 des médecins interrogés c'est une bonne idée.

2 Logique par rapport à l'évolution de la profession

Qu'ils estiment logique par rapport à l'évolution de la pratique en médecine générale pour M4, M7, M11 et M17.

3 Dommage d'obliger

Le revers est que pour M2, M9 et M17 c'est dommage d'obliger des médecins qui n'ont pas envie de faire de gynécologie à passer 6 mois en gynécologie.

M9 « *Moi je trouve que c'est un peu un constat d'échec pour les études, c'est-à-dire que soit les médecins sont correctement formés à être médecin généraliste et on a pas à les obliger, ils ont*

chacun à savoir où est ce qu'ils veulent aller, encore une fois, quelle type de médecine générale ils veulent faire »

M17 « *Après on peut ne pas avoir envie d'en faire aussi, si on a pas envie de faire de gynéco, y a toujours moyen de pas en faire et dans ce cas-là se faire imposer 6 mois de gynéco, bon. »*

a Au détriment du reste

M2, M9 et M10 déplorent que cela se fasse au détriment d'autres spécialité.

M2 « *l'imposer à des gens qui de toute façon ne feront jamais de gynéco et bien en fait, c'est pas plus indispensable que la diabéto j'allais dire. Au niveau des populations de pourcentages, même si la gynéco c'est 50% de la population, je veux dire c'est pas quelque chose qui prend un temps immense, voilà ! Donc obliger des internes qui n'aiment pas du tout faire ça à l'avoir sur leur plaquette de formation, je suis sceptique. »*

M9 « *Moi je trouve que, ça me semble, moi je trouve que soit on prend toutes les spécialités et on fait 40 ans d'études et il faut faire toutes les spécialités à l'hôpital parce que le généraliste peut répondre à tout. De toute façon c'est utopique, on pourra pas répondre à tout, on est juste des êtres humains. Et là où je dis que c'est un constat d'échec c'est que ça veut dire qu'il y a pas assez de gynéco. Pourquoi en gynéco et pas en rhumato dans ce cas-là, pourquoi pas la gériatrie ? Vu le nombre de personnes âgées qu'on va avoir à soigner, pourquoi il ne faut pas obligatoirement passer en gériatrie ? ça serait même plus logique »*

M10 « *Ah bah c'est dommage faut faire des stages de tout en médecine générale, faut faire des stages de cardio et rhumato. »*

4 Privilégier les terrains de stage adaptés

M3, M7, M8 et M9 mettent l'accent sur le terrain de stage qui n'est pas toujours, voir fréquemment peu en rapport avec la pratique du médecin généraliste par la suite.

M3 « *Là où je suis mitigée c'est sur les terrains de stage qu'on propose derrière, c'est-à-dire qu'en tant que médecin généraliste aller faire 6 mois aux urgences gynéco franchement c'est débile, y a zéro supervision, on fait que de la GEU et des fausses couches, enfin à aucun moment aux urgences gynéco on va aller poser un stérilet, un implant, proposer une contraception, se poser et peut être prendre le temps et le recul de comment on interroge nos patientes. Je pense qu'on a même pas le choix de comment on les examine, de toute façon c'est table, étriers et point barre. Et donc je pense que ce genre de stage malheureusement peut même mal apprendre la gynéco [...] faudrait vraiment privilégier les plannings familiaux, les stages ambulatoires ou les stages mixtes où on pourrait faire à la fois un peu de mater, les consultations de gynéco, un peu d'urgence. »*

M7 « *après ça dépend où on vous met en stage, est ce que soit vous faites des consultations de gynéco qui vont ressembler à des consultations que vous allez faire en ville, soit on vous met en salle de naissance pour palier à un manque d'effectif auquel cas, bah vous allez jamais accoucher personne dans le cabinet, en tout cas j'espère pas... »*

IV En ce qui concerne la place du médecin généraliste dans la prise en charge gynécologique :

A Organisation du suivi

1 Consultations dédiées

M2, M4, M10, M11 et M17 préfèrent avoir des consultations dédiées à la gynécologie.

M2 « *Moi je leur dis « j'ai qu'une tête et deux bras », je peux pas m'occuper d'un autre problème, donc c'est pas j'ai 39 de fièvre et j'ai un syndrome ORL et puis en plus bah il faudrait me faire le*

frottis. Moi je refuse de travailler comme ça, en général je leur dis « la consultation gynécologique c'est un temps bien précis y a des choses bien précises à faire, je peux pas l'insérer dans une autre consultation ». »

M11 « moi je suis très sévère c'est que quand ils viennent pour de la gynéco on fait de la gynéco, et quand ils viennent pour de la médecine générale, on fait de la médecine générale. Je distingue les deux sinon c'est des consultations à rallonge et on perd l'aspect qualitatif. »

a Suivi approfondi

Ces consultations permettent de faire le point sur tous les antécédents gynécologiques

M4 « si elles disent qu'elles ont pas de suivi etc, dans ce cas-là je reprogramme une consultation allouée où là je refais un point qui est purement gynécologique et dans la mesure du possible, j'essaye de séparer mon suivi gynéco de la médecine générale, parce que j'ai du mal à faire les deux en parallèle et que comme j'essaye de faire des consultations de gynécologie qui sont assez approfondies, je préfère avoir la durée de la totalité de la consultation pour ensuite pouvoir faire le point sur tous leurs antécédents »

b Temps adapté

M1 et M10 adaptent la durée de leur consultation pour la gynécologie avec des créneaux plus longs.

2 L'utilisation du logiciel métier

a Utilisation de rappels et affichage des antécédents

Pour M1, M4, M6, M7, M9 et M10 et M11, le suivi passe par un affichage dans le dossier médical de la patiente et/ou des rappels via le logiciel métier.

3 Fonction de santé publique

Chez 10 des médecins interrogés revient l'importance de s'assurer du suivi en gynécologie et que ce suivi soit bien fait, que ce soit pour le proposer ou de s'assurer qu'il soit au moins assuré par quelqu'un.

a Poser la question

Et cela passe par le fait de poser la question systématiquement pour 6 d'entre elles car les patientes n'en parlaient pas forcément systématiquement.

M9 « je suis assez systématique et je pense vraiment que ça doit faire partie de l'interrogatoire d'une première fois quand on voit une femme c'est « Qui vous suit ? êtes-vous suivie et où en êtes-vous ? » »

B Concernant le suivi :

1 Les patientes n'en parlent pas spontanément

M7, M8 et M15 constatent que les patientes qu'elles ne suivent pas en gynécologie ne leur parle pas de ce suivi spontanément.

M8 « Non pas spontanément, c'est moi quand je fais une ouverture de dossier et que je demande sur le plan gynécologique »

M15 « Si quand on pose la question en gynécologie, mais faut qu'on leur demande, elles posent pas toute seule, faut qu'on leur pose la question. »

2 En parlent quand on les y invite

Mais elles en parlent quand on leur pose la question pour M7 et M8.

M7 « au début des consultations je demande tout le temps, du coup c'est là qu'elles me parlent de leur suivi gynéco. Et sinon c'est comme je le disais, si c'est moi qui les aie adressées pour le suivi gynéco, c'est à la consultation d'après que je repose les questions. »

M8 « c'est moi quand je fais une ouverture de dossier et que je demande sur le plan gynécologique à quand remonte le dernier frottis et qui est la personne qui fait le suivi, c'est là qu'elles me disent « ah bah oui je suis suivie par tatata... » »

3 Informer que le suivi par le médecin généraliste est possible

M3, M8, M9 et M17 informent leurs patientes de la possibilité de suivi par leur médecin traitant soit au cours de la consultation, soit via leur fiche internet.

M3 « je leur dis que si elles veulent venir me voir c'est possible, qu'elles prennent bien rendez-vous en gynécologie quand elles prennent rendez-vous avec moi »

M9 « soit c'est moi qui leur dis parce que je leur pose la question de savoir où ils en sont et alors ils posent la question « mais est-ce que vous, vous le faites ? » et je dis oui. »

M17 « parce que moi en les interrogeant dans les antécédents où je prends toujours en considération les antécédents gynécos je leur dis que je peux assurer le suivi. »

M8 « Oui alors d'abord parce que c'est dans ma fiche doctolib donc elles le savent, euh on a affiché dans la salle d'attente des exemples de tarification du coup pour avoir un peu plus de visibilité on a noté le prix d'un frottis, le prix de la pose le retrait d'implant, de DIU ce genre de chose. Et puis pareil, y a la description doctolib puis quand on sélectionne le motif de consultation y a le motif de consultation : consultation de suivi en gynécologie. Du coup elles savent, enfin elles attendent en tout cas elles savent que je peux faire leur suivi gynéco »

4 Laisser le choix aux femmes

Pour M11 il est important de laisser le choix aux femmes de leur suivi, qu'elles aient la liberté de choisir quel professionnel va assurer ce suivi.

M11 « du coup de leur laisser la liberté de choisir qui ils veulent pour le suivi gynéco. [...] je suis en train de monter une maison de santé euh après ce que je veux dire c'est que globalement ça changera ma vision des choses dans le sens où la gynécologie prendra une place différente parce qu'il y aura des sages-femmes avec nous et voir aussi comment, enfin limite ça donnera encore plus de liberté aux patients de pouvoir faire ce qu'ils veulent en fait. »

5 Certaines patientes viennent en attendant un suivi gynécologique

Certaines patientes de M3, M9 et M17 viennent en connaissance de cause.

M3 « Y a celles qui viennent pour ça, donc qui viennent me voir parce que je fais du suivi gynéco »

M9 « alors soit ils savent que j'en fais un donc ils l'attendent »

M17 « En fait c'est pas comme ça que ça se présente, objectivement c'est soit y a eu du bouche à oreille et elles savent que je fais de la gynéco »

6 Assurent parfois le suivi des collègues généralistes qui n'en font pas

M4, M9 et M11 assure le suivi gynécologue pour certains collègues de médecine générale, et M15 envoie ses patientes à d'autres collègues généralistes pour faire les FCU.

M4 « je récupère pas mal de suivi gynéco des médecins généralistes autour qui en font pas et qui m'adresse pour les suivis gynéco »

M11 « *enfin à un moment, je faisais un peu de gynéco pour mes confrères, enfin ils envoyaient pour que je fasse la gynéco* »

M15 « *Ça se passe bien d'abord, au cabinet j'ai mes associés qui font des frottis donc c'est simple, si mes patientes n'ont pas de gynéco attirée elles vont faire des frottis chez mes associés* »

C *Le suivi par le médecin généraliste*

1 *Rôle dans le suivi des femmes en bonne santé*

a *Pratiquer la gynécologie de base*

Pour M3, M8 et M17, le médecin généraliste peut avoir le rôle de gynécologue généraliste.

M3 « *que le suivi de la femme jeune en bonne santé est fait par le généraliste, enfin ça me semble, ouais je pense que ça peut évoluer comme ça* »

M8 « *Alors je sais pas quel va être la proportion de spé gynéco-med ou pas, mais de la même façon qu'il y a certains trucs de pédiatrie où en fait je vois pas pourquoi c'est les pédiatres qui devraient le faire, les médecins généralistes sont hyper bien placés pour ça et que au contraire, laissons la place aux pédiatres pour faire quand justement on comprend plus, je sais pas pour des troubles de la croissance... Il nous faut des pédiatres généralistes, et des gynécos généralistes, parce que là on a des gynécos d'endométriase des gynéco endocrino, des gynéco machins, parfois on aimerait juste des gynécologues générales qui va voir les patientes pour des trucs quand nous on peut plus faire quoi. Donc je pense qu'il faut que nous, on prenne vraiment notre place dans la gynéco classique, contraception, enfin choix de contraceptif, prescription de contraceptif, éventuellement mais ça tout le monde est pas forcément à l'aise avec le fait de réaliser des gestes, mais le geste contraceptif si besoin, implant, DIU, suivi du cancer du col et que du coup on puisse libérer le temps des gynécologues, des spé gynéco med pour les trucs pour lesquels on est un peu perdu quoi.* »

2 *Raison du suivi par le médecin généraliste*

a *Manque d'accès au gynécologue*

Pour 10 des médecins interrogés, une des raisons du suivi gynécologique par le médecin généraliste est le manque d'accès au gynécologue dont le nombre diminue d'année en année.

M4 « *d'autant que dans les deux dernières années, j'ai quasiment les deux tiers des gynécologues qui étaient autour de mon bassin de vie qui sont partis à la retraite ou qui ont déménagés donc bah clairement on sent qu'il y a une demande qui est de plus en plus importante* »

M11 « *« ah bah c'est génial si c'est vous, parce qu'on peut prendre rendez-vous facilement », donc c'est pas dans 3 mois, dans 6 mois.* »

(1) *Dépannage du gynécologue*

M4, M10 et M17 sont amenées à dépanner les gynécologues ou à gérer les urgences.

M4 « *Après les patientes dont je suis pas la référente en gynéco, c'est peut-être moins moi qui le gère. Je peux éventuellement être présente pour équilibrer le traitement, pour leur donner des conseils s'il y a besoin.* »

M10 « *Après c'était, quand elles étaient suivies par le gynéco, bah si elles avaient un petit problème à côté, problème des contre-indications médicamenteuses, si elles avaient une maladie enfin bref.* »

M17 « *je leur dis « écoutez, je fais de la gynéco », en gros, là on peut être amené à gérer les urgences, parce que les gynécos ils sont bien gentils mais ils prennent pas trop les urgences, donc ça ça arrive de devoir gérer l'urgence du gynéco, dans ces cas-là on essaye de gérer quand même.* »

b Femmes prises en considération

M3 a signalé que certaines patientes souhaitent changer d'intervenant car elles ne se sentaient pas assez écoutées par le gynécologue. Pour M10 il y a aussi un problème d'écoute

M3 « *les rares qui vont me parler de leur suivi c'est celles qui changent, celles qui étaient suivies chez leur gynécologue, qui viennent me voir et là sage-femme et généralistes on est forcés des constater depuis l'installation qu'on a quand même des retours sur des consultations avec des gynécologues de femmes qui veulent plus se faire suivre par des gynécologues parce que des vécus d'exams hyper compliqués ou des explications pas claires ou une écoute insuffisante. [...] Je sais pas si c'est une question de formation ou bien c'est parce que justement comme on fait pas ça toute la journée, on est pas blasés de mettre un speculum, du coup on fait toujours aussi gaffe quand on en met un* »

M10 « *Enfin il avait moins le temps de les écouter, voilà. Moi je connaissais la mère, je connaissais l'enfant, elles avaient une épiso douloureuse, le gynéco disait que ça allait passer. A mon avis elles étaient moins écoutées.* »

(1) Meilleure connaissance de la patiente

En tant que médecin généraliste, on a une meilleure connaissance du contexte de la patiente, de sa famille, pour les choses qui rentrent en compte dans la surveillance et les traitements.

M8 « *Et en plus sur la contraception en plus, là pour le coup les contraceptions oestroprogestatives, y a tellement de contre-indications qui passent à la trappe et nous on les voit hyper souvent, quand on dit « mais en fait » parce que nous on suit les familles et on sait que le père il a fait un infarctus entretemps ou que la mère elle a fait une phlébite, c'est là qu'on se dit que... Ou bien elles vont venir nous voir parce qu'elles ont des migraines et même des migraines apparues sous pilule donc okay aujourd'hui on va parler des migraines mais en fait va falloir qu'on reparle de votre contraception parce que du coup c'est plus adapté, c'est tellement logique que ce soit nous, parce qu'elles vont pas aller voir les gynéco pour de la migraine et leur père va pas aller voir le gynéco pour son infarctus.* »

(2) Examen clinique alternatif

M3, M8 et M11 pensent qu'on peut leur proposer un examen clinique alternatif plus confortable pour la patiente.

M3 « *alors aussi parce qu'en effet quand on a une formation de généraliste, moi mes patientes elles mettent pas les pieds dans les étriers, elles ont pas les quatre fers en l'air et je pense qu'on a peut-être des pratiques quand même un petit peu différentes qui fait que j'ai souvent ce retour là des patientes, là où elles changent de suivi.* »

M8 « *on peut proposer, enfin là je suis un peu biaisée parce que c'est le sujet de ma thèse à moi de faire un examen gynécologique dans une position alternative, en décubitus latéral, histoire de leur redonner le pouvoir sur l'examen qu'elles vont avoir, qu'elles vont faire. Et aussi oui, je repensais dans notre rôle par rapport au dépistage, et c'est une façon aussi de remporter leur adhésion* »

M11 « *on avait décidé d'essayer des méthodes naturelles, de leur montrer avec un miroir, de leur laisser mettre le speculum toute seule, on avait vraiment essayé de faire participer plus les femmes.* »

c Relation de confiance

M9 et M10 soulignent la relation de confiance avec les patientes, qui les poussent à être suivies par leur médecin généraliste.

M9 « *Alors souvent quand je les connais y'en a souvent qui me disent « ah bah avec vous ça va de faire le frottis » ou alors « j'irais pas chez un gynéco parce que on m'a fait mal, je connais pas, j'aime pas, mais vous ça va » Donc moi ça m'est arrivé deux trois fois de faire des frottis à des femmes qui en avaient pas eu depuis 10 ans. »*

M10 « *C'était ça plutôt d'abord la compétence des gens de la clinique, puis la facilité de venir chez nous les généralistes, puis la confiance, y'avait beaucoup la confiance. Enfin c'est ce que j'ai ressenti, j'ai ressenti la confiance. »*

(1) Avis du médecin traitant

Pour M4 certaines patientes ressentent le besoin d'avoir l'avis de leur médecin traitant pour valider une prise en charge.

M4 « *de temps en temps les patients ont besoin d'avoir l'aval de leur médecin généraliste, c'est assez drôle de voir que quand ils ont vu un grand patron d'un service hyper pointu sur une pathologie hyper rare ils demandent quand même ce qu'on en pense pour être sûr que c'est la bonne prise en charge alors que c'est pas forcément une pathologie qu'on connaît bien alors je pense qu'il y a un peu le même côté avec la gynéco c'est ça dire que de temps en temps ils en parlent pour avoir un avis. »*

d Médecin femme

Pour M6 et M10 le fait d'être une femme fait qu'on fait plus de gynécologie. Il est à noter que pour M10, qui a commencé à exercer en 1978 les médecins femmes étaient moins nombreuses.

M10 « *Oui, d'abord j'étais la première femme installée à Cormeilles alors une femme ça a attiré les femmes. [...] enfin les premières années déjà elles étaient contentes de trouver une femme »*

M6 « *c'est vrai qu'en tant que femme c'est bête mais on fait plus de gynéco »*

e Le fait d'être à l'aise en gynécologie

Pour M6 et M15.

M15 « *parce que s'il semble que vous êtes à l'aise sur certains sujets, ils viendront vous en parler à vous. »*

f Organisation d'un suivi global

Pour 8 des médecins interrogés, le suivi gynécologique rentre dans le cadre de la prise en charge globale de la patiente.

(1) Anticiper un futur suivi de grossesse

M4 « *les femmes jeunes en général elles aiment bien l'idée que je pourrais suivre leur grossesse »*

(2) Suivi plus simple

M2, M4 et M9 trouvent que c'est plus simple pour la patiente de ne pas avoir trop d'intervenants, de connaître le cabinet médical.

M2 « *je leur dis « bah écoutez pour beaucoup de chose je peux répondre à vos attentes » donc ça souvent elles sont contentes, parce que du coup elles connaissent le cabinet, elles connaissent le médecin et du coup elles ont l'impression que ça leur simplifie un peu la vie. »*

M4 « *ça démedicalise un peu le fait d'avoir pleins d'intervenants dans leur grossesse »*

M9 « *quand elles apprennent que le médecin généraliste peut renouveler la pilule et que c'est pas la peine d'aller tous les 6 mois chez le gynéco elles sont contentes. Pareil pour le traitement de la ménopause. Et la prévention moi j'en parle. »*

3 Augmentation de l'activité

Certains médecins ont constaté que leur activité avait augmenté du fait de la diminution des gynécologues en ville.

a Diminution de la part de médecine générale

M4 a même diminué son activité de médecine générale pour faire de la place à la gynécologie et à la pédiatrie.

b Forte demande

M8 fait face à une forte demande.

c Peur de ne plus faire que de la gynécologie

M3, M8 et M11, ont placé des limites par crainte de ne plus pouvoir faire assez de médecine générale au profit de la gynécologie.

M3 « *je leur dis pas systématiquement de venir me voir moi parce que sinon après je pense que je ne ferais plus que ça.* »

M8 « *Après maintenant je pense que ça peut pas prendre beaucoup plus de place que ce que ça a aujourd'hui, parce que en fait moi je reste médecin généraliste avant, enfin c'est même pas avant tout, je reste médecin généraliste et il faut aussi que je puisse répondre aux demande de soin des autres organes en général quoi. Moi dans mon activité, je me vois pas augmenter la place des consultation de gynécologie, mais ça c'est à titre personnel.* »

M11 « *puis après pour l'avenir, enfin moi je veux pas faire que ça évidemment, c'est toujours pareil faut que ça fasse partie d'une globalité de la patientèle, enfin voilà. Je suis assez, enfin à un moment, je faisais un peu de gynéco pour mes confrères, enfin ils envoyaient pour que je fasse la gynéco, enfin après je voulais pas non plus devenir que gynéco, enfin voilà, c'est vrai que ça je suis vigilante aussi de renvoyer à des sages-femmes, moi j'aime bien faire de la gynéco pour mes patients. C'est quelque chose qui était, autant mes collègues du cabinet je suis ok, mais autant à un moment je fais attention parce que du coup voilà je veux pas que ce soit une activité qui...J'aime bien la médecine générale globale, j'aime bien qu'il y ai pleins de choses différentes dans la journée, je veux pas qu'il y ai que ça, c'est sûr.* »

d Plus de motifs de recours

M8 « *C'est pas ma place vraiment qui a augmenté, c'est juste les motifs auquel les gens ont recours à moi sont plus nombreux.* »

4 Equivalent du gynécologue médical ?

Pour M4 elle s'est formée afin de pouvoir assurer le suivi gynécologique au même titre que le gynécologue médical. Pour M8, certaines patientes viennent la voir en pensant voir un gynécologue, mais elle ne se sent pas toujours légitime. Et M9 a une remplaçante qui a décidé de ne plus faire que de la gynécologie.

M8 « *Donc dans 98% des cas évidemment, y a pas de soucis pour faire le suivi, cela dit y a 2 cas de figure où je trouve que je suis pas très légitime, d'une part c'est celles qui viennent me voir en pensant que je suis gynécologue et qui ont genre déjà fait des suivis avec leur médecin généraliste et y avait besoin d'aller plus loin sur le plan des explorations et du coup en fait je fais pas beaucoup mieux, derrière, je réadresse quand même à un gynécologue.* »

5 Diminution du rôle

M10 a vécu l'inverse de la tendance avec une diminution de la part de gynécologie au fur et à mesure de son exercice, sachant qu'elle a commencé à exercer en 1978, elle a constaté qu'au fur

et à mesure de sa carrière, les gynécologues étaient plus accessibles en ville qu'au moment de son installation et que son rôle a diminué avec ses compétences et les innovations.

M10 « Ça a évolué au niveau compétence, mes compétences ont commencées à diminuer vu les progrès. Regardez quand je vous dis que j'écoutais le bébé avec le stéthoscope en métal, les échographies et tout ça... [...] Y a d'autres choses j'ai senti que j'étais plus à la hauteur ! [...] Nan nan y'a eu beaucoup d'évolution dans la prise en charge, je pense que les médecins ont plus parlé de leur malade. Je pense que les gynécos ont plus pris leur temps, ils ont été plus nombreux aussi au début ils étaient que 2 après ils ont été 4, donc les compétences pour le dépistage du cancer et tout. »

6 Pas d'évolution du rôle

M1, M8, M15 et M17 n'ont pas constaté d'évolution de leur rôle sur le plan gynécologique.

7 Raison du non suivi par le médecin généraliste

a Du côté des patientes

(1) Habitudes

Pour 8 des médecins interrogés, les patientes consultent le gynécologue pour le suivi par habitude, car elles avaient déjà un gynécologue depuis longtemps et que ça se passe bien, que la mère allait chez un gynécologue.

(2) Méconnaissance

5 des médecins interrogés estiment que les patientes ne savent pas que leur médecin généraliste peut faire le suivi gynécologique.

(3) Suivi spécialisé

Pour 8 des médecins interrogés, certaines patientes préfèrent être suivies par un spécialiste

(a) Dans le cadre d'une pathologie

Parfois dans le cadre ou à la suite d'une pathologie comme le soulignent M6 et M9

M6 « S'ils ont besoin d'un avis plus spécialisé, ils vont voir un gynéco ou une sage-femme »

M9 « des gens qui ont eu des pépins à l'hôpital donc ils ont été suivis par des gynéco »

(4) Scinder les deux suivis

M4, M9, M11 et M17 pensent que certaines patientes ne préfèrent pas être suivie pour la gynécologie par leur médecin traitant qui s'occupe aussi du reste.

M4 « Il y a des patientes que ça gêne que je sois leur médecin traitant et leur gynécologue qui préfèrent pas. »

M9 « des gens qui aiment bien scinder les choses et c'est une façon aussi de garder le contrôle. »

(5) Pudeur

Et puis M2 et M11, c'est par pudeur que certaines femmes ne veulent pas être suivies par leur médecin généraliste.

M2 « Chez certaines c'est une question de pudeur, c'est-à-dire qu'elles veulent bien distinguer les choses, c'est une représentation aussi de leur corps comme si c'était une zone honteuse hein, je vous dis les choses vraiment comme je le pense, pour certaines. Donc comme vous vous êtes leur médecin de famille vous suivez le mari les enfants et tout elles, pour pouvoir continuer à vous regarder droit dans les yeux, elles ont besoin que cet examen soit fait ailleurs, chez quelqu'un d'autre. »

M11 « Et à l'inverse y'en a qui aiment pas « ah mais non avec vous la gynéco, ça me gênerait » »

(6) Médecin homme

Pour M1 c'est aussi parfois le cas quand le médecin traitant est un homme.

b Du côté des médecins

(1) Le fait d'être un homme

Pour certains médecins interrogés, pour le médecin aussi le fait d'être un homme est un facteur pour ne pas suivre les femmes en gynécologie.

M1 « *pas mal d'hommes généralistes qui veulent pas faire de gynéco* »

M6 « *Les généralistes hommes de Puteaux par exemple, ils font pas de gynéco.* »

M9 « *D'ailleurs oui c'est ok pour les femmes mais pour les hommes qu'est-ce que ça apporte ? Les hommes ils ont peut-être pas envie de faire de la gynéco, dans ce cas-là pourquoi ils font pas de l'urologie ? Parce que qu'on le veuille ou pas, la différence des sexes elle existe et y a des trucs qu'on va plus ou moins se confier. Je sais pas.* »

(2) Ne pas avoir la pratique

Pour M7 et M17 c'est logiquement de ne pas avoir la pratique, ne pas savoir faire la gynécologie.

M7 « *le médecin que je remplace a pas le matériel pour, je pense qu'il est pas formé, qu'il est pas à l'aise non plus avec ça. Donc du coup oui c'est d'être face à un praticien qui ne pratique pas ça.* »

M17 « *il y a encore beaucoup de médecin qui ne pratiquaient pas la gynéco* »

(a) Connaitre ses limites

Une idée qui ressort quand le médecin généraliste assure le suivi de la femme en gynécologie est celle de la connaissance de ses limites, de savoir quand passer la main au spécialiste.

M3 « *Globalement je pense que je sais dans quoi je suis à l'aise et dans quoi je le suis pas. [...] On est formés pour le suivi des généralistes, je peux vous le faire, le jour où y a quelque chose d'anormal, je passerai la main à un gynécologue. Je vous fais le suivi classique et si un jour y a une question je passerai la main.* »

(b) Être moins à l'aise en fertilité

M3 et M8 pensent que la procréation médicalement assistée relève plutôt du spécialiste.

M3 « *Les problèmes de fertilité je suis pas à l'aise non plus, c'est-à-dire que je peux faire le bilan initial mais ensuite je passe la main, je m'amuse pas à donner mon avis sur les stim, l'anovulation les techniques parce que je suis incapable.* »

M8 « *Et là-dessus je peux pas répondre à leur demande, un peu dans le même genre, c'est les demandes, bah justement pour l'assistance médicale à la procréation, en gros je peux faire un débrouillage* »

(c) Être moins à l'aise pour la ménopause

Comme vu précédemment.

(d) De certains gestes

(i) Gestes courants en gynécologie.

7 des médecins interrogés ne pratiquent pas certains gestes courants de gynécologie, en particulier, la pose de DIU, la pose ou le retrait d'implant. M15 ne fait pas du tout d'actes techniques gynécologiques.

(3) Ce n'est pas une obligation

Une raison évidente de non suivi des femmes en gynécologie est également que ce n'est pas une obligation, on ne peut pas l'imposer aux médecins s'il n'est pas à l'aise ou qu'il ne le souhaite pas.

M3 « *si y a certains généralistes qui se sentent pas suffisamment formés ou à l'aise pour faire de la gynéco, faut pas que ce soit une généralité, faut pas qu'ils aient à le faire. Comme y a des généralistes qui font pas de pédiatrie, à ce moment-là, faut pas qu'ils le fassent et je pense pas qu'on puisse imposer à un généraliste que ça fasse partie de sa pratique.* »

D Relations avec le gynécologue et la sage-femme

1 Avec le gynécologue

a Passer la main devant la pathologie

Pour 7 des médecins interrogés, le gynécologue doit être la personne à qui on passe la main en cas de pathologie, quand le généraliste atteint ses limites. Son rôle est d'être un spécialiste de deuxième ligne.

M3 « *comment j'envisage les évolutions futures, bah je pense que ça va aller dans le sens de ce qu'il me semble le plus juste, c'est-à-dire que les gynécologues aient leur rôle de suivi des femmes qui ont des pathologies de santé de la femme et pour lesquels on a besoin d'un avis et d'une orientation et d'examen complémentaire* »

M8 « *justement on a besoin qu'ils soient disponibles quand justement on arrive au bout de nos connaissances à nous et qu'on a besoin d'avoir une expertise supplémentaire d'un spécialiste en gynécologie. [...] Donc je pense qu'il faut que nous, on prenne vraiment notre place dans la gynéco classique, contraception, enfin choix de contraceptif, prescription de contraceptif, éventuellement mais ça tout le monde est pas forcément à l'aise avec le fait de réaliser des gestes, mais le geste contraceptif si besoin, implant, DIU, suivi du cancer du col et que du coup on puisse libérer le temps des gynécologues, des spé gynéco med pour les trucs pour lesquels on est un peu perdu quoi.* »

M9 « *Et après bah comme toutes les spécialités quand j'arrive au bout d'une tumeur, d'un truc, d'un machin je sais pas, je passe la main, comme ça serait en gastro ou en pneumo, il me semble.* »

Certains médecins généralistes ont des correspondants spécialisés pour chaque pathologie.

M3 « *J'ai un problème d'endométriose, j'envoie au gynécologue de Saint-Joseph qui fait de l'endométriose, j'ai un problème, je veux faire une colposcopie, j'envoie aux Diaconesses parce que je sais qu'il y a une super gynéco qui fait des colposcopies. J'ai un problème d'IVG c'est le planning de la Pitié, j'ai un problème de suivi de grossesse c'est la mater de la Pitié.* »

b Relation positive

En général ça se passe plutôt bien, la communication se fait facilement.

M17 « *Oui j'ai très peu de correspondants et généralement ça se passe toujours très bien. Mais je les ai choisis quoi.* »

M2 « *mais globalement entre libéraux spécialistes de médecine générale et les autres spécialités souvent ça se passe très très bien, ils ont pas ce côté, qu'on peut avoir réticents dans le milieu hospitalier parce qu'en fait on travaille ensembles.* »

M9 « *oui en règle générale les médecins ils écrivent toujours un courrier, faut dire que moi j'en écris un donc ils en écrivent un.* »

(1) Correspondants vérifiés

Elles travaillent en générale avec des correspondants gynécologues qu'elles connaissent personnellement ou qu'elles ont choisi en connaissance de cause.

M8 « *y'en a une parce que je la connaissais de la fac, [...] une autre que je connais pas un groupe de soignants féministes et que je sais être safe, bienveillante etc...* »

M17 « *Oui j'ai très peu de correspondants et généralement ça se passe toujours très bien. Mais je les ai choisis quoi.* »

(2) Correspondants hospitaliers

M4, M6, M8, M10 et M11 adressent beaucoup à l'hôpital pour les avis ou les urgences.

(3) Travail coordonné

Certains ont des accords avec les gynécologues pour faire les gestes.

M2 « *je travaille en général avec deux gynécos qui me connaissent et avec qui on a un accord, c'est-à-dire que je fais des prescriptions du DIU, des antalgiques et mes patientes y vont uniquement pour la pose.* »

c Relation négative

(1) Pas de retour des consultations

Une problématique tout de même soulevée par 6 des médecins interrogés et celle du retour des consultations gynécologiques. Elles déplorent le manque de communication entre le gynécologue et le médecin traitant surtout quand c'est le médecin traitant qui a adressé la patiente.

M1 « *avec les gynécos auquel j'adresse, en général j'ai pas tellement de retour, la relation est unilatérale.* »

M2 « *parce que là du coup c'est une vraie défaillance dans la relation entre spécialistes gynécologues et médecins généralistes, c'est qu'ils n'envoient jamais de compte-rendu. [...] Si votre patient vous dit « ah c'est bon, j'ai vu mon gynéco y a 2 ans » vous avez aucune trace, alors moi j'essaye toujours de leur demander de me ramener le compte rendu du frottis pour que je puisse le scanner dans leur dossier, très souvent elles l'ont pas. Elles disent que c'est le gynéco qui l'a gardé et puis bon les gynécos nous envoient pas.. bah voilà. Bon y a 2 spécialités où on a jamais les retours, c'est en psy et en gynéco.*

M11 « *La gynéco ça fait pas partie des spécialités qui font beaucoup de courrier, sauf à l'hôpital, c'est plutôt assez rare, clairement.* »

2 Avec la sage-femme

a Bonnes relations

Pour M1, M3, M4, M11 et M15, le travail avec les sages-femmes se passe très bien.

b Faciles d'accès

Elles sont même assez faciles d'accès pour M1 et M3 elles travaillent dans une même maison de santé.

c Suivi gynécologique à la suite d'un suivi de grossesse

Pour M3 certaines femmes poursuivent le suivi gynécologique avec la sage-femme à la suite d'un suivi de grossesse.

d Suivi plus physiologique

Pour M4 et M6, elles ont l'image d'un suivi différent. Plus alternatifs.

M4 « Sage-femme je sais que le côté « sage » de la sage-femme, c'est-à-dire le fait qu'elle est très en lien avec la grossesse physiologique quand nous médecins on est plus formés à la grossesse pathologique et qu'on est plus accés sur le pathologique. »

M6 « après les sages-femmes elles sont plus homéopathie, soin naturel, donc si elles sont plus dans ça, elles vont voir la sage-femme. »

e Adresse peu aux sages-femmes

M17 travaille assez peu avec elle et ne leur adresse pas de patientes.

f Décharger le médecin généraliste

M9 a constaté que lors de l'installation des sages-femmes en ville ça l'a un peu déchargée de son activité de gynéco.

M9 « l'arrivée des sages-femmes en ville qui fait qu'on a eu moins besoin de suivre les femmes, grossesses et allaitement donc ça au contraire ça a déchargé »

g Rôle d'informer les patientes de la possibilité de suivi

Pour M8 et M11 le rôle du médecin généraliste est aussi d'informer les patientes de leur existence et de la capacité des sages-femmes à faire du suivi.

Chez les médecins femmes pratiquant une majorité de gynécologie dans leur activité.

Nous traiterons ici seulement des nouveaux éléments que ces entretiens ont apporté.

I En ce qui concerne les cancers gynécologiques

A Dépistage du cancer du sein

1 Dépistage discuté, rapport bénéfice/risque

Pour M5 ce dépistage est discuté et il faut bien expliquer aux patientes les avantages et les risques de ce dépistage pour qu'elles prennent une décision éclairée.

M5 « Pour ce qui est du dépistage du cancer du sein, c'est quelque chose qui est très discuté [...] Autant la mammo je pense qu'on peut discuter du dépistage, parce que les pays d'Europe font pas la même chose, qu'on est même pas sûr que ce soit utile

[...] surtout de l'expliquer en termes de rapport bénéfice risque puisque'on en parle beaucoup et que la mammographie c'est pas magique. Bien expliquer que c'est pas obligatoire, ça on oublie souvent de le faire mais que la mammographie n'est pas obligatoire. Je pense qu'il faut expliquer le rapport entre le bénéfice et le risque, notamment sur le fait que ça n'a pas prouvé de diminution de mortalité et que la plupart des patientes, quand je leur explique, elles sont plutôt partantes pour continuer à faire des mammos tous les 2 ans avec les risques que ça comporte mais là j'en ai quelques-unes qui me disent : « ah bah compte tenu de ça j'ai pas très envie » donc je pense qu'il faut toujours expliquer ça. »

2 Le médecin traitant est laissé de côté

M5 « les gens reçoivent leur mammo donc c'est vrai que des fois on est un peu télescopés, c'est-à-dire que le dépistage mammographique passe pas forcément par le médecin traitant ou le gynéco puisque les patientes reçoivent l'invitation tous les deux ans »

B Dépistage du cancer du col de l'utérus

1 Peur de l'intervalle de 5 ans

M13 et M14 évoquent la difficulté de ramener l'intervalle de dépistage à 5 ans surtout pour les patientes qui ont connu le frottis tous les ans, mais également du côté du médecin pour M14.

M13 « *les patientes quand on leur dit « le prochain dans 5 ans », pour le moment ça les stresse en fait. C'est des femmes à qui on a dit pendant vingt ans, dix ans, enfin peu importe, enfin voilà, moi je colle vraiment aux recos donc en faire avant 25 ans moi je leur dis que ça sert à rien, mais y'en a quand même pleins à qui on a dit « faut commencer dès qu'on a ses règles » ce qui est une aberration totale. Y'en a aussi pleins à qui on a dit enfin à qui les gynécos ont dit « c'est mieux de le faire tous les ans quand même » ce qui ne sert à rien, mais là encore faudrait leur expliquer la santé publique ce que j'essaye de faire, mais quand y a un truc qui est très ancré comme ça, c'est difficile de le désamorcer. Donc là leur dire carrément qu'on va leur faire dans 5 ans. [...] Quand on leur parle d'un dépistage de cancer, c'est difficile comme message à accepter pour les femmes. En fait au quotidien moi je leur dis « bah écoutez là on va faire un test HPV et s'il est normal le prochain dans 5 ans » alors elles disent « ah bah super » parce qu'en général elles aiment pas trop le faire, mais en même temps elles disent « mais vous êtes sûre parce que quand même moi avant je le faisais tous les ans ». Ça ça ressort tout le temps. »*

M14 « *5 ans selon c'est vrai que si ce sont des patientes qui... Je sais pas si je vais tenir 5 ans sans rien rien faire. Je vais leur dire qu'il faudra quand même que je jette un coup d'œil au col, voilà, c'est vrai que les 5 ans, je pense que je le respecterai mais en tout cas s'il y a des petits saignements anormaux ou des choses comme ça je pense que j'anticiperai un peu plus le prélèvement, même si j'avais un HPV neg qui a toujours été négatif. »*

2 Dépistage organisé

a Cibler les populations qui ne consultent pas de gynécologue pour les amener à en discuter avec leur médecin traitant.

M14 « *moi je vois que j'ai quand même pleins de patientes qui viennent me voir parce qu'elles ont reçu le papier de la mammographie à leur domicile et qui du coup demande exactement ce que c'est. Donc je pense que je suis un peu... Enfin ça les pousse à les voir leur médecin. »*

M5 « *Donc je pense que le cœur de la cible c'est de cibler ces femmes qui ne vont jamais chez le gynéco donc je pense que de recevoir un courrier comme pour la mammo je pense que c'est une très bonne chose, parce que ça permet d'être sensibilisé à ça, ça permet d'en discuter avec le médecin traitant et moi je pense que c'est une bonne chose ouais. »*

II En ce qui concerne la ménopause :

A Revaloriser la femme.

Pour M5 il faut revaloriser la femme à ce moment de sa vie.

M5 « *je pense qu'il faut revaloriser les femmes dans cette période de leur vie c'est une période de leur vie qui est quand même très déstabilisante, très perturbante, très fatigante, souvent les patientes perdent confiance en elle »*

B Aspect technique peu important

Pour M13, il ne faut pas réduire la ménopause à l'hormonologie.

M13 « *Finally l'aspect technique de l'hormonologie c'est qu'un dixième de ce qu'est la ménopause, et y a pleins de chose à dire pour tout le reste. Donc je pense qu'il y a un vrai, y a une évolution à avoir sur cette dimension-là dans la médecine générale. »*

C *Revoir la définition de la ménopause.*

M13 souligne l'importance des mots, et revient sur la définition de ménopause comme la période après l'arrêt des règles et qu'il serait dommage que certains médecins généralistes ne prennent pas en charge la ménopause, car ça reviendrait à ne plus s'occuper des femmes après 50 ans.

M13 « *les femmes elles pensent que la ménopause c'est juste une période de transition, alors que la définition médicale de la ménopause c'est toute la vie derrière, donc ne pas se dire qu'on ne prend pas en charge la ménopause en médecine générale ça revient à abandonner un tiers de la santé de toutes nos femmes passée 50 ans. Ça me paraît compliquer. Je pense vraiment qu'il faut revenir sur cette définition de la ménopause* »

D *Certains médecins généralistes ne s'y intéressent pas ou adressent vite.*

Pour M13, certains généralistes qui ne s'intéressent pas du tout à la santé de la femme ne vont quasiment pas en parler, et d'autres bien que pratiquant la gynécologie vont très vite passer la main.

M13 « *Mais je pense qu'il y a des médecins généralistes qui parlent pas du tout de la sphère santé de la femme, ou alors vraiment très de façon, enfin pour qui c'est pas du tout le domaine et ça les regarde pas quoi, donc eux je les vois pas du tout, enfin je m'imagine difficilement comment ils pourraient intégrer ce phénomène là à leur prise en charge si ce n'est sous le versant ostéoporose, parce que là on est sur le versant plus rhumatologique et que ça passe mieux, enfin ça semble plus rattaché à la santé générale, même si c'est difficile à dissocier du reste mais voilà. [...] Après y a des médecins généralistes qui vont être un peu à la limite des deux, c'est-à-dire qui vont faire un peu de gynéco, c'est-à-dire la gynéco du médecin généraliste, donc un truc un peu restreint. Et là ça va surtout être le diagnostic de ménopause, juste confirmer à la femme que c'est bien ça, et je pense qu'après adressent au spécialiste. Je pense qu'il y a quand même très peu de médecin généraliste qui prennent en charge de façon vraiment complète les troubles liés à la ménopause* »

E *Traitement hormonal substitutif*

1 *Le proposer*

Pour M12 et M13 un des rôles du médecin généraliste est de proposer le THS quand il est indiqué.

M12 « *pouvoir proposer le traitement hormonal substitutif si c'est indiqué et si elle le souhaite évidemment* »

M13 « *tout en ayant la possibilité de proposer un traitement hormonal substitutif si c'est une bonne solution pour elle* »

2 *Laisser le choix à la patiente*

Pour M5 il faut laisser les patientes décider pour elle.

III En ce qui concerne le suivi gynécologique par le médecin généraliste :

A *Raison de non suivi par le médecin généraliste*

1 *Médecins*

a *N'ont pas le temps de s'occuper du suivi gynécologique de leur patientes.*

M14 « *j'ai des collègues qui ont pas le temps dans leur consultation de faire de la gynéco donc qui me les adresse parce que voilà ils peuvent pas faire le suivi gynéco* »

B Augmentation de l'activité en gynécologie.

1 Médecine de la femme fait partie de la médecine générale

Selon M5 les généralistes intègrent de plus en plus la médecine de la femme à leur pratique de médecine générale.

M5 « *Je pense que la gynécologie est plus facilement intégrée dans la médecine générale, la médecine de famille, alors est ce que c'est la féminisation de la profession qui fait ça peut être, est ce que c'est parce que c'est aussi une évolution féministe des choses qui fait ça, j'en sais rien. J'ai l'impression que les médecins généralistes sont plus à même de considérer la médecine de la femme comme de la médecine générale, ce qui est bien, ce qui est vrai.* »

2 Diminution de la part de médecine générale

M16 fait de moins en moins de médecine générale

M16 « *L'évolution c'est que vraiment, j'axe ma pratique sur la gynéco donc je réduis la proportion de médecine générale et j'accepte plus de nouveaux patients en médecine générale mais seulement en gynéco. Donc c'est ça qui... La quantité plutôt.* »

3 Souhaitent faire seulement de la gynécologie

M12 envisage elle d'arrêter la médecine générale pour ne plus faire que de la gynécologie.

M12 « *Alors jusqu'à mars dernier, j'envisageais, mon évolution future à ne plus faire de médecine générale et éventuellement à passer le diplôme ou l'équivalence de gynéco pour faire plus que de la gynéco.* »

C Relation avec le gynécologue

1 Pas de concurrence mais une complémentarité

Pour M13 le travail avec le gynécologue se fait en complémentarité.

M13 « *c'était peut-être le gynécologue que j'ai croisé et qui voyait une forme de concurrence et d'inadéquation entre leur suivi et le mien. Mais y'en a très très peu au final et dans l'ensemble je trouve que c'est des collaborations qui se passent très bien. [...] moi ça m'arrive de dire aux patientes « bah je vous envoie vers tel personne qui est bien plus pointu que moi pour ça vous revenez après on se reverra avec les résultats parce que peut être qu'il y aura pas beaucoup de temps pour vos questions. Mais si y'en a moi je suis là pour aussi en discuter avec vous. » donc y'en a qui demandent un avis et je trouve que ça s'articule très bien et que c'est très intéressant. Et j'ai pas du tout de difficulté à fonctionner que ce soit avec le milieu hospitalier ou le libéral, médecins ou paramédicaux, je trouve au contraire que c'est hyper riche* »

2 Ecrit en cas de problème particulier

M5 qui est médecin généraliste avec une activité exclusive de gynécologie précise qu'elle écrit des courriers lorsqu'il y a un motif particulier que le médecin traitant doit surveiller.

M5 « *Quand j'ai un truc particulier, quand je prescris un traitement en particulier, ou j'instaure un THS, ou que j'ai fait un geste en particulier, ou bien si je prescris par exemple une numération et que j'aimerais bien que le médecin traitant regarde le résultat, là il m'arrive de faire un courrier quand même pour expliquer où on en est.* »

D Relation avec la sage-femme

1 Attendue pour décharger un peu du suivi gynécologique

M14 est enthousiaste que les sages-femmes puissent participer au suivi gynécologique, car ils ne seraient pas de trop

M14 « *Et c'est vrai que les sages-femmes ça serait... Là je vous parlais d'un collègue sage-femme qui est super mais lui il fait que de l'écho, mais c'est vrai que des sages-femmes qui participeraient à tout ça, elles seraient pas forcément de trop. En tout cas ça pourrait être complémentaire avec un suivi médical.* »

E Organisation du suivi

1 Fréquence

a Tous les ans

M13 et M14 préconisent une consultation gynécologique annuelle.

b Pas tous les ans

Pour M5 ce n'est pas forcément tous les ans

M5 « *moi j'essaye de pas trop les embêter, parce que je pense que c'est un peu désuet de dire aux femmes de revenir tous les ans.* »

c Tous les ans à partir de la ménopause

Pour M5 elle préconise ce suivi.

d Laisser le choix à la patiente

Pour M5, M14 et M16 c'est finalement aux femmes d'organiser leur suivi.

M14 « *Mais sinon globalement une fois par an ou une fois tous les deux ans pour les femmes ménopausées, enfin c'est un peu comme elles veulent, mais je leur dis tous les deux ans pour les femmes ménopausées.* »

M16 « *et c'est elles qui organisent leur suivi.* »

M5 « *si elles préfèrent revenir tous les ans, elles reviennent tous les ans, y a pas de soucis.* »

2 Suivi conjoint avec le médecin traitant

Le suivi gynécologique peut être complémentaire.

M5 « *inversement les patientes en période d'activité génitale, les patientes sous pilule par exemple qui auraient un frottis à jour qui vont bien etc... Je leur dis que leur médecin traitant peu très bien renouveler leur traitement* »

M16 « *parce que parmi les patientes y a aussi les femmes que je vois une fois et qui reviennent me voir 3 ans après, pour qui j'ai pas un suivi régulier qui voient le généraliste à côté et que je vois vraiment sporadiquement.* »

3 Place de la téléconsultation

M14 a découvert la téléconsultation dans le contexte de la pandémie Covid 19, et pense que ce sera un outil qui va rester à l'avenir pour les avis.

M14 « *on a fait pas mal de téléconsultations, donc je sais pas si ça va être un mode d'exercice futur donc c'est vrai que pour tout ce qui est résultat d'examen, ça peut être assez pratique, je trouve que ça se substitue pas à une consultation en présentiel, mais c'est vrai qu'on s'est aperçu qu'on peut quand même gérer beaucoup de chose en téléconsultation. Des demandes d'avis, des trucs comme ça, donc c'est vrai que moi avant je faisais jamais de téléconsultation et là j'en fais pas mal depuis le mois de mars, et je trouve que c'est pas mal dans la gestion de l'organisation du temps parce que ça permet de gérer beaucoup de chose plus rapidement que si c'était une consultation parce que régulièrement j'ai des délais de consultation qui sont très longs mais des petits créneaux de téléconsultation comme ça, je peux les avoir assez facilement, je peux rappeler des gens, c'est pas mal du tout la possibilité de la téléconsultation même en gynéco* »

Chez les hommes retraités ayant pratiqué la gynécologie pendant leur exercice.

Nous traiterons seulement ici des nouveaux éléments que ces entretiens ont apporté.

I En ce qui concerne les cancers gynécologiques

A Vaccination HPV controversée

Quand il exerçait M19 n'était pas forcément en faveur de la vaccination systématique contre les HPV à haut risque.

M19 « *le vaccin ne remplace pas le frottis. Ça c'est mon dada à moi j'ai même quelque fois... Bon peut être qu'aujourd'hui j'aurais pas la même attitude, j'en sais rien. Mais c'est vrai que quelques fois quand on venait me dire « Il faut vacciner ma fille » je reconnais que j'ai pas eu une attitude très pro vaccinaliste en disant que si on faisait des frottis réguliers, y'aurai pas de soucis, encore une fois je vais rapidement raconter mon truc, c'est que tout le monde a du papillomavirus, ça fait partie des premiers rapports sexuels et que si on détecte à temps les lésions qui un jour potentiellement deviendront cancéreuses, ma foi on peut traiter et que c'est à mon sens plus efficace que les vaccins. Voilà, ça a été ma religion jusqu'à ce que j'arrête »*

B Bête de passer à côté d'un cancer du col.

Pour M19 c'est dommage de passer à côté d'un cancer avec les moyens simples dont on dispose.

M19 « *Parce que moi c'est vrai que, là pour le coup c'est exactement comme pour le cancer du côlon, c'est quand même trop con de passer à côté de lésion qui ne sont pas cancéreuses, qui peut être un jour le deviendront. »*

C Rapport Bénéfice Risque dans le cancer du sein

Pour M19 la question se pose du rapport bénéfice/risque dans le dépistage du cancer du sein.

M19 « *Alors ce qui est des cancers mammaires c'est pareil, cancer du sein, oui je me suis inscrit dans les dépistages de mammographie avec quelque fois aussi le recul de...comme ça a été lancé souvent, est ce qu'on opère pas, est-ce qu'on ne délabre pas trop de seins pour des trucs qui de toute façon étaient infracliniques. Toujours cette question du rapport bénéfice risque et qui s'est posé aussi pour la prostate et qui se pose aussi pour la prostate »*

II En ce qui concerne la ménopause

A Rôle du médecin généraliste

Pour M18 et M19 c'est naturel que la ménopause soit prise en charge par le médecin généraliste.

M18 « *A partir du moment où il a les compétences pour le faire, il n'y a pas de raison qu'il ne le fasse pas. Je rejoins la remarque que je vous faisais tout à l'heure, je préfère une médecine qui prend en charge ce type de question sans forcément les séparer artificiellement des autres questions de santé. »*

M19 « *Et donc la ménopause, avec l'ensemble des troubles qui sont liés à la ménopause ça doit pouvoir être pris en charge par le médecin généraliste à mon sens. »*

B Traitements

1 Evolution des pratiques.

M18 évoque les changements dans les pratiques concernant le traitement de la ménopause.

M18 « *Là aussi les pratiques médicales sont passées par des périodes extrêmement variées, où à une époque il fallait absolument traiter, traiter, traiter... et on s'est aperçu que les traitements hormonaux n'avaient pas toujours que des effets bénéfiques et que certains pouvaient avoir des*

interférences notamment avec la pathologie vasculaire, des choses comme ça et donc ça a un petit peu reflué, on est devenus moins systématiques. »

III **En ce qui concerne le suivi par le médecin généraliste :**

A *L'activité du médecin généraliste*

1 Peu de spécialistes en ville

Pour M18 le fait qu'il y ai peu de spécialistes accessibles en ville pendant qu'il exerçait a fait qu'il prenait en charge tous les motifs y compris gynécologiques.

M18 « *Sinon dans ma pratique, comme c'était une époque où il n'y avait pas encore une pléthore de spécialité en ville, nous devons traiter tout le monde aussi bien les femmes que les hommes et j'ai un peu appris en cours d'exercice à prendre en charge les questions gynécologiques si on parle de contraception ou de traitement de la ménopause ou de dépistage des cancers etc...* »

2 Diminution de la part de gynécologie avec l'expansion des gynécologues.

Puis M18 a constaté une diminution de son activité de gynécologie lorsque les gynécologues se sont installés en ville.

M18 « *les pratiques gynécologiques en médecine générale ont plutôt été en diminution au fil des années, dans les années que j'ai connu du fait de l'expansion du nombre de gynécologues en ville. [...] j'ai aussi le souvenir qu'au fil des années cette pratique gynécologique que j'avais a régressé du fait de l'expansion du nombre de gynéco en ville et donc la question ne se posait plus comme ça les personnes allaient directement chez le gynécologue. »*

B *Relation avec le gynécologue.*

1 Se sentait en concurrence

M19 était mal à l'aise pour aborder la gynécologie avec les femmes qu'il ne suivait pas pour ça car il se serait presque senti en concurrence.

M19 « *J'ai pas beaucoup abordé ce truc là parce que là je me serai presque senti me mettre en concurrence et je ne voulais pas me mettre en concurrence »*

2 Se battre pour faire de la gynécologie

M19 s'est battu pour faire de la gynécologie

M19 « *je me suis battu pour faire de la gynéco parce que dans une ville universitaire la plupart des femmes avait la notion qu'il fallait voir le gynéco et que le généraliste ne pouvait pas faire de la gynéco. »*

a *Dénigré par certains gynécologues*

Certains gynécologues considéraient que le médecin généraliste n'avait pas à faire de la gynécologie.

M19 « *J'avais quelques copains gynéco qui acceptaient que je fasse de la gynéco, déjà y a quand même une sélection là, parce qu'il y a quand même des gynécos qui considèrent que ça, ça n'est du ressort que du gynéco. [...] Ah ouioui, y'en avait qui disait « qu'est ce que c'est que ce médecin ? Mais pourquoi vous allez voir un généraliste ? Mais c'est n'importe quoi. » Quand c'est pas une collègue qui s'était permis de regarder sur la carte vitale de la patiente ce que j'avais prescrit et qui avait dit « mais c'est pas du tout cette pilule là qu'il vous faut ». Il a fallu se battre, j'espère que les générations qui viennent n'auront pas à se battre comme nous on s'est battus. »*

3 « Touche pas à mon gynéco »

M18 se souvient de l'époque où les gynécologues se sont battus pour rester des spécialistes de premier recours.

M18 « *Je sais qu'une partie des gynécologues se disent « médecin de la femme », c'est un couplet qui a été beaucoup mis en avant par une femme bien connue qui s'appelle Elisabeth Badinter à l'époque où il y a eu un mouvement qui s'appelait « touche pas à mon gynéco » je sais pas si vous avez entendu parler de ça. Je vous explique en deux mots, il y a eu un moment où les conventions médicales ont voulu mettre en application un passage préférentiel par le médecin généraliste avant d'aller vers les spécialistes, y a eu beaucoup de discussion et les gynécologues sont finalement restés en premier recours, ce dont je ne discute pas c'est en fait plus social que médical à mon avis, mais à cette occasion là les gynécologues de ville ont craint de perdre une part de leur clientèle, une part importante et il y a eu tout un mouvement suivi par la grande presse qui s'appelait « touche pas à mon gynéco » et qui a justement abouti à ce que les gynécologues restent en premier recours. Il y'avait là manifestement un conflit de territoire qui touche aussi à une question d'organisation de la santé en France quoi. Et puis ce mouvement s'est perpétué et a duré pas loin d'une dizaine d'année, ça s'est produit à un moment où la formation des gynécologues médicales était en régression, dans les hôpitaux la politique de santé s'orientait plus vers la spécialité de gynéco-obstétrique et non pas la spécialité de gynéco médicale donc c'est en gros une profession qui avait peur d'être en régression et qui cherchait à se défendre. »*

C Relation avec les sages-femmes

Pas de sage-femme en ville pour faire la gynécologie.

M18 « *Alors on peut déjà mettre une croix sur les sages-femmes parce que les sages-femmes en ville il y'en avait pratiquement pas et s'il y'en avait c'était simplement un service d'accouchement. »*

D Evolutions futures

1 Que tous les médecins généralistes fassent de la gynécologie

M19 « *j'aimerais bien que tous les généralistes sachent faire ça et soient reconnus comme étant compétents pour le faire. »*

IV En ce qui concerne la formation du médecin généraliste

A Réforme de l'internat

1 En concurrence avec les spécialistes

M18 s'interroge sur la concurrence avec la formation des spécialistes sur les terrains de stage.

M18 « *peut être dans les services ce qu'on accepte de laisser faire aux futurs généralistes plutôt qu'aux autres. Ce qui veut dire qu'il y a déjà à ce stade là une sorte de compétition entre spécialistes gynéco et spécialistes de médecine générale. »*

2 Formation sur le tas

M18 et M19 se sont quant à eux formés sur le tas au cours de leur exercice.

M18 « *Donc aucun enseignement sur la contraception qui démarrait à l'époque ni sur la prise en charge particulière des problèmes gynéco. [...] j'ai un peu appris en cours d'exercice à prendre en charge les questions gynécologiques si on parle de contraception ou de traitement de la ménopause ou de dépistage des cancers etc... »*

M19 « *Sur le tas, voilà ce que j'ai fait, grosso-modo, on s'était battu et quelques chefs de cliniques c'était battus avec nous pour un stage obligatoire de pédiatrie et de gynéco, mais c'était un stage d'externe, c'était un stage de 3-4 mois honnêtement on faisait pas grand-chose. On apprenait*

vraiment pas et c'est tant mieux quelque part pour les femmes qu'on assistait pas à la visite dans les chambres etc.. Voilà. Ça faisait quand même quelques personnes de moins dans les chambres. Après moi j'ai appris à faire des frottis tout seul, c'est-à-dire que je me souviens très bien d'un de mes remplacements à Aunay Sur Odon c'est une bourgade, je me dis qu'il fallait quand même que je fasse des frottis, donc je suis allé à la fac, à la bibliothèque regarder comment il fallait faire, et puis ma foi j'ai fait, et j'ai regardé le résultat et des années après j'ai regardé, j'ai comparé mes résultats à ceux qui étaient fait par des gynécos et j'ai pas eu honte des miens. Mais j'ai appris sur le tas à faire des frottis, de même que par la suite j'ai appris presque sur le tas à poser des stérilets, j'ai quand même une copine gynéco qui m'a proposé de venir à sa consultation à l'hôpital pour en poser 2-3 pour ne pas être complètement démuné. »

Synthèse

I Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

Les médecins interrogés sont unanimes pour souligner que le rôle du médecin généraliste est principalement de rappeler, d'informer et d'expliquer aux patientes.

Mais le rôle le plus important est de chercher les raisons pour lesquelles certaines femmes ne font pas le dépistage et d'explorer les causes de leurs réticences. Concernant la pratique du frottis, ce peut être l'occasion de découvrir des violences ou abus sexuels rendant tout examen gynécologique extrêmement intrusif.

Le médecin généraliste peut aussi, du fait de sa proximité avec ses patientes, et de leur relation de confiance faire très facilement un frottis « oublié » par simple négligence.

La place du dépistage organisé du cancer du col est diversement appréciée car ce dépistage commence seulement.

Certains d'entre eux trouvent la mise en place du dépistage assez floue. Mais la plupart d'entre eux sont persuadés que cela permettra de toucher plus de femmes.

Certains émettent quelques réserves sur l'auto-prélèvement

- Certaines femmes, mal à l'aise avec leur corps, auront sans doute du mal à le réaliser
- Leur laisser le choix entre l'auto-prélèvement et l'examen classique serait une alternative
- L'absence d'examen gynécologique classique ou plutôt l'absence de consultation dédiée serait une « occasion manquée » de recueil d'informations

II Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du sein

Comme pour le dépistage du cancer du sein, les généralistes interrogés pensent que leur rôle est également d'expliquer ce qu'est un dépistage : son intérêt et ses limites. Mais ils soulignent surtout que le dépistage organisé du cancer du sein ne leur laisse en fait que très peu de place.

III Le rôle du MG et sa place dans les DO

D'une manière générale, les généralistes pensent que leur rôle est d'aider les patientes à comprendre les courriers qui leur sont envoyés. Les difficultés de lecture s'ajoutent pour certaines aux difficultés de compréhension non seulement du concept de dépistage mais aussi de l'organisation du système de santé.

Pour peu que le généraliste suive systématiquement ses patientes en termes de prévention, il peut rappeler systématiquement à chacune son calendrier d'actions de dépistage.

IV Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles de la ménopause

Ce dont les généralistes interrogés ont tous souligné est leur rôle d'écoute et de soutien.

Ils sont parfois amenés à prendre le relais du gynécologue lorsque celui-ci n'est plus intéressé par la prise en charge de cette période de la vie de la femme.

Les médecins les plus jeunes ne sont pas à l'aise, ne s'estimant pas assez formés et le plus souvent peu confrontés à ce problème car leur patientèle est jeune.

Les médecins femmes plus âgées sont plus à l'aise, une souligne même que c'est plus facile quand on l'a vécu.

Certains pensent que la ménopause n'est pas systématiquement pathologique, et relève souvent seulement d'une prise en charge symptomatique, avec des règles hygiéno-diététiques ou des traitements non hormonaux.

Concernant le THS, beaucoup en repoussent la prescription voire ne la font pas. D'autres assument la surveillance du traitement même lorsqu'ils n'en ont pas été les initiateurs

V La formation du médecin généraliste

Concernant la réforme de l'internat, la plupart des médecins interrogés pensent que c'est une bonne idée de proposer un stage obligatoire en gynécologie, car c'est logique par rapport à l'évolution de la profession, mais que ce stage doit être un stage adapté à la médecine générale. Quelques-uns trouvent que c'est dommage d'obliger au dépend d'autres spécialités.

VI La prise en charge en gynécologie par le médecin généraliste

Parmi les rôles de la médecine générale, il y a la prévention et la participation à la santé publique. Le Généraliste vérifie le suivi de sa patientèle - et ce même s'il n'assure pas le suivi gynécologique - à l'aide de rappels et d'affichage dans son logiciel métier.

Les patientes ne parlent pas forcément spontanément de leur suivi gynécologique quand il n'est pas assuré par le médecin traitant, mais elles en parlent quand on les y invite en général. Les communications avec le gynécologue ne sont pas toujours faciles, ce dernier ne transmettant pas les examens au médecin traitant.

Il ressort également qu'il est important pour la patiente d'avoir le choix de son suivi gynécologique.

La plupart des médecins interrogés disent assurer les soins de gynécologie courante et adresser leur patiente au gynécologue en cas de besoin.

Les avantages du suivi par le médecin généraliste :

- Une meilleure connaissance de la patiente et de ses antécédents.
- Une meilleure prise en considérations : des patientes sont revenues vers certains des généralistes interrogés pour leur suivi gynécologique car cela se passait mal avec leur gynécologue sur le plan humain.
- La non-multiplication des intervenants.

Certaines patientes ont à cœur de solliciter l'avis de leur médecin traitant avant de valider une prise en charge avec un spécialiste.

Certains médecins ont constaté une augmentation de leur activité de gynécologie attribuée en partie à la diminution de gynécologues de ville.

Certains d'entre eux ont dû limiter volontairement cette activité pour privilégier la diversité de leur exercice tandis que d'autres ont une activité devenue majoritairement gynécologique par choix.

Cette évolution est à l'inverse de ce qu'ont vécu les généralistes les plus anciens dans les années 80 la concurrence avec les gynécologues libéraux étaient alors « féroce », les gynécologues récusant la compétence des généralistes.

Certains médecins n'ont pas le temps de faire le suivi gynécologique de leurs patientes et adressent parfois à d'autres collègues généralistes.

Les généralistes interrogés imaginent que leurs patientes confient leur suivi à un gynécologue pour diverses raisons dont : l'habitude, la méconnaissance des compétences de leur généraliste en ce domaine, la pudeur et parfois le fait qu'elles préfèrent scinder les deux suivis (général, voire familial et gynécologique)

DISCUSSION

Forces et limites

Une force de ce travail est qu'il vient compléter la thèse de Mme Vidal (1) sur l'histoire de la place du médecin généraliste dans la prise en charge gynécologique en abordant les dépistages des cancers féminins et la ménopause. Il combine une approche de recherche documentaire qui établit un historique et permet de comprendre l'évolution des pratiques et vient appuyer les idées ressortant des différents entretiens. Une autre force est la pluralité des profils des médecins interrogés : il y a des médecins jeunes, s'étant installés récemment, des médecins avec plus d'expérience, certains médecins retraités et des médecins pratiquants une proportion plus ou moins grande de gynécologie.

Une des limites de ce travail est qu'il n'y a pas d'entretien d'hommes jeunes. J'ai eu du mal à recruter des médecins hommes et je n'ai pas réussi à recruter d'homme jeune qui font de la gynécologie. Il est possible que ce soit lié au fait que les hommes pratiquent moins la gynécologie comme le note Chiara Maj dans une communication faite en 2017 sur les facteurs individuels et contextuels associés à l'absence de pratique du frottis par les médecins généralistes en France. Les caractéristiques individuelles du médecin généraliste ne pratiquant pas le frottis sont : le fait d'être un homme et d'avoir moins de 51 ans. (68)

Les cancers gynécologiques

Le plan cancer 2009-2013 a réaffirmé la place du médecin généraliste dans le dépistage des cancers. « *renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.* » (69)

La prise en charge du dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus est très différente chez les médecins généralistes.

I Le cancer du sein

Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, le médecin généraliste est totalement exclu du processus initial de dépistage : la patiente reçoit à son domicile le courrier l'invitant à réaliser la mammographie et la réalise. Les résultats sont ensuite transmis au médecin traitant, qui va être chargé, en cas de dépistage positif, d'organiser le suivi en coordination avec les centres spécialisés. Si le résultat est normal, la patiente n'a eu aucune intervention de son médecin traitant.

Dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, le rôle du médecin généraliste est d'informer et de rappeler à la patiente l'intérêt du dépistage, ce qui est difficilement réalisable pour les femmes qui ne consultent pas souvent.

Mais ce dépistage est controversé et les médecins généralistes sont confrontés à des sources d'informations divergentes : plusieurs études discutent le risque de sur-diagnostic de ce dépistage (70). La controverse est loin d'être terminée : l'association Cancer Rose (présentée dans la partie Contexte Historique) dénonce la place des « lobbys » du cancer dans l'élaboration du nouveau Plan Cancer qui doit débiter en 2021. Un directeur économique du syndicat des industriels du médicament : M. Eric Baseilhac, fait partie du groupe de 24 personnes ayant élaboré les 220 propositions de ce plan cancer. Il se pose la question de l'implication d'intérêts du privé dans l'élaboration d'une politique de santé publique.(71) Quelle crédibilité accorder dans ce cas aux outils que nous fournissent les instances de santé publique ?

Dans l'étude sociologique de Madame Lecompte (70) sur les représentations des médecins, les informations délivrées aux femmes et les enjeux du dépistage organisé, les médecins critiquent les

documents informatifs officiels mis à leur disposition pour promouvoir le dépistage qu'ils décrivent comme ne présentant que les avantages du dépistage et n'informant pas les femmes des risques alors que selon eux, les femmes seraient tout à fait capable de prendre une décision éclairée à partir de sources d'information plus transparentes, objectives ou précises sur le rapport bénéfiques/risques.

Par ailleurs, la multiplication des interventions des autorités sanitaires au moyen des recommandations officielles et des évaluations de pratiques est perçue comme « une intrusion qui menace l'autonomie de la profession médicale » (70).

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein était en 2017 de 49,9% avec une légère baisse par rapport à 2016 (50,7%), cette participation a atteint un plateau depuis 2008. (41). Un des freins à ce dépistage organisé pour la population cible est la préférence des femmes pour un dépistage individuel. Le fait de ne pas impliquer le médecin habituel de la patiente, celui auquel elle a confié son suivi gynécologique, dans le dépistage organisé est considéré comme un frein selon une étude qualitative de 2015 interrogeant les patientes sur le dépistage organisé ou individuel du cancer du sein (72). Pour les femmes favorisant le dépistage individuel, elles considèrent ce suivi comme plus personnalisé. Leur image du dépistage organisé est souvent celle d'un dépistage « anonyme », pour les pauvres, les femmes sans suivi. Elles le considèrent moins efficace. Il s'agit de femmes de moins de 50 ans qui veulent être actrice de leur propre santé. Mais, selon cette étude qualitative, elles ne connaissent pas le dépistage organisé en pratique. Il s'agit bien de représentations.

II Le cancer du col de l'utérus

Si certains médecins ont cette perception par rapport au dépistage organisé du cancer du sein, on peut se poser la question de la perception du rôle du médecin généraliste dans le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus qui était jusque-là un dépistage individuel. Une étude menée par Kalecinski J, Régnier-Denois V, Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Dumas A, Arveux P de l'Université de Caen portant sur les inégalités sociales dans le dépistage du cancer du col de l'utérus en France a rapporté que les médecins et des gynécologues aimeraient être plus impliqués avec notamment la transmission par l'assurance maladie d'une liste de leurs patientes non dépistées afin de pouvoir les inciter directement (73).

La grande différence avec le dépistage organisé du cancer du sein est que celui-ci peut impliquer directement le médecin généraliste si celui-ci réalise des frottis. Il n'y a que 34,7% des médecins généralistes qui déclarent ne jamais en faire, même si ce taux est variable : de 12 à 57% suivant les départements. (68) Dans les entretiens, les médecins trouvaient que le frottis était un geste facile et que le fait de le réaliser au cabinet était un facteur facilitant pour le dépistage.

Bien qu'ayant fait part de leur enthousiasme pour le dépistage organisé, l'organisation en reste pour le moment assez floue pour certains médecins interrogés. Mais il est déjà en train de se mettre en place avec d'ores et déjà la réception de courriers invitants au dépistage. La thèse de Delphine Graniou concernant le point de vue des femmes sur la mise en place d'un dépistage national organisé du cancer du col de l'utérus (74), pointe une inégalité de dépistage entre les femmes lorsque ce dépistage est un dépistage individuel : la proportion de femmes dépistées à un rythme sous optimal est de 51,6% et la proportion de femme sur-dépistée est de 7,9%. Ces insuffisances résultent de plusieurs facteurs :

- du côté des patientes ce sont l'oubli, la non-régularité du suivi gynéco en fonction de la contraception, l'arrêt du suivi après la ménopause et un manque d'information concernant ce dépistage
- et du côté des médecins ce sont le manque de temps et le manque de proposition ou d'information.

Un autre frein est également l'aspect financier. Il faut rappeler que sans dépassement d'honoraire, un frottis coûte chez le médecin généraliste ou la sage-femme 37,46€ et chez le gynécologue

42,46€ (75) sans compter le coup de l'analyse en elle-même qui s'élève à 17€(76) et 37,8€ si est pratiqué un Test HPV à la suite d'un résultat de frottis ASCUS ou 27€ en cas de Test HPV seul. La prise en charge est de 60 à 70% (77). Il serait faux de dire que le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est pris en charge à 100% par l'assurance maladie car seule l'analyse cytologique ou le test HPV sont pris en charge à 100%, la consultation ainsi que l'acte de prélèvement restent quant à eux pris en charge à 70% comme pour le dépistage individuel. Quant à la suite en cas d'anomalie, comme dans tous les dépistages, les examens suivants restent à la charge de la patiente en attendant une éventuelle prise en charge à 100% au titre de l'ALD en cas de cancers. Si les populations défavorisées sont plus enclines à passer par le dépistage organisé, il faut s'assurer de la suite en cas de résultat positif et cela nécessitera encore plus d'attention en cas de dépistage par auto-prélèvements HPV. Le CRCDC Ile de France du 92 lors de son Webinaire destiné aux médecins généralistes fin 2020(77) a présenté comme un des avantages du dépistage organisé l'appui du CRCDC dans le suivi des cytologies anormales afin de lutter contre le risque de perdre de vue des patientes. Le CRCDC met en place également des formations et e-learning pour les médecins généralistes et une mise à disposition d'outils informatiques, tels que le site e-cancer.fr, dépistage-cancers-idf.org ou les réseaux sociaux pour mobiliser les femmes pour leur dépistage. Il est possible que ces actions aient une influence sur les femmes jeunes, à l'aise avec l'informatique et internet, mais on peut se poser la question de l'influence sur les populations défavorisées n'ayant pas accès à l'informatique. Tout comme celle des courriers qui ne prennent pas en compte les difficultés de lecture (analphabétisation ou illettrisme) ou de compréhension des femmes qui les reçoivent. Certains des médecins que j'ai interrogés pensent néanmoins que le fait d'envoyer un courrier aux patientes est une incitation à les amener à consulter leur médecin traitant pour parler du dépistage. Ainsi la multiplication des interventions peut permettre de « rattraper » certaines patientes et de créer une occasion d'en discuter.

La mise en place du dépistage organisé du cancer du col s'est accompagnée de la parution de nouvelles recommandations de la HAS. Pour rappel, il est désormais recommandé de réaliser un examen cytologique à 1 an d'intervalle pour les deux premiers frottis puis tous les 3 ans entre 25 et 30 ans. A partir de 30 ans un test HPV est réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique puis tous les 5 ans si le résultat est négatif. (37) Les réactions des médecins interrogés sont mitigées, certains trouvent ces recommandations simplifiantes et d'autres trop complexes. D'autres encore se posent la question de l'acceptabilité d'un intervalle de 5 ans entre deux dépistages, d'autant que les pratiques du dépistage varient, malgré les recommandations, d'un praticien à l'autre. Les médecins ont peur d'inquiéter les femmes à qui on a dit pendant des années qu'il fallait les dépister tous les ans, qu'il ne faut plus rien faire pendant 5 ans. Certains médecins ont même exprimé une certaine incompréhension face à ces recommandations, mais pensent tout de même les appliquer. Pour rappel, il n'y a pas que l'intervalle des frottis qui a varié au fil des recommandations. Les bornes de début du dépistage n'ont pas été fixées clairement pendant longtemps : les recommandations du début des années 1990 fixent le début à 25 ans mais précisent que cet âge peut être ramené à 20 ans ou au début de l'activité sexuelle. Cette ambiguïté persiste jusqu'en 2010. Cette dernière décennie il n'est pas rare que des praticiens débutent les frottis dès le début de l'activité sexuelle en dépit des recommandations. Un certain temps est nécessaire pour s'approprier les recommandations et y adhérer. Mais on peut formuler l'hypothèse que le dépistage organisé va aider à uniformiser les pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide des courriers d'invitation. Dans les entretiens, est souligné le rôle du médecin généraliste dans l'explication de ce qu'est un dépistage : pourquoi et quand faire ce dépistage mais également quand il faut ne pas le faire et pourquoi !

En ce qui concerne les auto-prélèvements par HPV. Une étude française retrouve plutôt un désaccord des médecins avec la pratique de l'auto-prélèvement (73).

Dans les résultats des entretiens, certains médecins mettent en cause la qualité du prélèvement et la nécessité d'être à l'aise avec son corps pour le réaliser. Une expérimentation a eu lieu dans les Bouches du Rhône en 2011(78) et montre que 26,4% des femmes de plus de 30 ans n'ayant pas répondu à une première invitation participent à l'auto-prélèvement et que seulement 7,2% répondent à une relance par invitation pour faire le dépistage classique. La qualité des auto-prélèvements était jugée satisfaisante. L'étude conclut que l'auto-prélèvement est bien accepté et permet d'élargir la couverture de dépistage de la population chez les femmes de plus de 35 ans. Les médecins interrogés ici questionnent également la nécessité de l'examen clinique gynécologique : est-il important de le réaliser régulièrement ou non en l'absence de plainte. Pour d'autres médecins la réalisation du frottis était une occasion de revoir la patiente pour le suivi gynécologique. Si le dépistage passe exclusivement en auto-prélèvement ils craignent la perte de l'aspect qualitatif de la consultation gynécologique. Pour l'instant l'auto-prélèvement n'est pas mis en place, mais les modalités sont en cours d'étude : soit les patientes reçoivent directement le kit chez elle, soit, comme pour le cancer colorectal, elles reçoivent un courrier chez elles qui les invite à venir retirer le kit auprès de leur médecin traitant. Dans ce cas comme le suggèrent les médecins interrogés, il y aurait la possibilité de faire un éventuel examen gynécologique, et le frottis si la femme ne souhaite pas faire l'auto-prélèvement.

III Les populations défavorisées

En ce qui concerne les populations défavorisées, les médecins de l'étude ne pensent pas forcément que le dépistage organisé permet de rattraper ces populations. Il est cependant certain que le dépistage organisé les touche bien plus que le dépistage individuel (72). Il a été suggéré dans une étude de 2010 sur les déterminants socioéconomiques et de couverture d'assurance maladie d'adhésion au dépistage organisé par mammographie dans le Calvados, que les actions ciblées sur les zones où vivent des populations socioéconomiquement défavorisées pourraient avoir un effet sur le taux de dépistage (79) celui-ci étant plus bas dans ces zones.

Pour tout médecin, reste la question d'identifier ces populations défavorisées dans sa patientèle : évaluer la compréhension de ce qu'est un dépistage (ou n'importe quelle autre information de santé) ainsi que la compréhension du fonctionnement du système de soins en France. Le Collège de Médecine Générale recommande de recueillir systématiquement la situation sociale du patient lors de la première consultation, en notant, son âge, son sexe, son adresse, son statut par rapport à l'emploi, son emploi éventuel, son assurance maladie et sa compréhension du langage écrit. (80) Ceci dans le but de lutter contre les inégalités sociales de santé. Ces informations peuvent s'avérer utiles car selon une étude de JP Aubert datant de 1995 sur le dépistage individuel par mammographie des 50-69 ans (81), certains facteurs prédictifs d'échappement au dépistage individuel concernent l'absence de mutuelle. Une hypothèse à formuler est que le dépistage organisé a amélioré la couverture de cette population si le motif d'échappement était la non-proposition du médecin, cette étude étant antérieure au déploiement du dépistage organisé.

Le fait de faire assurer leur suivi par une seule et même personne que ce soit pour la médecine générale ou la gynécologie simplifie le suivi en évitant une multiplication des intervenants et donc des consultations (et de leur coût). Une des médecins qualifie même de perte de chance le fait que le médecin généraliste ne fasse pas les frottis. Il est vrai que le médecin généraliste peut proposer le frottis de façon opportuniste au cours d'une consultation et ainsi « rattraper » un frottis qui n'a pas été fait dans les temps. Et même si la plupart des médecins interrogées sont attachés au fait de consacrer une consultation dédiée à la gynécologie, il n'en reste pas moins vrai que cela peut éviter aux patientes de chercher un autre correspondant gynécologue avec qui prendre rendez-vous, rendez-vous dont les délais d'obtention peuvent être longs et dont les coûts ne sont pas négligeables. Les gynécologues en secteur 1, hors centre de santé ou hôpital, sont rares. Parmi les 916 gynécologues libéraux exerçant à Paris et dans un rayon de 10km, recensés sur le site Ameli, seuls 80 ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires. (82)

IV Les femmes qui ne se font pas dépister

Un des points qui revient le plus dans les entretiens est le rôle du médecin généraliste dans le rattrapage des dépistages pour les patientes qui n'en ont pas fait depuis longtemps voire jamais. Le rôle du médecin généraliste, en plus de proposer de le faire au cabinet, dans un cadre qu'elles connaissent, avec un médecin en qui elles ont confiance, est de comprendre les raisons des réticences des femmes à se faire dépister et d'ouvrir un dialogue. Car derrière un dépistage non fait peuvent se cacher des raisons qui peuvent avoir un rapport avec le dépistage lui-même, un proche décédé d'un cancer, la peur du diagnostic, etc... Mais aussi des raisons qui peuvent ne pas avoir un rapport direct comme simplement des soucis dans la vie personnelle et professionnelle qui font que le dépistage est passé au second plan. Enfin cela peut cacher également comme souligné dans l'un des entretiens des motifs plus graves comme des violences, ou des abus sexuels. C'est là que le médecin généraliste joue un rôle clé pour repérer ces situations. Il est également souligné que dans le cas d'un refus de se faire dépister, après explications il faut respecter ce choix. A noter que dans l'audit sur le dépistage individuel de Aubert JP de 1995 (81), 7 caractéristiques sont associées à un sous-dépistage : l'absence de THS, l'âge de plus de 63 ans, le fait d'être commerçantes, d'avoir un métier à activités manuelles, d'avoir une profession artisanale, d'avoir consulté plus de 9 fois au cabinet du généraliste durant l'année précédant l'enquête et d'être suivie depuis longtemps par le médecin généraliste. Cet audit date de 1995, avant la mise en place du dépistage organisé. Une partie de « l'échappement » de ses femmes était liée à une absence de proposition. Pour les femmes sans mutuelle et chez les artisanes et commerçantes, l'échappement était lié à un suivi irrégulier ou bien pour les commerçantes au fait de ne pas l'avoir fait bien qu'ayant eu l'ordonnance, peut-être par manque de temps. Il est intéressant d'avoir une typologie de « patientes à risque d'échappement au dépistage ».

Le médecin généraliste joue un rôle crucial non seulement auprès des femmes qui font leur dépistage régulièrement mais surtout auprès de celles qui ne le font pas. Ils sont là pour le repérer, comprendre les raisons de ces réticences et le proposer. Ce rôle est d'autant plus facilement joué que ces femmes consulteront probablement plus facilement leur médecin traitant régulièrement que leur gynécologue pour celles qui en ont un. D'autant plus que les femmes qui ne font pas de dépistage (principalement celui du cancer du col de l'utérus) n'ont pas de suivi en gynécologie. Le médecin généraliste doit pouvoir leur proposer ce suivi.

Ménopause

Les controverses des années 2000 ainsi que l'absence de clarté dans les recommandations (83) auront largement contribué à la méfiance des médecins généralistes vis-à-vis du THS comme l'indique la thèse de Nouhad Benchorba soutenue en 2018 sur « Les médecins généralistes et le traitement hormonal substitutif de la ménopause : leurs représentations sur les risques et bénéfices du traitement » (84). Dans les entretiens, il ressort que beaucoup des médecins interrogés repoussent la prescription du THS au maximum voir ne le prescrivent pas ou passent la main au gynécologue. Certains privilégient les approches non médicamenteuse à commencer par les règles hygiéno-diététiques, puis des traitements locaux et parfois de la phytothérapie. Il faut se méfier de cette dernière, car souvent les produits de phytothérapie contiennent des phytoestrogènes. La revue *Prescrire*, souligne que malgré leur aspect anodin, il existe des incertitudes réelles concernant les effets indésirables en traitement prolongé ou à doses élevées (effet immunosuppresseur, risque accru de cancer du sein ou de l'endomètre) (85). Les médecins interrogés insistent sur le rôle du médecin généraliste qui doit connaître les indications et contre-indications de traitement des patientes - y compris quand c'est le gynécologue qui prescrit- car le médecin généraliste connaît les antécédents personnels et familiaux. Bien que les médecins généralistes ne soient pas toujours à l'aise avec le THS, ils insistent sur le rôle d'écoute et d'accueil de la plainte de la patiente. La thèse de Valentine Tomazsek sur les attentes des femmes sur la ménopause vis-à-vis de leur médecin traitant (86) semble le confirmer : les patientes attendent surtout de l'écoute, de l'empathie, de l'honnêteté en plus de la compétence, car c'est leur médecin de famille qui les connaît qui sera le plus à même de proposer une prise en charge personnalisée en collaboration éventuelle avec le spécialiste. La thèse d'Elisabeth Buinoud (87) portant sur le vécu et les représentations de la ménopause confirme ces attentes : le rôle du médecin est prépondérant, les femmes n'attendent pas forcément une prescription médicale mais bien plus une écoute, un dialogue et un échange plutôt à l'initiative du médecin. C'est pour cela que les femmes préfèrent aborder la ménopause avec un médecin femme l'ayant vécu elle-même : elles pensent que ces médecins seront probablement plus à l'aise pour aborder ce sujet.

Au contraire, la thèse de Ségolène Bellanger (88) sur le ressenti et la prise en charge en médecine générale de la ménopause soutient que les médecins généralistes restent des interlocuteurs ponctuels et que les femmes en réfèrent principalement à leur gynécologue pour les questions de ménopause. Elles déplorent que les médecins généralistes ne l'abordent pas plus spontanément et que certaines femmes ne se sentent pas écoutées et ont l'impression que ce sujet n'intéresse pas le médecin généraliste.

Dans les entretiens rapportés dans ce travail, certains mentionnent que le suivi de la femme ménopausée n'intéresse pas forcément le gynécologue et que le rôle du médecin généraliste est de s'en occuper.

Ségolène Bellanger propose un moyen d'aborder la ménopause plus spontanément en consultation de médecine générale qui pourrait être de le faire systématiquement via des outils comme par exemple le *Menopause Quick 6* de Susan Goldstein (89) qui permet une évaluation rapide des symptômes de la ménopause - mais cet outil demande une appropriation et une validation - ou bien une consultation dédiée par l'assurance maladie par exemple comme cela existe pour l'adolescent à 15-16 ans. (90)

Certains médecins interrogés prônent le fait de ne pas faire de la ménopause une maladie, car c'est finalement toute une période de la vie de la femme qui est issu du vieillissement naturel, c'est une évolution physiologique et toutes les femmes n'ont pas de troubles de la ménopause. On pourrait se demander s'il ne faudrait pas démedicaliser la ménopause ce qui s'oppose aux conclusions de la conférence de consensus de 1991 de l'ANDEM qui prônait une surveillance régulière de toutes les femmes traitées ou non (54).

L'évolution du rôle du médecin généraliste

Dans les années 80, certains médecins interrogés ont constaté une diminution de leur activité gynécologique devant l'augmentation du nombre de gynécologues médicaux en ville. En effet jusqu'à la fin des années 90, leur nombre était en augmentation. (91)

Ces dix dernières années, le nombre de gynécologues médicaux diminue. Entre 2007 et 2017, le nombre de ces spécialistes a chuté de 41,6 % et il pourrait passer de 1 136 en 2017 à 531 en 2025. La diminution des gynécologues médicaux replace cette prise en charge de premier recours en partie sur les médecins généralistes. Dans les entretiens, la plupart des médecins généralistes ont constaté une augmentation de leur activité de gynécologie. Ceci s'accompagne d'une évolution profonde des champs d'activités des uns et des autres.

Comme tous les autres CES (Certificat d'Etude Spécialisé) le CES de gynécologie médicale a été supprimé en 1984 pour harmonisation européenne mais le DES (Diplôme d'Etudes spécialisées) de gynécologie médicale qui le remplace n'a été créé qu'en 2003 (92). Il faut noter que la spécialité de gynécologie médicale a été créée en 1965 et n'existe qu'en France ; dans le reste de l'Europe, le suivi gynécologique était assuré par le médecin généraliste. (93) Les gynécologues médicaux se sont battus contre la diminution du nombre d'étudiants formés. En 1997, une pétition est lancée par le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale (CDGM) qui s'intitule « Touche pas à mon gynéco » et est signée par plus de un million quatre cent mille femmes (94). L'objet des revendications du CDGM était le retour de la formation de gynécologie médicale. Les syndicats de généralistes ont répondu par une pétition de professionnels (présentée en annexe) réaffirmant que les médecins généralistes assurent le suivi gynécologique de la majorité des femmes. En l'absence de soutien des spécialistes en gynéco-obstétrique qui eux suivent les femmes également pendant leur grossesse et lors de leur accouchement, les spécialistes de gynécologie médicale n'ont pas obtenu gain de cause et le nombre de postes offerts à l'issue des ECN dès la création du DES en 2003 a été très insuffisant par rapport aux départs en retraite (95). En revanche les syndicats de spécialistes obtiennent lors des négociations conventionnelles l'accès direct dans le parcours de soins coordonné en 2005(96).

Si en 2020 la pratique de la gynécologie par le médecin généraliste est à nouveau mieux acceptée, un des médecins interrogés témoigne du fait qu'il a dû se battre pour pratiquer la gynécologie : pour certains gynécologues le fait que le généraliste la pratique « était scandaleux ». Dans cet article du Monde de 1999 (97) faisant allusion à la pétition « Touche pas à mon gynéco » le Dr Espié, spécialiste de l'ovaire, disait « *Les médecins généralistes ne sont pas formés pour adapter un traitement hormonal, faire une colposcopie indispensable pour pratiquer une biopsie au bon endroit après un frottis douteux, et surtout palper les seins ! La mortalité la plus forte par cancer du sein se situe en Grande-Bretagne, où les patientes sont suivies par le généraliste.* »

Dans le même article, les témoignages des généralistes réaffirment leurs capacités à prendre en charge les plaintes gynécologiques courantes, sans exclure bien sûr le recours pour avis à un gynécologue lorsque c'est nécessaire. Cet avis est partagé par la plupart des interviewés : le gynécologue est un recours en cas de pathologie rare ou grave : suivi de stérilité, endométriose, découverte de cancer...

En mars 2012, le conseil national de l'ordre des sages-femmes adresse une lettre ouverte aux candidats à l'élection présidentielle dans laquelle elles alertent sur le suivi gynécologique insuffisant des femmes.

Dans une tribune du Monde (98), Odile Buisson, Gynécologue Obstétricienne répond aux sages-femmes, en rappelant à quel point, selon elle, les gynécologues médicales sont les mieux placées pour le suivi des femmes. Elle sous-entend que le suivi gynécologique d'une sage-femme ne vaut pas celui d'un médecin et que les velléités des sages-femmes à assurer le suivi gynécologique est dû principalement par une logique économique « *faire le travail du médecin ou du gynécologue, sans avoir de compétence équivalente mais à un coût moindre selon la conception managériale du soin actuellement en vogue. A cet égard, l'arrivée en masse de sages-femmes libérales arrive à*

point nommé pour venir combler le déficit de médecins et le trou creusé par les dépenses de santé ».

Cette tribune appuie le fait qu'aussi bien les médecins généralistes et les sages-femmes ne sont pas acceptés par les gynécologues comme pouvant assurer le suivi des femmes et que pour eux seuls les gynécologues sont légitimes. Le titre de la tribune parle même des gynécologues comme les « *généralistes de la santé génésique* ».

Si les gynécologues pensent ça, ce n'est pas le cas des médecins interrogés ici. Un d'entre eux accueille même l'essor des sages-femmes en ville il y a une dizaine d'années comme un soulagement.

Le problème est bien la définition des champs de compétences des différents spécialistes : généralistes, gynécologues, gynéco-obstétriciens et même sages-femmes.

Les attentes des femmes par rapport à la prise en charge gynécologique évoluent très rapidement. Les effets de cette « pénurie » de gynécologues de ville est étudiée par Fabienne Cretin-Benhayoun dans sa thèse soutenue en 2014 (99). Sont abordés également les facteurs qui vont conduire les patientes à confier leur suivi gynécologique de préférence au gynécologue ou au généraliste. 92% des patientes de l'échantillon étudié (n=109), sont suivies par leur gynécologue. Celles qui sont suivies par leurs généralistes sont plus âgées, n'éprouvent pas de gêne à l'examen gynécologique, et ont obtenu un rendez-vous plus rapidement. Les femmes suivies par un gynécologue sont plus jeunes, ne se sentent pas à l'aise avec leur généraliste pour aborder des questions de gynécologie, et considèrent le gynécologue plus compétent. Mais cette thèse souligne que pour éviter aux femmes de « subir les conséquences » de la diminution du nombre de gynécologues, il faudrait améliorer la formation des généralistes en ce domaine, informer les patientes, améliorer la communication avec les gynécologues et les sages-femmes. Dans les entretiens, les médecins évoquent comme raisons du non-suivi en gynécologie, le fait que leurs patientes ne savent pas que leur médecin traitant fait de la gynécologie, qu'elles ont l'habitude d'être suivi par un gynécologue et d'y être attaché, enfin un sentiment de pudeur envers le médecin de « famille », celui qui suit toute sa famille. Pour leur part, les médecins pensent que certains d'entre eux n'ont pas assez de pratique et de connaissances théoriques.

Dans une étude concernant l'activité des médecins généralistes en Bretagne datant de 2005(100), un des freins à la prise en charge gynécologique par les médecins généralistes est, selon les généralistes eux-mêmes, lié à un manque de compétence : un peu plus de la moitié des médecins (54 %) ayant répondu à l'enquête portent une appréciation positive sur leur pratique de gynécologie, 43 % déclarent ne pas se sentir performants et 3 % ne répondent pas à la question.

La gynécologie a toujours fait partie de la formation du médecin généraliste et en particulier depuis la création du DES de médecine générale en 2004.

A partir de 2004 la médecine générale devient uniquement accessible par un DES (101), pour obtenir ce DES, les futurs généralistes devront faire un internat de 6 semestres comportant :

- un semestre en médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie de court séjour ;
- un semestre en gynécologie et/ou pédiatrie ;
- un semestre en médecine d'urgence.
- un semestre libre
- un semestre chez le praticien de médecine générale (stage de niveau I)
- un semestre selon le projet professionnel de l'interne

La formation en gynécologie est inscrite dans les programmes et les départements de médecine générale veillent à ce que les compétences en ce domaine soient acquises. Un stage obligatoire en gynécologie de 3 à 6 mois doit être réalisé par les futurs médecins généralistes dans le cadre d'un stage couplé gynéco-pédiatrie, mais pour des raisons d'organisation, dans de nombreuses régions, les étudiants doivent choisir entre un stage de 6 mois en gynécologie et un stage de 6 mois en pédiatrie.

En 2010 la maquette de l'internat de médecine générale est modifiée (102) et est offerte la possibilité de réaliser le stage de gynécologie et/ou de pédiatrie en ambulatoire.

En 2017(103), avec la réforme de l'internat, les maquettes de l'ensemble des DES sont réorganisées. En médecine générale le DES comprend désormais 2 phases :

- La phase socle en première année qui comprend un stage chez le praticien de médecine générale (stage de niveau I) et un stage en médecine d'urgence.
- La phase d'approfondissement qui comprend 4 semestres avec un stage de médecine polyvalente à accomplir au cours des deux premiers semestres de la phase d'approfondissement, un stage en santé de la femme, un stage en santé de l'enfant et un stage en soins premiers en autonomie supervisée (stage de niveau 2). En cas d'insuffisance de capacités de formation le stage en santé de la femme et en santé de l'enfant peut être couplé.

La suppression du stage libre laisse la part belle à la réalisation des deux stages de gynécologie et de pédiatrie.

Dans les entretiens, la plupart des médecins sont favorables à cette réforme mais insistent sur le fait que les terrains de stages doivent être adaptés à la médecine générale.

Cette réappropriation d'activité par les médecins généralistes est un avantage pour les patientes qui ne peuvent pas toutes payer les honoraires des gynécologues médicales de ville majoritairement installées en secteur 2 à honoraires libres. Un des médecins interrogés souligne la relation particulière du médecin généraliste avec ses patientes, que ce soit en gynécologie ou dans d'autres domaines : certaines patientes souhaitent discuter de leur prise en charge avec leur médecin traitant avant d'y adhérer.

Au contraire, certaines patientes ne parlent pas spontanément de leur suivi gynécologique. Mais pour les médecins interrogés c'est le devoir du médecin traitant de vérifier et de s'assurer du suivi. Plusieurs médecins interrogés ont insisté sur le fait que les gynécologues écrivent peu de courrier pour informer le médecin traitant du suivi de la patiente. Mais, les généralistes interrogés travaillent néanmoins avec des correspondants qu'ils connaissent personnellement et avec qui ils peuvent communiquer de manière efficace.

Pour la plupart des interviewés, le médecin généraliste peut s'occuper des problèmes gynécologiques courants. Le recours au gynécologue s'imposant en cas de problèmes difficiles ou rares ou pour certains gestes que certains généralistes ne font pas (faute de formation parfois) telle la pose de DIU.

Dans les cabinets de groupe, ou dans les MSP, il arrive souvent que certains généralistes (souvent des femmes) assurent le suivi gynécologique des patientes de leurs confrères (souvent des hommes). Le travail en groupe et en coopération remplace les anciennes habitudes de concurrence entre professionnels.

CONCLUSION

L'étude de l'évolution des recommandations pour le dépistage des cancers féminins et la prise en charge de la ménopause permet d'éclairer les difficultés décrites par les médecins généralistes pour assurer le suivi gynécologique de leurs patientes. Les représentations de ces dernières n'ont pas été étudiées de manière approfondie dans ce travail mais certaines d'entre elles transparaissent dans les propos des médecins : un besoin d'écoute spécifique et la recherche d'un praticien dont la compétence est maximale.

Dans les années 1980-90, les généralistes comme en témoignent les plus âgées d'entre eux, se sont vus écartés du suivi gynécologique de leurs patientes, non seulement par les spécialistes en gynécologie médicale (qui, de plus en plus nombreux, se sont investis dans la contraception et les suivis non compliqués - s'autoproclamant même les « généralistes de la femme ») mais aussi par les institutions qui ont mis en place le dépistage organisé du cancer du sein sans aucune concertation avec les professionnels de terrain.

Les pratiques des médecins généralistes ont été régulièrement interrogées et remises en cause alors même que les recommandations évoluaient et parfois même se contredisaient : ainsi le premier frottis de dépistage préconisé dans les années 1980 précocement dès le début de la vie sexuelle est repoussé à l'âge de 25 ans. De même, le traitement hormonal substitutif de la ménopause dont l'instauration devait être presque systématique ne relève plus maintenant que d'indications de plus en plus rares. Quant au dépistage du cancer du sein, alors que les polémiques concernant son bénéfice en termes d'espérance de vie en bonne santé ne sont pas encore éteintes, il est promu directement par les institutions qui ne laissent aux médecins généralistes que le soin de conseiller les patientes en fonction des résultats des mammographies.

Depuis le décret du 16 janvier 2004, la formation initiale des étudiantes en DES de médecine générale, futurs généralistes, comporte un stage obligatoire en « gynéco-pédiatrie » et surtout la vérification de l'acquisition des compétences nécessaires au suivi gynécologique des patientes. Le décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 rajoute un stage de 6 mois pleins en gynécologie ambulatoire afin de ne pas amputer le stage de pédiatrie et de former les étudiants à la gynécologie telle qu'elle est pratiquée en médecine générale. Ceci devrait rassurer les patientes quant aux compétences de leur médecin traitant et inciter les jeunes généralistes à réinvestir ce champ d'activité. Cet investissement est d'autant plus nécessaire que les gynécologues dont le nombre diminue se concentrent à nouveau sur le cœur de leur métier : conseils et avis spécialisés pour les situations difficiles et que le rôle de la médecine générale dans la lutte contre les inégalités sociales de santé trouve en ce domaine une illustration exemplaire en permettant l'accès de toutes les femmes à des soins de qualité aux tarifs conventionnels et sans pénalités financières.

Annexe 1 : Guide d'entretien

Tableau des caractéristiques des interviewés : Age, Sexe, type d'exercice (libéral, CMS, ville/campagne), nombre d'année d'exercice, année d'installation, formation (Passage en gynéco en stage ?)

1. Diriez-vous que vous avez une grosse, moyenne, petite activité, quelle est la proportion de gynécologie ?
2. Est-ce que vos patientes attendent de vous un suivi gynécologique ?
3. Pensez-vous pouvoir répondre à leurs attentes ? Jusqu'à quel point ?
4. Selon vous quel doit être le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du dépistage des cancers gynécologiques ? et des troubles de la ménopause ? Quelle aide pouvez-vous leur proposer ?
5. Comment organisez-vous ce suivi ? (Dossier médical etc...)
6. Que pensez-vous de l'organisation du dépistage du cancer du col cancer de l'utérus ? Dépistage organisé, auto-prélèvement, population défavorisée...
7. Comment faites-vous pour travailler avec des confrères Gynécologues ou Sages-femmes quand vous en avez besoin ? Lesquels ? Par quel biais et comment ça se passe (vécu) ?
8. Celles de vos patientes qui sont suivies par un Gynécologue ou une Sage-Femme, vous en parlent-elles ? Que pensez-vous des raisons qui les poussent à voir un Gynécologue ou une Sage-Femme ?
9. Durant ses dernières années comment votre rôle a-t-il évolué et comment envisagez-vous les évolutions futures ? (Relancer sur la réforme avec les 6mois d'internat en gynéco)

Annexe 2 : Dépistage organisé vs Dépistage individuel

Définition :

Dépistage individuel ou détection précoce individuelle : dépistage proposé individuellement sur la base de facteurs de risque personnels, exemple âge ou antécédents familiaux, ou à la demande du patient.

Dépistage organisé (ou de masse) : action de santé publique vers une population saine (apparemment) et asymptomatique.

Les 10 critères oms du dépistage organisé (104)

1. La maladie doit représenter un important problème de santé publique.
2. Il doit exister un traitement accepté pour les patients ayant une maladie reconnue.
3. Les équipements de diagnostic et de traitement doivent être disponibles.
4. Il doit exister une phase latente ou symptomatique précoce reconnaissable.
5. Il doit exister un test ou un examen approprié.
6. Le test doit être acceptable pour la population.
7. L'histoire naturelle de la maladie, notamment son développement du stade latent à celui de la maladie déclarée, doit être correctement connue.
8. Il doit exister une politique convenue spécifiant qui sont les patients à traiter.
9. Le coût de la recherche des cas (qui inclut un diagnostic et le traitement des patients diagnostiqués) doit être économiquement équilibré, en termes de possibles dépenses pour les soins médicaux dans leur ensemble.
10. La recherche des cas doit être un processus continu et non une opération conduite « une fois pour toutes ».

	Dépistage organisé	Dépistage individuel
Méthode de dépistage	Fixée dans le cadre du programme	Choisie par le patient et le professionnel de santé
Objectif	Réduire la mortalité au niveau de la population	Réduire l'incidence/mortalité au niveau individuel
Performances du test de dépistage	Spécificité la plus élevée privilégiée	Sensibilité la plus élevée privilégiée
Fréquence du dépistage	Fixée afin de maximiser le bénéfice collectif à un coût raisonnable	Variable
Ressources financières disponibles	Déterminées au niveau populationnel en prenant en compte tous les aspects du système de santé	Selon les ressources individuelles et la couverture assurantielle
Assurance qualité	Systematique	Non systematique
Taux cible de recours	Spécifiés et faisant l'objet d'un suivi	Non
Population invitée	Toutes les personnes de la population cible de façon systematique	En fonction des contacts avec le système de soins
Stratégie de recrutement	Active	Passive
Égalité d'accès	Recherchée activement	Non assurée
Bénéfices	Maximisés au niveau de la population dans le cadre des ressources disponibles	Maximisés au niveau individuel
Risques	Minimisés au niveau de la population dans le cadre des ressources disponibles	Pas forcément minimisés

Tableau 2 : Les principales différences entre dépistage organisé et dépistage individuel (11)

Annexe 3 : Pétition « Les médecins généralistes font de la gynécologie ! »

Les médecins généralistes font de la gynécologie !

Une campagne d'opinion suggère que confier le suivi gynécologique des femmes à la médecine générale représenterait un risque pour la qualité des soins dont bénéficient les femmes qui consultent régulièrement un gynécologue, les médecins généralistes n'ayant pas les compétences pour répondre à leurs besoins.

Médecins généralistes, nous sommes scandalisés par cette campagne de désinformation et de dénigrement.

- L'étude de l'activité des médecins montrent que de fait les médecins généralistes pratiquent souvent des actes de gynécologie et d'obstétrique.
- De nombreuses femmes ne consultent pour le suivi gynécologique que des médecins généralistes. La gynécologie représente une part très importante de l'activité de la plupart des médecins généralistes femmes.
- De nombreux médecins généralistes suivent les grossesses seuls ou en équipe, voire en réseaux avec des maternités parfois jusqu'au huitième mois.
- De nombreuses études attestent de la qualité des actes gynécologiques pratiqués par les médecins généralistes.
- Le dépistage des cancers est l'une des missions de la médecine générale. Le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus et la prescription de mammographie pour le cancer du sein font parties de la pratique quotidienne des médecins généralistes.
- Les médecins généralistes touchent la population plus âgée et aussi souvent la plus précaire, et donc les plus à risques en matière de cancer gynécologiques.
- Les médecins généralistes peuvent favoriser l'accès aux soins et au dépistages gynécologiques de toutes les femmes, sur tout le territoire, et pas seulement d'une minorité, parfois plus privilégiée.
- Pour des raisons sociologiques, certaines adolescentes préfèrent ne plus consulter leur médecin de famille, certaines femmes désirent un autre interlocuteur que leur médecin habituel, d'autres souhaitent consulter une femme plutôt qu'un homme. Ces raisons ne sont pas significatives de niveaux de compétence.

La possibilité de consulter en première intention un médecin généraliste pour les problèmes gynécologiques les plus fréquents, nécessite pour autant la possibilité de consulter en deuxième intention un gynécologue capable de résoudre des problèmes plus spécialisés.

Nous estimons qu'il est temps d'aborder les problèmes de santé en fonction des besoins et des missions respectives des différents acteurs qui répondent aux vrais besoins des usagers et aux missions de santé publique.

RESUME

L'objectif de ce travail est d'étudier l'évolution du rôle du médecin généraliste en France au cours des cinquante dernières années dans le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus ainsi que dans le suivi de la ménopause.

Une recherche documentaire a été associée à des entretiens semi-directifs de médecins généralistes dont l'activité habituelle comprend ou non une part importante de suivi gynécologique de leurs patientes.

Le dépistage du cancer du sein, repose à la fois sur un dépistage individuel et un dépistage organisé. Ce dernier qui a été généralisé en 2001, peine à supplanter le dépistage individuel et fait toujours l'objet de controverses quant à son impact en termes d'années de vie gagnées en bonne santé.

Le dépistage du col de l'utérus est resté très longtemps un dépistage individuel reposant initialement sur des frottis avec étalement sur lame et relevant maintenant de prélèvements à la recherche du virus HPV. Le dépistage organisé commence seulement depuis 2018 à se déployer.

Le traitement hormonal substitutif de la ménopause, longtemps prôné, est désormais sévèrement critiqué.

Les médecins généralistes ont une place particulière dans le dépistage des cancers gynécologiques de type « rattrapage » pour les femmes ne le faisant pas.

Les médecins généralistes ont un rôle d'écoute, de soutien et de conseil pour les femmes traversant une ménopause difficile. Ils suivent les recommandations actuelles.

Le rôle du médecin généraliste a évolué avec les variations du nombre de gynécologues médicaux et leur propre ressenti de leurs compétences en gynécologie.

Mots clés : histoire de la médecine générale, soins primaires, femmes, dépistage du cancer du sein, dépistage du cancer du col de l'utérus, ménopause