

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2021

N° : 36

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

VERDUN Laure, Sophie

Née le 04/06/1992 à METZ

**Les déterminants de la pratique dédiée à la santé de la femme dans
l'exercice futur des internes de Médecine Générale**

Étude qualitative par Focus Group auprès des internes de Médecine Générale de la
Faculté de Médecine de Strasbourg issus de la réforme du 3ème cycle

Président de thèse : Professeur Philippe DERUELLE

Directrices de thèse : Docteure Karima BETTAHAR et Docteure Claire DUMAS-
BREITWILLER



FACULTÉ DE MÉDECINE (U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** : M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** : M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** : M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
(1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
(1989-1994) M. VINCENDON Guy
(1994-2001) M. GERLINGER Pierre
(2001-2011) M. LUDS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** : M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** : M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Haute-pierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
EHLLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
HANNEDOUCH Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologie)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01	Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00	Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatodigestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCÉF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01	Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénéréologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01	Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01	Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010	• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dr CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GROS-BERTHOUE Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dr GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dr LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dr MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dr PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dr RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dr WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
 - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
 - BELLOQC Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELNANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.20 - Fax : 03.88.85.35.18 ou 03.88.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses.
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe DERUELLE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A mes deux directrices de thèse,

Madame le Docteur Karima BETTAHAR,

Merci de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas en gynécologie. Mon attrait pour la santé de la femme a été conforté par nos échanges.

Madame le Docteur Claire DUMAS-BREITWILLER,

Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail, pour tes lectures attentives et tes précieux conseils méthodologiques.

A toute les deux, je tiens à vous témoigner ma reconnaissance pour votre investissement dans la formation des jeunes médecins généralistes. La complémentarité de votre intérêt pour le suivi des femmes à l'hôpital et au cabinet de médecine générale concourt à la richesse de ce travail.

A Monsieur le professeur Nicolas SANANES,

Vous avez accepté de participer à ce jury. Je vous remercie de toute l'attention que vous avez porté à ce travail.

A Monsieur le Professeur Bernard GOICHOT,

Vous avez accepté de juger ce travail. Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

Aux 22 internes qui ont accepté de participer aux entretiens,

Sans vous ce travail n'aurait pas vu le jour. Merci pour ces échanges très enrichissants.

A l'ensemble de l'équipe du service de Médecine Physique et Réadaptation de Mulhouse, et en particulier :

Au Docteur Pauline MUDZINSKY, qui m'a guidée dans mes premiers pas d'interne.

Au Docteur Patrick BRONNER, pour sa grande pédagogie et sa passion pour la médecine.

Au Docteur Christian WIDOLFF à Brunstatt (68),

Merci à vous et votre femme Françoise pour votre accueil très chaleureux. Merci de m'avoir profondément fait aimer la médecine générale. Vous m'avez beaucoup appris, aussi bien sur le plan professionnel qu'humain. Cela restera une belle expérience.

Au Docteur Christine HILD à Altkirch (68) et au Docteur Serge MOSER à Hirsingue (68),

Merci pour votre accueil, votre pédagogie et pour mes premières visites à domicile au cœur de la vallée du Sundgau.

A l'équipe du service de pédiatrie de Colmar, et en particulier à l'équipe du service des nourrissons, qui m'a enseigné l'habileté du soin des plus petits.

A l'équipe du réseau RePPOP ODE (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique) de Mulhouse,

Au Docteur Fatiha GUEMAZI-KHEFFI, qui a accepté de m'accueillir au sein de son équipe. Au Docteur Marion PUJO, nous avons partagé un séjour auprès des jeunes diabétiques pendant mon externat, et nos chemins se sont recroisés 5 ans plus tard. Merci pour tes précieux conseils.

A l'équipe du service de gynécologie-obstétrique du Centre Médico-Chirurgical Obstétrique (CMCO) à Strasbourg, et en particulier aux internes de gynécologie, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes qui m'ont permis d'approfondir la prise en charge des patientes sur le versant médical de la gynécologie.

A l'équipe de Protection Materno-Infantile de Strasbourg, et tout particulièrement au Docteur Chantal RUOLT, au Docteur Nathalie GOLDSCHMITD et au Docteur Catherine GUERRIER, qui m'ont permis de finir l'internat sur une note positive et enrichissante.

A l'équipe de Protection Materno-Infantile de Haguenau, pour m'avoir offert un accueil si chaleureux et bienveillant. J'ai beaucoup appris en travaillant à vos côtés.

Au Docteur Albert ELMERICH, qui m'a suivie depuis toute petite, vous m'avez donné l'envie de devenir médecin généraliste.

Aux médecins généralistes qui m'ont confié leurs patients. J'ai pris beaucoup de plaisir à venir vous remplacer depuis plus d'un an déjà.

A mes parents, merci de m'avoir offert une enfance merveilleuse. Je vous dois une immense reconnaissance pour votre confiance et vos encouragements depuis le début de mes études.

A mon papa, pour ta passion de l'enseignement et ton envie insatiable de transmettre. J'ai eu la chance d'en bénéficier depuis toujours. Je t'aime.

A ma maman, pour ta patience, ton écoute et ta douceur. Grâce à toi, j'espère reproduire toujours cela avec mes proches et mes patients. Je t'aime.

A mon petit frère, Bertrand,

Merci de m'avoir supporté durant ces longues années d'étude ! Ta présence m'a toujours donné des forces. Je suis fière de toi, je t'aime.

A Emma,

Tu seras toujours la bienvenue dans la famille. Le monde des soignants a besoin d'une personnalité pétillante et déterminée comme la tienne. Merci d'être là.

A ma mamie Ginette,

Que j'aime tant. J'ai la chance de t'avoir encore avec moi, ton esprit est ailleurs mais ton cœur est bien là. Tu as traversé des moments difficiles sans jamais baisser les bras, merci de m'avoir transmis ta force et ton courage.

A mon papy et ma mamie, papy Marc et mamie Monique

Des grands-parents en or. Pour votre soutien inconditionnel, votre écoute attentive et votre joie de vivre. Vos valeurs sont précieuses. Je vous aime très fort.

A tonton René et Marie-Thérèse,

Votre amour se lit dans vos yeux à chacune de nos rencontres, merci de m'avoir soutenue durant toutes mes années d'étude. Votre présence m'est chère. Je vous aime.

A mes cousines, Hélène, Julie et Isabelle,

Merci les filles pour tous ces moments partagés ensemble. Nos papotages et nos moments de complicité ont grandement contribué à mon épanouissement.

A mes cousins, Thibault, Guillaume et Nicolas,

Merci de m'avoir fait vivre ces vacances d'été inoubliables chez papy et mamie. Je vous souhaite le meilleur dans votre vie d'adulte.

A Jonathan et Isabelle,

Mes Boing préférés, vous faites partie de la famille. Merci de m'avoir enseigné la guitare il y a 17 ans déjà ! A nos partages musicaux et nos soirées jeux de société. Merci de m'offrir ces bulles de bonheur qui contribuent encore à mon équilibre.

A mes amies nancéennes,

Bénédicte, Betty et Sarah,

A nos « réunions Tupperware » qui nous ont tellement remonté le moral pendant la P1, notre rencontre au foyer d'étudiants restera gravée dans mon cœur.

Pauline,

Une amitié solide qui dure depuis plus de 10 ans, et se renforce même avec la distance. Merci pour ton écoute et ton soutien sans faille. A nos fous rires, et à tous ceux à venir.

Ayria,

Notre rencontre au bloc de chirurgie cardiaque à Metz s'est soldée par une grande amitié. Merci pour nos discussions sans fin, ta curiosité et ton optimisme. Notre expérience commune à La Réunion m'a donné le goût de l'aventure. Je te souhaite le meilleur dans le Sud-Ouest !

Sarah,

Ton amitié m'est très précieuse. Merci pour ton temps, tes relectures et tes remarques pertinentes qui m'ont permis de donner à mon travail toute sa clarté.

Émilie et Manon,

Nous nous sommes rencontrées sur les bancs de la fac et avons traversé ensemble la frontière Alsace-Lorraine pour débiter notre internat à Mulhouse. Merci pour nos moments de complicité et de soutien.

Aux belles amitiés nées en Alsace, Chloé, Alice, Charly, Manon H., Marie, Stanislas, Flore, Solveig, Vincent, Lou, Léa, Agathe et Mazarine, vous avez embelli mon quotidien ces 4 dernières années.

A mon chachou, qui a suivi toutes les étapes de mes études, et a dévoré les livres de médecine à sa manière !

RÉSUMÉ

Introduction : L'offre de soins ambulatoires spécifique à la santé féminine se raréfie. En majorant la durée du Stage en Santé de la Femme de 3 à 6 mois et la formation ambulatoire, la réforme du 3^{ème} cycle encourage les internes à réinvestir ce suivi spécifique dans leur pratique globale du soin. L'objectif de cette enquête est de recueillir les déterminants objectifs et subjectifs influençant leur activité future dans ce domaine.

Méthode : Une étude prospective qualitative par Focus Group a été menée auprès de 22 internes de Médecine Générale. En pratique, 3 entretiens collectifs ont été organisés de janvier à février 2020 à la faculté de médecine de Strasbourg.

Résultats : La qualité de la formation théorique et pratique est décisive. Les internes déplorent le manque d'encadrement et des pratiques inadaptées en stage hospitalier. En ambulatoire, l'intégration de l'interne et la fréquence des consultations dédiées à la femme sont déterminantes. Les caractéristiques du médecin généraliste et la démographie médicale les orientent vers cette pratique. A l'inverse, leur perception de compétences limitées attribuées au spécialiste est justifiée par la complexité de la discipline et la notion de risque médico-légal. La familiarité de la relation médecin de famille/patiente soulève des avis contraires, perçue à la fois comme potentiel levier et frein. Le projet professionnel, individuel et évolutif, demeure essentiel pour l'investissement dans cette spécialité.

Les facteurs émotionnels - manque de confiance, gêne, sentiment de dévalorisation - concourent au « désamour » pour la discipline notamment pour les gestes techniques. Les facteurs attribués aux patientes - défaut de suivi, carence d'information, préférence pour le spécialiste, pudeur et peur de l'examen - sont cités. Le genre masculin de l'interne est perçu comme un frein potentiel.

Conclusion : Les participants projettent de sélectionner les actes pour lesquels ils se sentiront formés et à l'aise. Il semble nécessaire d'exposer les internes à ces consultations spécifiques dans un environnement cohérent avec leur activité ultérieure. Ils aspirent aussi à une reconnaissance de leur statut.

TABLE DES MATIERES

Serment d'Hippocrate.....	15
REMERCIEMENTS.....	17
RÉSUMÉ.....	21
TABLE DES MATIERES.....	23
LISTE DES ABREVIATIONS.....	27
TABLE DES ILLUSTRATIONS	29
TABLE DES TABLEAUX	31
INTRODUCTION	33
ETAT DES LIEUX.....	35
A. Démographie de la population féminine en France et en Alsace	35
B. Démographie médicale en matière de gynécologie-obstétrique en France et en Alsace	35
1. Médecins généralistes	35
2. Gynécologues obstétriciens et médicaux	38
3. Sages-femmes	39
4. Synthèse de l'offre de soins spécifique à la santé de la femme.....	40
C. Données sur la pratique gynécologique en médecine générale	41
D. Formation actuelle des internes de médecine générale en santé de la femme	44
1. La réforme du 3 ^{ème} cycle	44
2. La formation théorique	44
3. Les terrains de stage « Santé de la femme » proposés en Alsace.....	45
4. Perspectives.....	46
QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.....	47
A. Question de recherche	47
B. Objectif principal	47
C. Objectifs secondaires.....	47

MATERIEL ET METHODE.....	49
A. Choix de la méthode.....	49
B. Population étudiée	49
1. Population cible.....	49
2. Mode de recrutement.....	49
E. Organisation des groupes de discussion.....	50
F. Recueil des données	50
G. Retranscription des données	51
H. Analyse des résultats.....	51
I. Aspects éthiques	52
RESULTATS	53
A. Déroulement des Focus Group.....	53
1. Conditions générales	53
2. Conditions spécifiques à chaque groupe	53
B. Population étudiée	54
1. Age	54
2. Sexe	54
3. Cursus.....	55
4. Formations complémentaires.....	56
5. Projet professionnel.....	57
C. Résultats de l'analyse qualitative	57
1. Les leviers à la pratique dédiée à la santé de la femme	57
1.1. Formation universitaire	59
1.2. Rôles du médecin généraliste.....	63
1.3. Leviers liés aux patientes.....	70
1.4. Démographie médicale.....	72
1.5. Projet professionnel	74
2. Les freins à la pratique dédiée à la santé de la femme	78
2.1. Formation universitaire pratique	80
2.2. Formation universitaire théorique	85
2.3. Formations complémentaires.....	87
2.4. Freins liés aux patientes	88
2.5. Projet professionnel	92

2.6. Sexe du médecin.....	94
2.7. Freins émotionnels	97
2.8. Freins liés à la discipline.....	100
3. Résultats secondaires	103
DISCUSSION.....	115
A. Discussion de la méthode : forces et limites	115
1. Étude qualitative par Focus Group	115
2. Population étudiée	115
3. Guide d'entretien et interview.....	116
4. Analyse	118
B. Discussion des résultats.....	119
1. Réponses à l'objectif principal.....	119
a) Déterminants objectifs : curriculum vitae de médecins en devenir	119
b) Déterminants liés à la profession	124
c) Déterminants subjectifs propres aux internes : curriculum "caché"	127
2. Réponses aux objectifs secondaires.....	133
a) Représentations de la santé de la femme par les IMG	133
b) Projection des internes et pistes d'amélioration.....	134
CONCLUSION	137
BIBLIOGRAPHIE.....	139
ANNEXES	143
Annexe 1 : Journal de bord.....	143
Annexe 2 : Fiche d'information et de non-opposition à la participation	145
Annexe 3 : Questionnaire quantitatif individuel et anonyme.....	147
Annexe 4 : Guide d'entretien collectif	149
Annexe 5 : Grille COREQ (30)	151
Annexe 6 : Flyer créé par l'URML	153
Déclaration sur l'honneur	155

LISTE DES ABREVIATIONS

IMG : Internes de Médecine Générale

SSF : Stage en Santé de la Femme

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

HPV : Human Papillomavirus

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

ARS : Agence Régionale de Santé

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

Loi HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

FCU : Frottis Cervico-Utérin

DIU : Dispositif Intra-Utérin

THM : Traitement Hormonal de la Ménopause

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DU : Diplôme Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Régional

DMG : Département de Médecine Générale

MSU : Maîtres de Stage des Universités

MFPP : Mouvement français pour le Planning Familial

PMI : Protection Materno-Infantile

SUMPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de
Strasbourg

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

MG : Médecin Généraliste

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

PMA : Procréation Médicalement Assistée

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues). TCAM : taux de croissance moyen annuel.....	36
Figure 2 : Variation des densités départementales de médecins généralistes en activité régulière entre 2017 et 2018 (%)......	37
Figure 3 : Évolution des effectifs de gynécologues médicaux en région Grand Est entre 2012 et 2016.....	38
Figure 4 : Modes d'exercice des sages-femmes - Rapport d'activité du CNOSF (2018)	39
Figure 5 : Évolution du nombre de sages-femmes libérales et polyactives au cours des 5 dernières années - Rapport d'activité du CNOSF (2018)	39
Figure 6 : Répartition de la population selon le sexe	54
Figure 7 : Semestre d'internat actuel des internes	55
Figure 8 : Stage en cours	55
Figure 9 : Stage « santé de la femme » validé ou en cours	56
Figure 10 : Consultations régulières dédiées à la santé de la femme en ambulatoire (quel que soit le stage)	56
Figure 11 : Participation à la Formation complémentaire « Santé de la femme » à la faculté.....	56
Figure 12 : Projet d'activité future des internes.....	57
Figure 13 : Motivations à la pratique de la santé de la femme chez les IMG.....	58
Figure 14 : Mise en relation des facteurs motivant les IMG à s'investir dans le suivi de la santé de la femme	77
Figure 15 : Obstacles à la pratique de la santé de la femme chez les IMG.....	79
Figure 16 : Mise en relation des facteurs limitant les IMG à s'investir dans le suivi de la santé de la femme.....	102
Figure 17 : Représentations de la santé de la femme et suggestions pour améliorer cette pratique en médecine générale selon les IMG.....	104
Figure 18 : L'information des patientes : une solution apportée par les IMG pour favoriser l'investissement dans la discipline.....	114
Figure 19 : Facteurs explicites et implicites déterminant la place que les internes s'octroient dans les soins dédiés aux femmes.....	132

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Nombre de femmes en France et en Alsace en 2020 comparé à 2000, selon les recensements de la population de l'INSEE	35
Tableau 2 : Indicateurs de positionnement et valeurs de référence – Densités (pour 100 000 habitants) et effectifs de médecins généralistes en activité régulière en 2018 (5).....	37
Tableau 3 : Densités calculées des différents professionnels de santé en 2018 (nombre de professionnels pour 100 000 femmes, toutes classes d'âges incluses).....	40

INTRODUCTION

Devant la diminution du nombre de gynécologues depuis les années 2000, les médecins généralistes occupent désormais une place centrale dans les actes de soins apportés aux femmes, notamment en matière de gynécologie et de prévention (1).

Le Collège National de Gynécologie-Obstétrique Français (CNGOF) précise d'ailleurs que « *les spécialistes de la gynécologie obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens de dépistage et systématique, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause* » (2).

Les médecins généralistes sont donc exposés à un double défi : pallier l'effondrement démographique actuel des gynécologues et répondre aux objectifs de santé publique dans cette discipline. Ainsi, le contexte plaide pour une augmentation nécessaire de cette activité, en incitant les généralistes à réinvestir le suivi de la femme au sein de leur pratique holistique habituelle du soin.

Leurs compétences en soins primaires leur permettent déjà d'assurer une grande part du suivi des patientes. En effet, la formation des médecins généralistes, validée par le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale, comporte l'acquisition de compétences cliniques relatives à la sexualité et la génitalité (3).

Jusqu'alors, ces situations pouvaient être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, dans les stages ambulatoires femme/enfant et dans les stages hospitaliers de gynécologie.

En pratique, cet objectif se heurtait à la faible exposition des internes dans leur milieu d'exercice futur (3). A ce titre, la réforme du 3^{ème} cycle mise en place en 2017 vise à multiplier les terrains de Stage en Santé de la Femme (SSF) en ambulatoire afin d'exposer les internes à ces consultations spécifiques dans un environnement cohérent avec leur activité ultérieure.

Les recherches bibliographiques préliminaires à ce travail de thèse nous ont permis de recenser de nombreux travaux analysant les freins et les leviers relatifs à la pratique du suivi gynécologique en médecine générale, du point de vue des médecins et des patientes.

Aussi, les facteurs déterminant le choix des femmes à confier leur suivi spécifique à leur médecin généraliste ou leur gynécologue ont fait l'objet de plusieurs études.

En revanche, l'analyse d'opinion des internes de médecine générale sur le sujet est bien moins approfondie et n'a pas été élucidée depuis la mise en place de la réforme du 3^{ème} cycle.

A ce titre, il nous paraissait indispensable de donner la parole aux médecins généralistes de demain, afin de recueillir les déterminants objectifs et subjectifs influençant leur pratique future dans le domaine de la santé de la femme.

ETAT DES LIEUX

A. Démographie de la population féminine en France et en Alsace

Selon les données de l'INSEE parue en janvier 2020 (4), voici quelques chiffres concernant la population féminine en Alsace. Nous avons choisi de comptabiliser l'ensemble des femmes du territoire alsacien. La tranche d'âge 0-19 ans nous semblait importante afin de ne pas exclure les jeunes filles en âge de recevoir la vaccination contre les infections à Papillomavirus humains (HPV), recommandée dès l'âge de 11 ans.

	En 2000	En 2020	Croissance (en %)
FRANCE	31 142 350	34 666 524	+ 11,3 %
ALSACE	891 305	971 873	+ 9 %
<i>Bas-Rhin</i>	<i>529 023</i>	<i>582 814</i>	<i>+ 10,2 %</i>
<i>Haut-Rhin</i>	<i>362 282</i>	<i>389 059</i>	<i>+ 7,4 %</i>

Tableau 1 : Nombre de femmes en France et en Alsace en 2020 comparé à 2000, selon les recensements de la population de l'INSEE

L'accroissement de la population féminine et l'allongement de l'espérance de vie entraînent une augmentation des besoins en matière de suivi médical. La prise en charge de la santé de ces femmes et des problématiques spécifiques à leur genre relève de l'activité de professionnels de santé co-compétents, en particulier les gynécologues-obstétriciens, les médecins généralistes et les sages-femmes. Leur répartition démographique permet d'apprécier l'offre de soins et de projeter le partage de cette activité.

B. Démographie médicale en matière de gynécologie-obstétrique en France et en Alsace

1. Médecins généralistes

Dans son Atlas de la démographie médicale en France publié en 2018 (5), le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) recense **87 801 médecins généralistes en activité régulière en France**, dont **2 564 en Alsace** (tous modes d'exercice). L'âge moyen est de 50,6 ans.

Étant donnés la pyramide des âges, les départs en retraites et le recul de l'âge de la première installation, on constate une diminution du nombre de médecins généralistes en France, avec une régression de 7 % entre 2010 et 2018. D'après leurs analyses (5), cette tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 804 médecins généralistes en activité régulière.

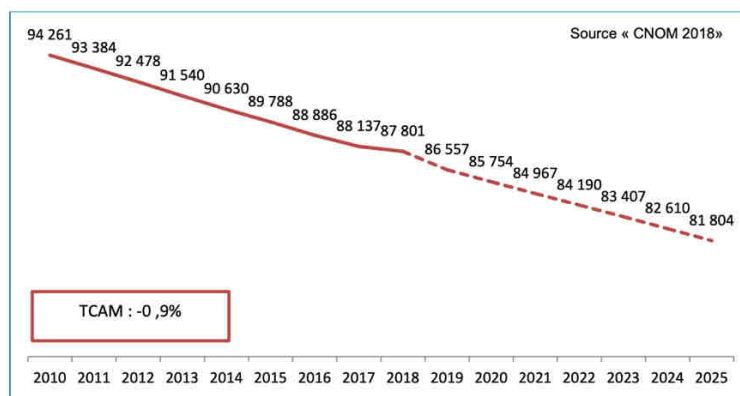


Figure 1 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues). TCAM : taux de croissance moyen annuel

La variation 2017-2018 des effectifs des médecins généralistes en activité régulière est de - **0,57 %** dans le Grand Est. Mayotte et la Normandie représentent les deux régions les plus touchées (- 3,60 % et - 1,78 % respectivement).

Il existe cependant des différences à l'échelle départementale. En effet, en Alsace, on note une augmentation du nombre de médecins généralistes dans le Bas-Rhin (+ 0,61 %) et une diminution dans le Haut-Rhin (- 1,29 %), avec des effectifs respectifs de **1635** et **929 médecins généralistes**. La densité de médecins généralistes en activité régulière en 2018 est considérée comme haute dans le Bas-Rhin (144,1), et moyenne dans le Haut-Rhin (119,4).

	Densité valeur	Densité variation	Effectifs valeur	Effectifs variation
Alsace				
Bas - Rhin	144,1	+ 0,07 %	1 635	+ 0,61 %
Haut - Rhin	119,4	- 1,68 %	929	- 1,29 %
Médiane (France)				
	126,90	- 0,01 %	627	- 0,56 %

Tableau 2 : Indicateurs de positionnement et valeurs de référence – Densités (pour 100 000 habitants) et effectifs de médecins généralistes en activité régulière en 2018 (5)

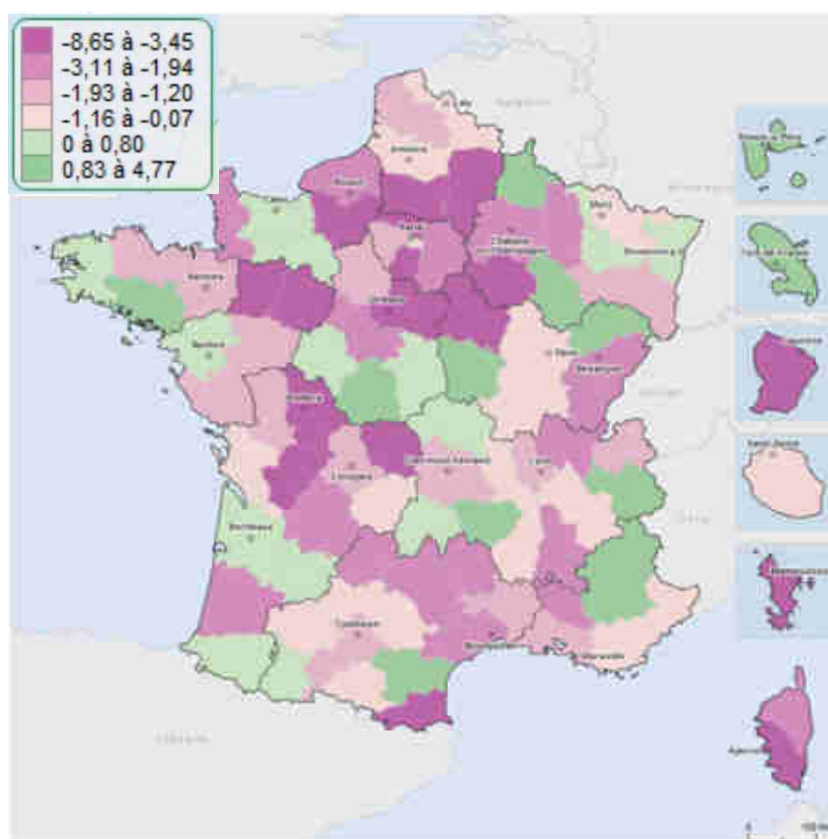


Figure 2 : Variation des densités départementales de médecins généralistes en activité régulière entre 2017 et 2018 (%)

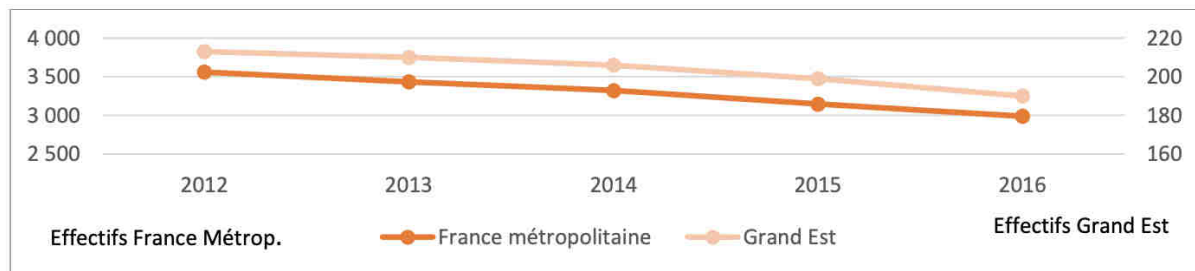
La part des médecins généralistes de moins de 40 ans représente 22,3% dans le Bas-Rhin et 19,2% dans le Haut-Rhin. La proportion des plus de 60 ans est de 22,4% et 24,3% respectivement.

2. Gynécologues obstétriciens et médicaux

Dans son rapport « *État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est* » publié en 2017 (6), l'ARS recense **2 989 gynécologues médicaux** et **4 361 gynécologues obstétriciens** au 1^{er} janvier 2016 en France métropolitaine.

En Alsace, le Bas-Rhin rassemble **35 gynécologues médicaux** et **127 gynécologues obstétriciens**, contre **14** et **70** respectivement dans le Haut-Rhin (un praticien qui exerce dans deux départements différents est comptabilisé dans chaque département).

Le nombre de gynécologues médicaux a fortement diminué en région Grand Est (- 10,8 %) comme en France métropolitaine (- 16,0 %).



Source : RPPS au 01.01.2016 - Exploitation ARS Grand Est, à partir de l'application « Portrait de territoire »

Figure 3 : Évolution des effectifs de gynécologues médicaux en région Grand Est entre 2012 et 2016

En Alsace, selon des données de l'ARS de 2016 (6), on note une forte propension d'activité libérale pour les gynécologues médicaux, avec 54,3 % de libéraux dans le Bas-Rhin et 71,4 % dans le Haut-Rhin. Les gynécologues obstétriciens libéraux représentent quant à eux un peu plus d'un tiers des effectifs dans les deux départements.

Les gynécologues médicaux de plus de 60 ans représentent 29 % des effectifs en Alsace, avec un âge moyen de 59,3 ans dans le département du Bas-Rhin et de 60,9 ans dans le département du Haut-Rhin.

Les taux de féminisation dans cette spécialité sont de 72 % dans le Bas-Rhin et 100 % dans le Haut-Rhin ce qui est supérieur à la moyenne nationale (56 %).

3. Sages-femmes

Au 1^{er} janvier 2018, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) comptait **22 835 sages-femmes actives en France**. La profession est représentée par une large majorité de femmes (97,3 %). Les sages-femmes constituent une population jeune au regard des autres professions de santé, avec une moyenne d'âge de 41 ans (7). Leur mode d'exercice est majoritairement hospitalier (cf. *figure 5*).

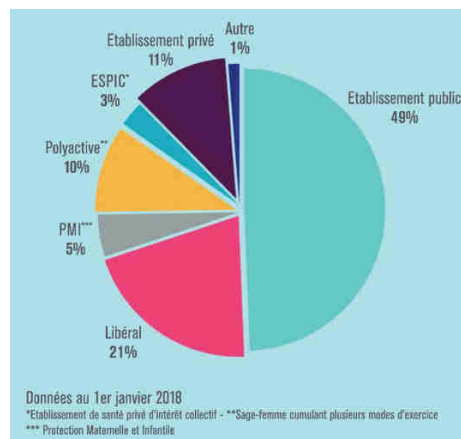


Figure 4 : Modes d'exercice des sages-femmes - Rapport d'activité du CNOSF (2018)

Entre 2014 et 2018, le nombre de sages-femmes exerçant en libéral a augmenté de 43 %.



Figure 5 : Évolution du nombre de sages-femmes libérales et polyactives au cours des 5 dernières années - Rapport d'activité du CNOSF (2018)

En 2017, le CNOSF (8) recensait **744 sages-femmes actives en Alsace**, dont **117** en exercice libéral (soit plus de 15 %). Dans son étude sur le marché du travail des sages-femmes paru en 2016 (9), la densité était de **90 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 ans et plus**.

Devant la pénurie annoncée des gynécologues et des généralistes et suite à la loi HPST promulguée en 2009 (Hôpital, Patients, Santé, Territoire), la profession de sage-femme a vu ses missions s'élargir en France. Cette réforme visait à mieux répondre aux besoins des femmes en bonne santé concernant leur suivi gynécologique de prévention et de contraception (10).

Cependant, le CNOSF a pris conscience des effets préjudiciables de la croissance continue de son effectif de professionnels actifs, beaucoup plus importante que celle du nombre de femmes en âge de procréer et de naissances. Pour la majorité des nouveaux diplômés, l'entrée sur le marché du travail dans de bonnes conditions est d'ores et déjà devenue problématique et ces difficultés vont fortement s'aggraver dans les années à venir (11).

4. Synthèse de l'offre de soins spécifique à la santé de la femme

A partir des données démographiques citées précédemment, nous résumons ci-après l'offre de soins aux femmes en France et en Alsace par les différents professionnels de santé.

		Population féminine en 2016	Population féminine en 2018	Médecins généralistes (2018)	Gynécologues (2016)		Sages-femmes (2018)
					Médicaux	Obstétriciens	
France	Effectif	34 372 558	34 546 238	87 801	2 989	4 361	22 835
	Densité calculée		/	254,16	8,70	12,62	66,10
Alsace	Effectif	965 038	969 295	2564	49	197	744
	Densité calculée		/	264,52	5,08	20,32	76,76

Tableau 3 : Densités calculées des différents professionnels de santé en 2018 (nombre de professionnels pour 100 000 femmes, toutes classes d'âges incluses)

Le tableau 3 met en évidence l'inégalité majeure entre ces trois professions concernant leur capacité d'offre de soins aux femmes. Les médecins généralistes, malgré leur effectif décroissant, restent en première ligne du parcours de soin des femmes de par leur nombre et leur potentielle facilité d'accès.

C. Données sur la pratique gynécologique en médecine générale

Nous avons recensé de nombreux travaux concernant l'activité de gynécologie des médecins généralistes installés en France, mettant en évidence certaines disparités régionales.

A ce jour, la gynécologie fait partie intégrante de la compétence des médecins de famille. D'après une étude de l'Observatoire Thalès, le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique chez le médecin généraliste était de 3,6 par femme et par an (12).

En 2010, Sabrina DIAS (13) montrait que la part d'activité de gynécologie-obstétrique des médecins généralistes d'Ile-de-France représentait 9,4% de leur activité globale, avec une moyenne de 9,04 actes hebdomadaires.

Les 3 motifs de consultation de gynéco-obstétrique les plus souvent rencontrés étaient par ordre décroissant : la contraception (84,7%), les douleurs pelviennes (42,4%) et les pathologies infectieuses (35,7%).

En 2013, l'analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre (14) retrouvait une moyenne de 10 actes par semaine : 7,4% de gynécologie-obstétrique sur leur activité globale hebdomadaire.

90% des médecins généralistes pratiquaient l'examen gynécologique (pose de spéculum et toucher vaginal) avec une prédominance féminine (96% des femmes versus 88% des hommes).

Les 3 motifs les plus fréquemment abordés étaient : la contraception (89%), la grossesse (53%) et le suivi régulier (52%).

Selon l'étude de Rémi CHAMPEAUX (15) réalisée dans les Deux-Sèvres la même année, la part hebdomadaire des consultations gynécologiques était de 9,3% en moyenne, avec une répartition de 7,25% pour les médecins hommes contre 11,35% pour les médecins femmes.

Une enquête publiée en 2016 par le *Panel en médecine générale* dans les Pays de la Loire (16) décrit que les examens gynécologiques (frottis compris) et l'examen des seins font partie de la pratique courante d'une part importante des médecins généralistes : 63 % d'entre

eux indiquent réaliser au moins une fois par semaine un examen clinique des seins, 47 % la pose d'un spéculum pour un examen du col, 47 % un toucher vaginal, et 35 % un frottis cervico-utérin (FCU).

La contraception constitue le motif le plus fréquent de consultation dans le champ de la gynécologie : 63 % des médecins généralistes déclarent voir au moins une fois par semaine une patiente pour l'instauration ou le suivi d'une méthode contraceptive, hors urgence.

19 % des médecins généralistes déclarent poser ou enlever au moins une fois par mois un dispositif intra-utérin et 10 % un implant contraceptif sous-cutané.

La symptomatologie pelvienne est un motif hebdomadaire de consultation pour 45 % des praticiens de la région.

Vient ensuite la symptomatologie mammaire : 16 % des médecins généralistes déclarent rencontrer ce motif au moins une fois par semaine, 46 % à un rythme mensuel.

L'instauration ou le suivi d'un traitement hormonal de la ménopause (THM) concerne 31 % des médecins généralistes pour une patiente par mois au minimum.

30 % d'entre eux disent être consultés par les femmes au moins une fois par mois pour une prévention ou un dépistage en vue d'une future grossesse, et 11 % pour un problème de fertilité. Ils sont également sollicités pour des troubles de la sexualité (29 % au moins une fois par mois).

Parallèlement, dans l'analyse des pratiques de gynécologie-obstétrique des médecins généralistes en Alpes-Maritimes et Alpes de Haute-Provence en 2016 (17), les gestes techniques apparaissent plutôt comme peu réalisés (« pas du tout » réalisés à 61 % pour les FCU, à 83 % pour les DIU et à 83 % pour les implants).

Les actes de prévention et dépistage sont bien plus représentés (mammographies globalement réalisées à 83 % plus d'une fois par mois, et la vaccination anti-HPV à 64 %), un peu moins pour l'examen clinique mammaire (58 % plus d'une fois par mois).

La contraception est abordée en consultation à 68 % plus d'une fois par mois, et les infections génitales à 57 %.

La sexualité est globalement bien suivie (abordée par 86% des généralistes).

Le suivi de grossesse n'est « pas du tout » pratiqué en cabinet de médecine générale par 36% des médecins. Enfin les avortements sont à part, car un seul médecin a déclaré en pratiquer « modérément » (au moins une fois par mois).

Selon une étude quantitative réalisée en 2017 auprès des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie (18), 80 % des médecins pratiquaient l'ensemble des activités gynécologiques de dépistage, de prévention, de suivi et de contraception. Les actes techniques liés au DIU et à l'implant étaient moins réalisés (32% des médecins déclaraient poser les DIU), à l'exception du FCU où 56 % des répondants estimaient en effectuer « régulièrement ou beaucoup » (au moins 4 actes par mois).

Enfin en 2019, Caroline DABONNEVILLE présentait les données de la CPAM relatives aux pratiques des médecins généralistes d'Alsace en matière de gynécologie (19).

Selon ces chiffres, **15%** des médecins généralistes d'Alsace avaient coté au moins une fois la réalisation d'un FCU dans l'année (dont 71% de femmes et 43% de médecins âgées entre 40 et 59 ans).

10% des médecins généralistes retirent ou changent des implants contraceptifs, sans différence significative sur le sexe (mais dont 39% de médecins âgés de moins de 40 ans, 38% entre 40 et 59 ans et 23% de plus de 60 ans).

2% des médecins généralistes d'Alsace posent des DIU (dont 78% de femmes et sans différence significative sur l'âge du médecin).

Ces chiffres sont bien plus bas que ceux retrouvés dans les enquêtes précédentes, en raison d'un recueil des données issues de la base des remboursements et non des pratiques.

Les soins dédiés aux femmes occupent donc une place non négligeable au sein de l'activité courante des médecins généralistes. Actes de prévention, prise en charge de pathologies aiguës courantes ou suivi de traitements chroniques, leur légitimité n'est plus à prouver dans le suivi médical féminin. Pour répondre à cette demande et face au recul du nombre de gynécologues, les futurs médecins généralistes bénéficient désormais d'une formation spécifique majorée à 6 mois, dans l'objectif d'approfondir le panel de compétences exigées, notamment en ambulatoire.

D. Formation actuelle des internes de médecine générale en santé de la femme

1. La réforme du 3^{ème} cycle

Depuis la création du DES (Diplôme d'Études Spécialisées) de médecine générale en 2004, la formation des internes prévoyait un semestre obligatoire de gynécologie et/ou pédiatrie dans des services ou départements hospitaliers agréés. Cependant un grand nombre de ces stages abordait exclusivement l'une ou l'autre de ces deux spécialités selon les régions. L'Alsace offrait la possibilité de coupler ces deux disciplines avec deux périodes de 3 mois chacune. En 2010, un nouvel arrêté rendait possible la validation de ce semestre dans un terrain de stage en ambulatoire (20).

Une nouvelle maquette de stages est mise en place depuis la rentrée 2017 (21). Parmi les nouveautés, l'apparition d'un semestre obligatoire en gynécologie, désormais appelé « stage femme », ambulatoire et/ou hospitalier.

A l'heure actuelle, cette réforme tend à devenir pleinement applicable selon les régions mais l'offre de terrains de stage pour tous les internes reste perfectible en Alsace.

2. La formation théorique

Il existe plusieurs types de formation au cours de l'internat en Alsace :

- Les *séances de tutorat* sous forme de *Groupes d'Échange de Pratique* durant lesquels les internes échangent sur différentes situations cliniques rencontrées durant leurs stages et pouvant concerner les thématiques de santé de la femme.
- Le séminaire « *Santé de la femme* », accessible durant les 3 années de DES sur la base du volontariat. Il inclut un atelier de formation aux gestes pratiques sur mannequin (pose et dépose d'implant sous-cutané, palpation mammaire, pose de spéculum ...). Il aborde également la contraception, la ménopause et la prescription du THM en pratique ainsi que les violences conjugales.
- Le séminaire « *Suivi de grossesse* » sur 2 journées.
- Le séminaire « *Violence conjugale et maltraitance* »

- Le *Diplôme Universitaire (DU) de gynécologie médicale*, organisé à Strasbourg sous forme d'enseignement théorique sur 10 jours, validé par un examen écrit et présentation d'un mémoire.

3. Les terrains de stage « Santé de la femme » proposés en Alsace

Les internes de Médecine Générale disposent actuellement d'une cinquantaine de stage étiquetés « Santé de la femme » répartis sur l'ensemble du territoire. Chacun de ces semestres intègre systématiquement une période hospitalière de 3 mois en service de gynécologie, en CHU ou CHR. La seconde partie du stage constitue la variable d'ajustement. Pour cette deuxième partie de stage de 3 mois, les données actualisées de l'ARS et du DMG (Département de Médecine Générale) recensent des terrains de stage mixtes intégrant :

- Une quinzaine de stages ambulatoires chez des Maîtres de Stage des Universités (MSU) dont la pratique a une orientation « santé de la femme », intégrant les actes techniques (dont le FCU et l'examen gynécologique) et une approche globale de la femme à chaque âge. Les qualités pédagogiques de ce format de stage en ambulatoire incitent le DMG à maximiser son développement. Néanmoins, on note une difficulté accrue de recrutement de MSU répondant à ces critères en Alsace, et une inégalité quant à leur part respective de consultations dédiées à la santé de la femme.
- Une quinzaine de stages de « médecine générale avancée » encadrés par des MSU « aguerris », avec fort investissement pédagogique mais sans orientation gynécologique spécifique. L'objectif est d'affiner la prise en charge globale du patient, et donc celle de la femme, en tenant compte de ses besoins de santé globaux. De nombreuses thématiques restent donc abordées, telles que la contraception, le dépistage des cancers gynécologiques (interrogatoire, information des patientes, examens complémentaires) et des violences conjugales, la ménopause, etc. ... Ce type de poste, qui nécessite plus d'exigence et d'autonomie, se veut enrichissant pour l'interne ayant déjà effectué son semestre ambulatoire de niveau 1 en première année d'internat.

- 2 stages ambulatoires incluant 2 demi-journées hebdomadaires au Mouvement français pour le Planning Familial (MFPF) de Strasbourg.
- 2 stages ambulatoires au sein du service de Protection Materno-Infantile (PMI) du Haut-Rhin.
- Une vingtaine de stage hospitaliers dans divers services de médecine (psychiatrie, soins palliatifs, centre de la douleur, rééducation fonctionnelle, dermatologie, cardiologie, addictologie), venant ainsi compenser la suppression critiquée du semestre libre dans la nouvelle maquette.
- 2 stages en Hospitalisation de Jour d'Endocrinologie à orientation gynécologique.

4. Perspectives

Le DMG souhaiterait également développer de nouveaux terrains de stage auprès :

- des gynécologues libéraux
- des sages-femmes libérales, la prise en charge des femmes (suivi gynécologique et obstétrical) étant au carrefour des champs de compétences des sages-femmes et des médecins généralistes.
- du Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de Strasbourg (SUMPS)
- de la PMI de la ville de Strasbourg et de la PMI du Bas-Rhin régie par le Conseil Départemental.

La démographie médicale (l'offre) et les besoins des femmes en matière de santé (la demande) placent donc le médecin généraliste au centre des actes de soins apportés aux femmes. La réforme de la formation des IMG s'appuie sur ce constat et a pour objectif d'élargir l'expérience des internes en ambulatoire. Mais qu'en est-il concrètement du point de vue de ces médecins généralistes de demain ?

QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

A. Question de recherche

Quels sont les facteurs déterminant la pratique de consultations dédiées à la santé de la femme dans l'exercice futur des internes de Médecine Générale concernés par la réforme du 3^{ème} cycle ?

B. Objectif principal

Explorer les déterminants objectifs et subjectifs influençant la pratique future des internes de Médecine Générale dans le domaine de la santé de la femme.

C. Objectifs secondaires

Mettre en évidence les représentations de la santé de la femme par les internes de Médecine Générale.

Dégager leurs attentes en termes de formation dans ce domaine.

MATERIEL ET METHODE

A. Choix de la méthode

Nous avons réalisé une étude prospective qualitative basée sur la réalisation de Focus Group. Les Focus Group sont des entretiens collectifs semi-dirigés, menés par un « animateur » neutre (ou modérateur) en présence d'un « observateur ». Le but est de collecter des informations à l'aide d'un guide d'entretien élaboré au préalable, comportant un nombre limité de questions.

Cette méthode repose sur la dynamique de groupe. Elle permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Les échanges induisent l'émergence de connaissances et d'expériences, et favorisent l'expression et la discussion d'opinions controversées (22).

La question d'une méthodologie quantitative s'est posée aux prémices de cette étude, mais les notions à explorer telles que l'expérience, la perception, ou encore le ressenti des internes sur la santé de la femme demeuraient non quantifiables. Notre choix s'est donc porté sur la recherche qualitative.

B. Population étudiée

1. Population cible

L'échantillon répondait aux critères d'inclusion suivant : les internes de Médecine Générale de la faculté de médecine de Strasbourg suivant la formation de la réforme du troisième cycle instaurée en 2017-2018. La population ciblée était mixte et sans limite d'âge. Au total, 22 internes de Médecine Générale ont été répartis dans 3 groupes d'entretien.

2. Mode de recrutement

L'inclusion des participants s'est basée sur des groupes de tutorat constitués par le DMG dès le début de leur formation. Plusieurs groupes ont été sollicités par le Dr Claire DUMAS-BREITWILLER (directrice de thèse). Parmi eux, trois tuteurs ont donné leur accord pour que

j'intervienne dans le cadre de cette recherche. Chaque tuteur avait consulté ses internes au préalable avant de me donner une réponse favorable.

C. Élaboration du guide d'entretien qualitatif

En s'appuyant sur les recherches bibliographiques et notre question de recherche, nous avons élaboré un premier canevas d'entretien comportant 10 questions ouvertes (annexe 4). Les participants n'en avaient pas connaissance initialement. Une liste de questions de relance a également été rédigée.

Un entretien préparatoire (ou entretien « test ») a été réalisé en conditions réelles auprès de 5 internes de Médecine Générale de 1^{er} et 3^{ème} année afin d'évaluer l'utilisation de la grille d'entretien en pratique et la compréhension des questions. Le guide d'entretien a été amélioré suite à cet entretien préparatoire.

L'entretien-test a finalement été utilisé dans l'analyse des données.

D. Élaboration du questionnaire quantitatif

Les internes ont initialement répondu à un questionnaire de présentation, détaillé en annexe 3, afin de recueillir des informations sur leur parcours et leur projet professionnel.

E. Organisation des groupes de discussion

En pratique, les entretiens se sont déroulés à la faculté de médecine de Strasbourg. Les dates ont été retenues en accord avec les tuteurs de chaque groupe en janvier et février 2020. Au total, nous avons réalisés 3 groupes de discussion, composés de 5 à 9 internes.

Les entretiens ont duré respectivement 1h et 3 min, 59 min, 1h et 8 min.

F. Recueil des données

Avant chaque entretien, l'objet de la recherche et le devenir de l'étude étaient systématiquement rappelés au groupe. L'accord des participants était recueilli sur une fiche

d'émargement. Nous avons effectué un double enregistrement audio sur smartphone des trois entretiens. Un enregistrement vidéo a été réalisé pour le deuxième entretien, afin de recueillir les signes non verbaux.

G. Retranscription des données

Les trois entretiens ont été retranscrits mot à mot sur le logiciel Microsoft Word®. La reproduction intégrale et fidèle des propos prononcés par les interviewés constitue le « verbatim ». L'enquêteur a été désigné comme « *Modérateur* » et les internes interrogés par la lettre I (I1 à I22). Les données non verbales telles que les interjections exprimant une émotion spontanée ou les expressions corporelles ont également été retranscrites. Les extraits présentés dans les résultats sont suivis par le numéro de l'entretien d'origine (FG1, FG2 ...) et par l'interne interrogé (I1, I2 ...).

H. Analyse des résultats

Nous avons choisi une méthode d'analyse des données qualitatives reposant sur le principe de la « théorisation ancrée » décrite par Glaser et Strauss en 1967 (23) et Paillé (24). Également appelée « analyse inductive générale », elle se définit comme la construction d'une théorie à partir des données collectées sur le terrain par un enquêteur.

L'une des caractéristiques majeures de cette démarche scientifique est la simultanéité de la collecte des données et de l'analyse, du moins au cours des premières étapes (25).

L'analyse a été faite après chaque entretien de groupe sur le logiciel Microsoft Word®.

La première étape consistait à se familiariser avec les données en s'imprégnant du texte et de son sens par des lectures répétées. L'étape de codification à l'aide d'un code couleur a permis d'étiqueter l'ensemble des propos de l'entretien. Les verbatims ont ainsi été regroupés en unités de sens (étape de catégorisation). La construction de tableaux d'analyse nous a permis de dégager des thèmes et des sous-thèmes pour chaque grande thématique abordée durant ces Focus Groups.

Pour la création de cette classification, nous avons été attentif aux données bibliographiques préliminaires ainsi qu'à la cohérence inter-entretien à partir de la question de recherche.

Le nombre nécessaire d'entretiens à réaliser n'était pas déterminé à l'avance. La saturation des données est atteinte lorsque les entretiens n'apportent plus d'élément nouveau lors de l'analyse des données. Dans le cas de notre étude, cette saturation est apparue après le 3^{ème} entretien.

I. Aspects éthiques

Cette étude a respecté la déclaration d'Helsinki (26) et n'a pas nécessité l'approbation d'un comité de protection des personnes puisqu'elle visait à évaluer des ressentis et expériences de professionnels de santé, conformément à l'avenant de la loi JARDE (27).

La thèse a été enregistrée au registre des traitements de l'université de Strasbourg.

Une fiche d'information sur l'étude et de non-opposition à la participation (annexe 2) a été remise aux internes au début de chaque entretien, suivant le modèle conseillé par le Délégué à la protection des données de l'Université de Strasbourg.

Toutes les données ont été anonymisées et les fichiers conservés sur une plateforme de stockage sécurisée fournie par l'Université de Strasbourg (*Seafire*®), conformément aux recommandations de la CNIL.

RESULTATS

A. Déroulement des Focus Group

1. Conditions générales

Les trois Focus Group ont eu lieu en janvier et février 2020. Un enregistrement audio a été effectué pour le premier entretien, sur le smartphone du modérateur. Un double enregistrement audio, l'un sur le smartphone du modérateur, l'autre sur le smartphone de l'observateur, a été réalisé pour les deux autres entretiens, afin d'anticiper un éventuel problème technique.

Les internes I1 à I5 ont participé au Focus Group n°1, les internes I6 à I13 au Focus Group n°2 et les internes I14 à I22 au Focus Group n°3.

Les échanges ont eu lieu dans un état d'esprit convivial. Le modérateur et l'observateur étaient assis avec les participants autour d'une table ronde afin de les mettre à l'aise. Une collation était proposée à la fin de chaque Focus Group.

2. Conditions spécifiques à chaque groupe

- Focus Group n°1

Le premier entretien a eu lieu au domicile du chercheur le 11 janvier 2020 et a duré 1 heure et 3 minutes. Quatre internes ont été invité sur un groupe de discussion via les réseaux sociaux, dont deux internes que je connaissais personnellement. Une interne a sollicité une amie d'une promotion antérieure. Le groupe était donc finalement composé de cinq participants, qui ne se connaissait pas tous. L'entretien a été mené par le modérateur (moi-même), sans observateur.

- Focus Group n°2

Le second entretien a eu lieu le 23 janvier 2020 et a duré 59 minutes. Il s'est déroulé dans une salle de cours du DMG, en première partie d'un groupe de tutorat. Sept internes étaient en 3^{ème} semestre et une interne en 2^{ème} semestre (pour cause de semestre de disponibilité). L'entretien était mené par le modérateur (moi-même) qui les rencontrait pour la première fois, en présence d'un observateur non neutre, la tutrice du groupe. Il s'agissait d'une des

directrices de l'étude, médecin généraliste impliquée dans la santé de la femme sur le plan pédagogique et professionnel.

- Focus Group n°3

Le troisième entretien a eu lieu le 6 février 2020 et a duré 1 heure et 8 minutes. Les participants étaient réunis dans une salle de cours de la Faculté de Médecine de Strasbourg, en seconde partie d'un groupe de tutorat. Les neufs internes étaient en 5^{ème} semestre et se côtoyaient pour la troisième année consécutive. La première partie de la séance était dédiée à un tour de table mené par leur tutrice, permettant à chaque interne de faire un retour sur son stage actuel, ses difficultés éventuelles et son avancée dans les différents travaux en cours (RSCA et/ou thèse). Cela a permis au modérateur, qui les rencontrait pour la première fois, d'apprivoiser leur situation individuelle avant de débiter l'entretien.

B. Population étudiée

1. Age

Vingt-deux internes de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg ont participé à l'étude. Les participants étaient âgés de 24 à 46 ans. L'âge moyen était de 28 ans et l'âge médian de 26 ans.

2. Sexe

L'échantillon était composé d'une majorité de femmes : 17 femmes et 5 hommes.

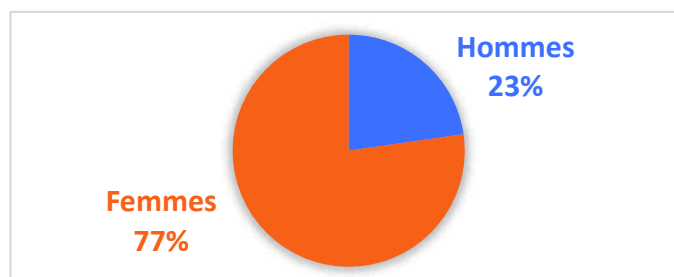


Figure 6 : Répartition de la population selon le sexe

3. Coursus

L'échantillon représente les trois années d'internat. Une majorité d'internes était en 2^{ème} et 3^{ème} année d'internat.

L'orientation vers la médecine générale était un choix pour tous les participants.

Tous les internes avaient validé ou était en cours de validation du stage chez le praticien de niveau 1.

Le stage en santé de la femme avait été validé par 2 internes, tandis qu'il s'agissait du stage en cours pour 2 autres participants. Parmi ces 4 internes, 3 d'entre eux déclaraient avoir vu des consultations régulières dédiées à la santé de la femme lors des trois mois en ambulatoire. Une majorité des participants n'avait donc pas encore effectué ce stage spécifique.

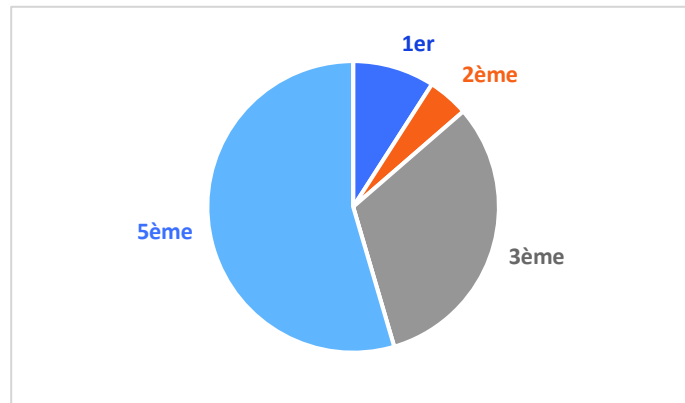


Figure 7 : Semestre d'internat actuel des internes

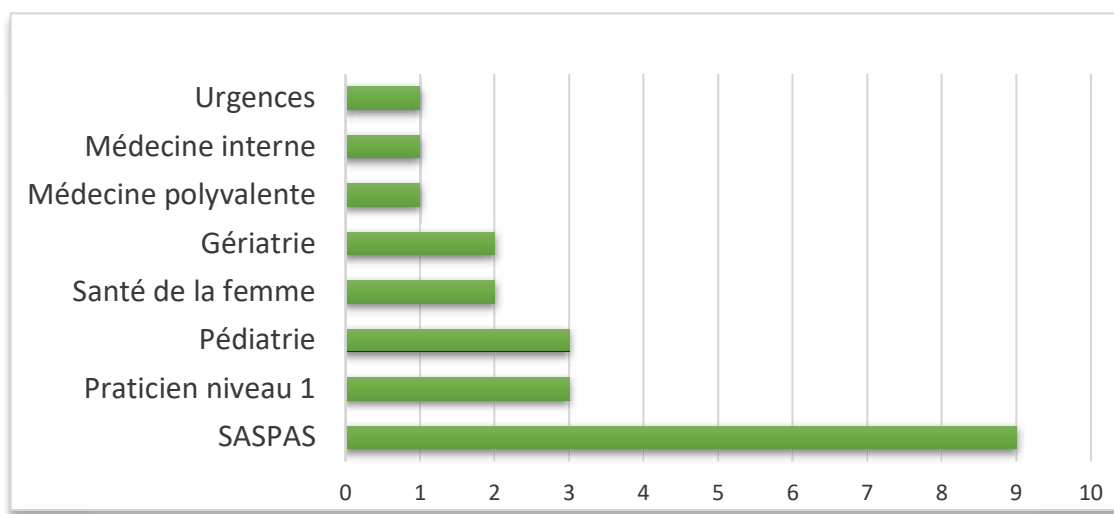


Figure 8 : Stage en cours

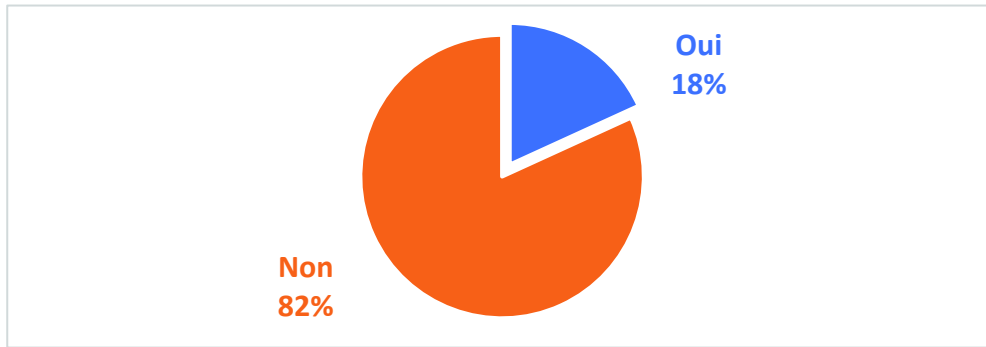


Figure 9 : Stage « santé de la femme » validé ou en cours

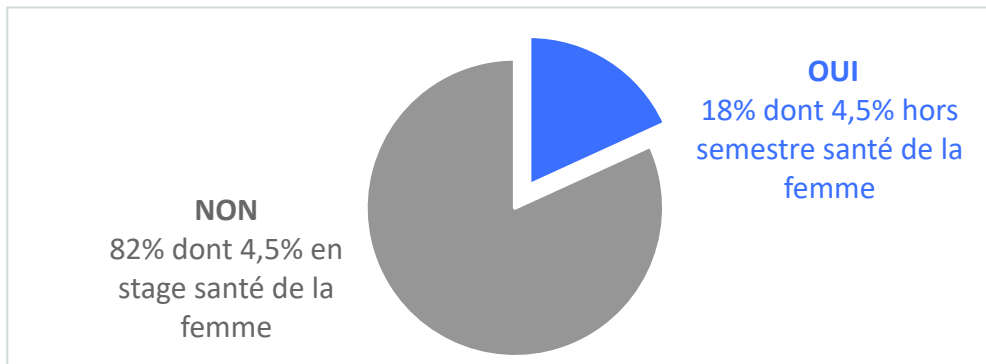


Figure 10 : Consultations régulières dédiées à la santé de la femme en ambulatoire (quel que soit le stage)

4. Formations complémentaires

Sur 22 internes interrogés, 13 avaient suivi le séminaire d'une journée intitulé « *Santé de la femme* » à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Aucun n'avait reçu de diplôme universitaire complémentaire en gynécologie médicale ni obstétricale.

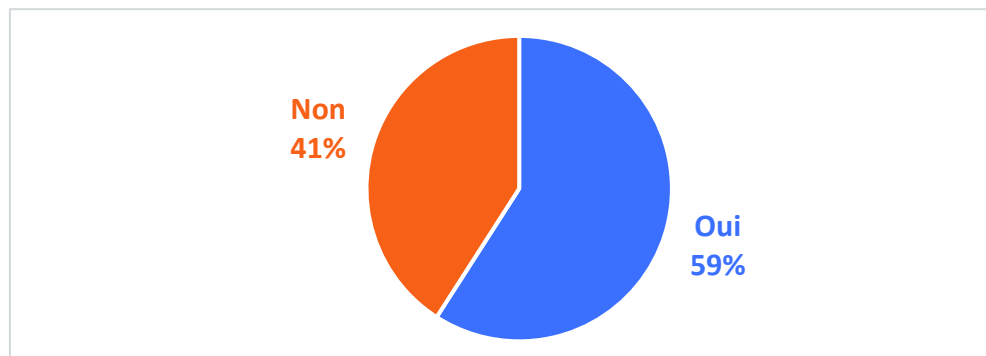


Figure 11 : Participation à la Formation complémentaire « Santé de la femme » à la faculté

5. Projet professionnel

La majorité du panel d'internes envisageait une pratique libérale de la médecine générale (59%) de façon exclusive. Six internes se projetaient dans une activité mixte, définie comme une activité partagée (libérale et salariée). Un interne ayant répondu « libérale ou salariée ou mixte » a été catégorisé comme « ne sait pas ».

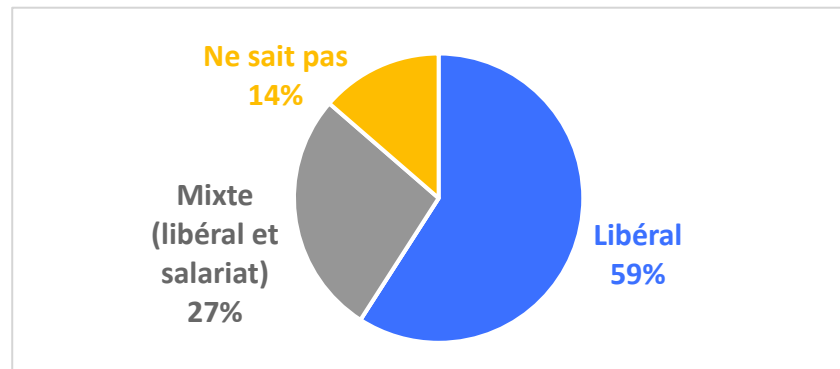


Figure 12 : Projet d'activité future des internes

C. Résultats de l'analyse qualitative

Le codage des entretiens a mis en évidence des thématiques principales pour chacun des axes étudiés (freins, leviers et résultats secondaires), elles-mêmes déclinées en plusieurs catégories. Des arbres thématiques schématisent ce processus afin d'en faciliter la lecture. Chacune des catégories est illustrée par les verbatims les plus pertinents. Nous avons fait le choix de présenter ces citations avec les marqueurs d'hésitations et les erreurs grammaticales.

Les figures 13, 14 et 15 illustrent l'ensemble des résultats obtenus sous forme de *mind map*.

1. Les leviers à la pratique dédiée à la santé de la femme

Les éléments de motivations à la pratique de la santé de la femme chez les internes interrogés ont été regroupés en sept parties : la formation universitaire, les rôles attribués au médecin généraliste, les leviers liés aux patientes, la démographie médicale, le projet professionnel des IMG, le sexe féminin du médecin et l'influence positive de leur expérience personnelle.

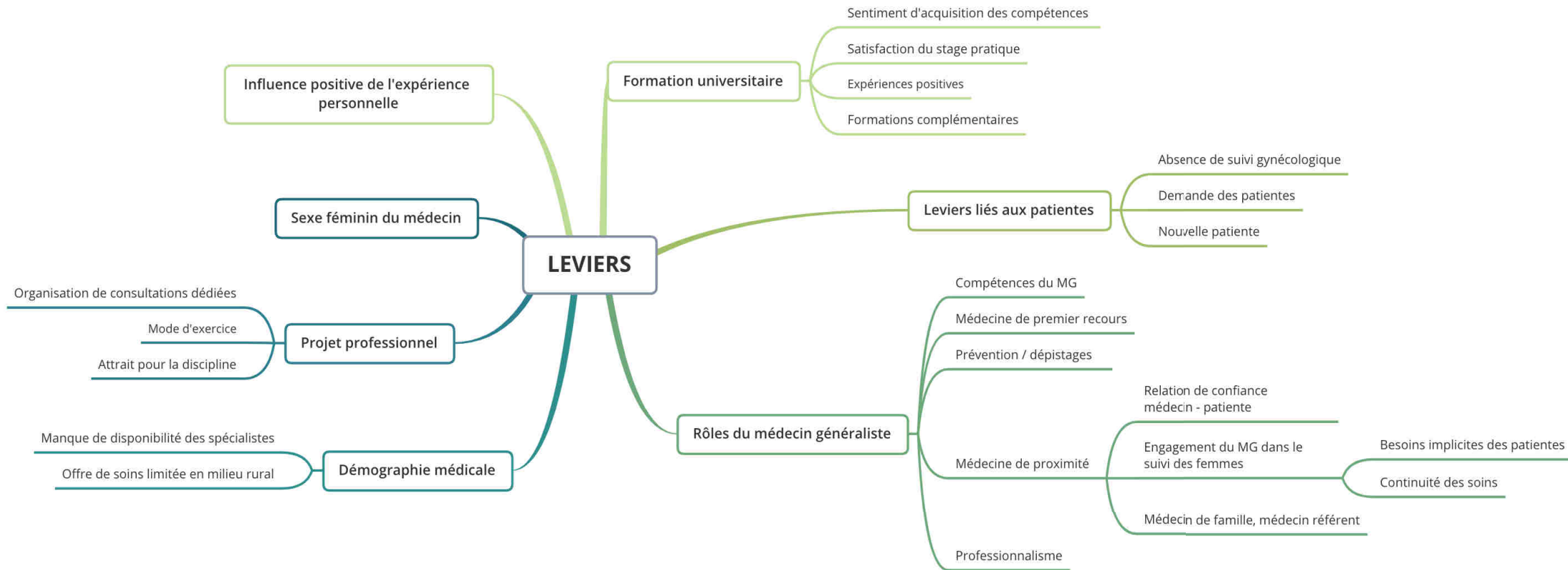
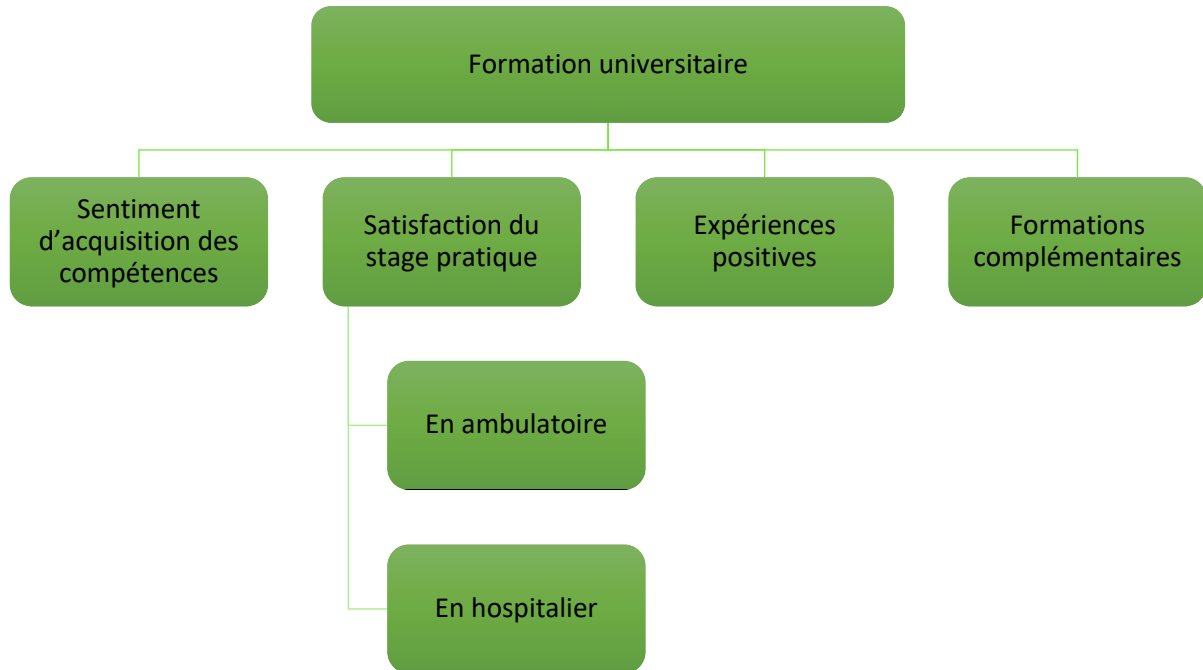


Figure 13 : Motivations à la pratique de la santé de la femme chez les IMG

1.1. Formation universitaire



a) Sentiment d'acquisition des compétences

Un panel de compétences citées par plusieurs internes	« Les questions de grossesse et de périnatalité ... ou la contraception » ; « Oui la contraception, j'allais dire ! Expliquer les différents moyens... et la prévention, les mammographies, les frottis, comment ça va se dérouler, à quel âge il faut commencer, etc ... » ; « C'est des choses qu'on maîtrise plus » ; « Oui c'est des trucs sur lesquels on est plus formé », FG2 – I7, I8, I9 et I12 « Je me sens capable de réaliser des frottis car j'ai appris durant l'externat et cela ne posera pas de problème lors de mon stage d'interne », FG1 – I1
Un sentiment de légitimité	« Que je sois en ville ou plutôt en campagne, je proposerai le même type d'actes gynéco, du frottis, du dépistage ... Parce qu'on a été formé pour et c'est le but de la réforme aussi de nous former un peu plus à ça avec 6 mois de stage de gynéco. Mais euh ... c'est un ressenti personnel ! », FG3 – I21

	« Le fait que la personne soit plus âgée, on ne maîtrise pas forcément moins les sujets. Ça reste des choses qu'on a bossé pendant des années. Et on a peut-être un peu plus de recul et la tête froide quand on les conseille ... », FG2 – 17 à 18
La pratique protocolisée rassure les internes	« Première contraception ça va ! Tu déballes tout (rire collectif), la prévention et tout le reste ! Ça je trouve que c'est facile honnêtement, pour prescrire une pilule tu fais attention aux facteurs de risque et tout mais après ... t'as pas l'examen gynéco systématique derrière, t'y va tranquillement, tu expliques les risques, la prise de sang et pis voilà terminé ! Je trouve que ça va assez vite. C'est un premier contact qui généralement passe assez bien », FG1 – 11

b) Satisfaction du stage pratique

En ambulatoire

	« Parmi les 3 prat' que j'avais, l'un d'eux avait des internes en permanence depuis 20 ans. Du coup ses patients étaient perturbés quand il n'y avait pas d'interne ... ils avaient l'habitude et ça les gênait pas du tout. Du coup ils ne m'ont jamais fait sortir, même pour parler de truc très personnel. [...] Si c'est évident pour les patients et pour le médecin qu'il peut y avoir un interne, ça pose moins de soucis », FG2 – 17
Une bonne intégration de l'interne en consultation favorise l'apprentissage	« Si les deux mènent la consultation et que les deux participent je pense que ça passe mieux », FG2 – 18, à propos des consultations en binôme avec un généraliste. « Ma praticienne imposait un peu, elle disait « voilà c'est elle qui vous fera le frottis, sauf si vous ne voulez vraiment pas », et donc les femmes disent généralement « y'a pas de soucis ». Et ça se passait bien ! Quand une dame venait en consultation et qu'elle disait « j'aimerais un rendez-vous pour faire le frottis », la médecin disait « du coup ce sera ma collègue qui vous le fera la prochaine fois », FG2 – 16

La transmission des connaissances pratiques et théoriques en binôme perçue comme atout pédagogique	« Je trouve que le plus facile c'est la contraception, on a bien été pas mal formé dessus et euh ... la prat' chez qui j'étais été bien formée dessus, elle m'a transmis pleins de choses », FG3 – I21 « J'ai fait un stage SASPAS où elle faisait tous les suivis de grossesse ou quasiment. Mais bon elle intervenait aussi en ville pour remplacer des pédiatres donc ... elles a des compétences que n'ont pas forcément l'ensemble des médecins généralistes », FG3 – I20
--	--

En hospitalier

Les « réflexes hospitaliers » sont reconnus comme pertinents pour une bonne pratique ambulatoire ultérieure	« Je viens de sortir du stage du gynéco hospitalière, donc j'ai encore tous les réflexes de sortie de maternité où on aborde pleins de thématiques différentes, j'ai déjà pu le mettre en œuvre en libéral, pour 2 patientes cette semaine. [...] Ça peut aller du contrôle de l'état de la cicatrice en post-césarienne à la reprise de la contraception en attendant la visite post-natale chez le gynécologue ... Bref des choses comme ça et sinon tous les réflexes d'urgences gynécologiques ... le cas des douleurs abdominales chez la femme qui sont du coup un peu plus claires actuellement ... et j'espère que ça va me rester en mémoire ! », FG3 – I15 « Pleins de petits réflexes sont adaptables je pense au libéral grâce à mon passage à l'hôpital, qui a été quand même assez formateur et pas que formaté à l'hospitalier, et qu'on peut retranscrire dans la pratique libérale. En tout cas je me sens plus à l'aise pour répondre aux questions des patientes », FG3 – I15
Un point de vue hospitalier utile pour appréhender les futurs échanges entre le cabinet de ville et l'hôpital	« Je trouve que même si plus tard on ne fait pas du tout d'hospitalier, c'est intéressant d'avoir cette notion là en tête, de savoir comment ça se passe. Avoir vu des trucs plus aigus ou plus graves permet de les rechercher, d'y penser et de savoir quoi faire » ; « Oui et savoir comment ça se passe derrière quand on adresse une patiente à l'hôpital ! » ; « Et de savoir aussi ce qu'on peut attendre des confrères à

	<i>l'hôpital, qu'est-ce qu'ils font, qu'est-ce qu'ils ne font pas ... »</i> , FG2 – I7 et I8
La place des IMG dans les consultations d'urgence : un sentiment de légitimité aux yeux des patientes	<i>« Je pense qu'à l'hôpital ça devrait être plus facile... » ; « Oui parce qu'il n'y a que toi l'interne ! » ; « Voilà ... notamment aux urgences les patientes ne choisissent pas qui elles peuvent avoir en face ! » ; « Oui et cela donne une sorte de légitimité ... »</i>, FG2 – échanges entre I7, I10 et I11 <i>« Je me dis qu'on sera plus légitime à l'hôpital »</i>, FG2 – I10

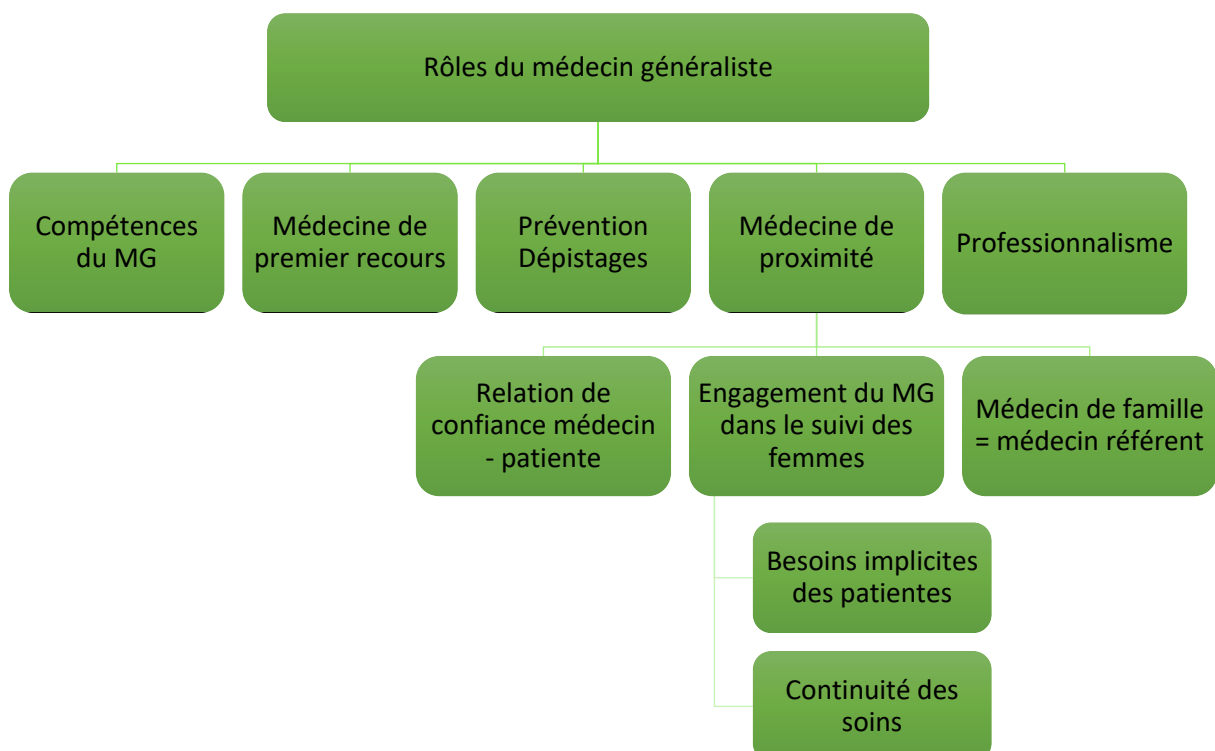
c) Expériences positives encourageant l'investissement dans cette pratique

Sentiment d'efficacité	<i>« Il y a aussi les mycoses ! C'est assez plaisant d'avoir leur retour positif quand elles sont soulagées ! (rires) »</i> , FG1 – I2
Sentiment de compétence	<i>« La consultation basique de première contraception c'est plutôt cool »</i>, FG1 – I2 <i>« Pour moi c'est les violences faites aux femmes, j'ai fait la formation et du coup à chaque fois qu'il y a une nouvelle patiente et qu'il y a un signe qui me ... voilà, j'étais surprise parce que quasiment 2 cas sur 3 j'avais une réponse positive »</i>, FG1 – I2
La confiance accordée par les patientes : une reconnaissance indirecte des IMG dans leur rôle de soignant	<i>« Lors de mon expérience SOS médecin à Mulhouse, j'étais seul et à deux reprises j'ai vu des femmes qui ont évoqué en fin de consultation le fait qu'elle était battue par leur mari. [...] Une certaine alliance thérapeutique était faite, et elle me disait « mais au fait docteur, je ne vous l'ai pas dit mais le problème véritable il est là ... mon mari me bat et ça explique les lésions que je vous montre ». Je les adressais aux personnes appropriées, en leur disant qu'elle avait bien fait de l'évoquer, que ce n'est pas quelque chose qu'il fallait taire ! »</i> , FG3 – I15

d) Formations complémentaires

Séminaire « Santé de la femme »	« C'est une formation qui est complète, 4 points sont abordés : violences conjugales, gestes techniques avec implant et stérilet, ménopause et contraception... [...] Y'a des notions, moi je trouve que c'est bien pour être plus à l'aise dans l'abord de la consultation ... notamment pour tout ce qui est contraception, y'a des mises en situation, c'est pas mal ! On apprend à qui adresser, au planning familial etc. ... Pour les violences c'était bien aussi », FG1 – I1
Séminaire « Violence conjugale »	« Clairement les formations m'ont aidé car c'est un sujet qui n'est pas évident, j'ai l'impression de plus pouvoir répondre aux questions, mais ce n'est toujours pas très évident ! Émotionnellement euh ... pour pleins de raisons ! Mais j'ai l'impression d'être plus compétente », FG3 – I17 « Avant les formations, c'était un peu hard, on se disait « on va poser la question, on va avoir une réponse mais on ne saura pas quoi en faire » donc euh ... Maintenant on sait l'écouter, on sait aussi orienter vers les structures en cas de besoin », FG3 – I19

1.2. Rôles du médecin généraliste



a) Compétences du MG

Une discipline indissociable de la pratique quotidienne du MG : Certains internes, avant même de commencer à exercer, ont une idée précise du rôle du médecin généraliste, dont la santé de la femme fait partie intégrante (omnipraticien).	<i>« Ça en fait forcément partie pour moi, je n'aurais pas envie de séparer les choses. Si c'est la santé de la femme [...] au sens très large, qui comprend tous les âges et toutes les facettes. A un moment donné dans son activité, on va poser des questions : parler des violences, de la contraception, ... sans forcément faire d'acte gynécologique. On s'intéresse à la santé de sa patiente en général. Ça nous concerne tous ! », FG3 – I18</i> <i>« Il est là pour la prévention, l'information, le dépistage, le suivi ... », FG2 – I9</i>
La pédagogie et le conseil : des atouts de taille dans le suivi des femmes	<i>« Je pense que le médecin généraliste a déjà le rôle d'expliquer, notamment chez la jeune fille. C'est important d'expliquer les règles, la sexualité, comment être à l'aise dans son corps, comment gérer les protections tout ça ... Pour que la patiente ait en main tout ce qu'il faut pour savoir un peu comment se protéger et comment elle fonctionne quoi ! », FG3 – I16</i> <i>« Dans le cas des adolescentes [...] souvent on entend « je viens pour la pilule » et non pas « je viens pour une contraception ». Alors on peut leur expliquer qu'il existe plein de choses en dehors de la pilule ... », FG3 – I21</i>
Les compétences indispensables du MG en matière de santé de la femme selon les internes : un « gradient des pratiques » (28) envisagées	<i>« Il y a des choses un peu indispensables au métier de médecin généraliste je pense, la contraception par exemple, un médecin généraliste ne peut pas ne pas avoir les bases dessus. Après qu'il ne sache pas poser un implant ou un stérilet ... chacun voit ... », FG2 – I6</i> <i>« On peut quand même s'occuper d'une partie de la santé de la femme ... la contraception, la ménopause, et pas forcément de faire de geste</i>

	<i>technique. On n'est pas obligé de faire tout », FG2 – I6</i> <i>« Même pour les frottis ! Mais ça ne me choque pas qu'il ne soit pas à l'aise. Tant qu'ils posent la question, c'est déjà bien », FG3 – I16, à propos de la place du MG pour la réalisation d'actes techniques.</i>
Compétences obstétricales	<i>Si jamais une femme enceinte vient à ton cabinet, il faut savoir quels médicaments on peut leur donner. On n'est pas obligé de faire le suivi mais il faut avoir des bases quand même, FG1 – I3</i> <i>« On doit être capable de traiter une femme enceinte à n'importe quel mois », FG1 – I1</i> <i>« Il faut accompagner, conseiller ... », FG2 – I6, à propos du post-partum.</i>

b) Médecine de premier recours

Une facilité d'accès aux soins pour les motifs aigus : la notion de « service rendu »	<i>« D'un point de vue pratique c'est plus simple de voir le généraliste que le gynéco, et les patientes on les voit souvent pour ces problèmes là mais aussi pour tous les problèmes bénins habituels. C'est ce que tu disais (en s'adressant à I5), il y a une confiance », FG2 – I7</i> <i>« C'est le premier contact », FG2 – I8</i>
Le gynécologue perçu comme spécialiste de deuxième recours par les IMG	<i>« On est quand même capable de diagnostiquer une mycose sans faire appel au spécialiste (rire) », FG1 – I3</i> <i>« Je trouve qu'on peut encore faire quelque chose pour les incontinences liées à l'effort ou à la grossesse », FG1 – I1</i>

c) Prévention / dépistage

Le rôle de « radar » du MG ...	« On a un rôle de prévention qui est important aussi, par rapport notamment à la contraception, le dépistage des IST... des différents cancers notamment le cancer du col de l'utérus, qui n'est pas trop fait, je pense que c'est le dépistage qui flanche ! », FG3 – I16 « Je pense que cela fait partie du bagage de tout le monde (à propos de la palpation mammaire). C'est comme le frottis, je pense que c'est indispensable aussi », FG2 – I10 « Mon prat' avait une alerte sur son logiciel pour les dépistages, les mammographies, dès qu'on ouvrait le dossier. Ça nous permettait de ne pas oublier de les proposer. Parce qu'on peut aussi oublier ! », FG2 – I6
... en impliquant la patiente	« La palpation mammaire, t'es quand même censé l'expliquer à toute tes patientes, leur montrer ... », FG2 – I9 « J'avais souvent tendance à insister sur les autopalpations en disant « prenez le temps, de temps en temps, de le faire vous-même devant un miroir ». On faisait le geste avec mon maître de stage pour savoir comment s'y prendre », FG3 – I15

d) Médecine de proximité

Relation de confiance médecin – patiente

Des IMG ont mis en avant leur qualité d'écoute, plutôt que leur qualité technique	« Si on est pas un médecin généraliste qui veut faire des gestes de gynécologie, je pense que c'est quand même important de pouvoir rassurer, d'expliquer comment ça se passe, comment ça se fait ... [...] Le gynécologue est souvent associé à un spéculum, des choses un peu invasives. On a donc un rôle pour les mettre plus à l'aise par rapport à ses interventions », FG3 – I16
---	--

La proximité avec les patientes peut être un atout	<i>« On a la confiance en plus je pense car elles nous voient plus souvent », FG2 – I10</i> <i>« Il y a une confiance qui est installée, plus qu’avec un spécialiste qu’elles vont voir tous les ans ! », FG2 – I7</i> <i>« Pour parler d’un problème de sexualité, j’ai l’impression qu’elles vont plus facilement voir le médecin traitant qu’elle connaisse », FG2 – I11</i>
La pédagogie comme gage de confiance	<i>« Les gens généralement, quand on prescrit une contraception, ils veulent entendre un peu plus de choses que juste « tenez, la pilule », donc c’est aussi un gage de confiance. Les gens se disent « ah il me propose aussi autre chose ! ». Donc c’est un moment d’échange aussi. C’est intéressant et agréable. Il n’y a pas l’obligation de l’examen gynéco donc les femmes sont moins stressées par cet aspect-là », FG3 – I21</i>

Engagement du MG dans le suivi des femmes

Les besoins implicites des patientes peuvent être dévoilés	<i>« Le médecin peut être aussi amené à poser des questions justement pour vérifier qu’il n’y a pas de problème, soit sous-jacent que la femme n’a pas forcément réalisé, soit dont elle n’a pas pensé ou pas osé parler ... », FG2 – I7</i> <i>« Moi je pose la question du stress, quand je vois qu’elles ont des problèmes pour dormir ou ce genre de chose, si y’a du stress à la maison, mais c’est vrai que je ne pose pas directement la question. Je pense que c’est une réplique à avoir, et après tu le fais en consultation sans soucis ... », FG1 – I3, à propos du dépistage des violences conjugales</i>
La consultation de médecine générale : un prétexte pour lever les sujets tabous.	<i>« De toute façon elles t’en voudront jamais de poser la question ! Celles à qui c’est pas arrivé, elles te disent spontanément « ba non ! », et celles à qui c’est arrivé, on voit qu’elles sont prises au dépourvu, et finalement souvent elles disent « oui », elles ne mentent pas en fait.</i>

L'écoute active du médecin généraliste offrirait aux patientes une grande liberté de parole sans avoir la sensation d'être jugées.	<i>Finalement c'est une façon de lui tendre une perche », FG1 – I2</i> <i>« Si ce n'est pas le médecin qui le fait, je me demande qui va bien pouvoir le faire, mais il faut mettre ça sur la table et ne pas avoir peur de poser certaines questions... On parlait justement de violence ... », FG2 – I10</i> <i>« On est là pour ouvrir les sujets », FG2 – I7</i> <i>« Le seul moment où tu peux poser directement la question c'est quand tu les vois à l'improviste ! [...] Elles peuvent y réfléchir et savent qu'on est prêt à les écouter », FG3 – I16, à propos du dépistage des violences conjugales.</i>
Continuité des soins	<i>« Il est là pour la prévention, l'information, le dépistage, le suivi ... Il fait tout aux différents stades de la femme. De ses 13 ans quand elle doit faire le vaccin contre le cancer du col, à 18 ans quand on parle de contraception, puis au moment de la grossesse, la périnatalité puis au moment de la ménopause », FG2 – I9</i>

Médecin de famille, médecin référent

La notion de fidélité au médecin de famille apparaît dans le discours des internes, avec notamment le suivi des enfants	<i>« Pour faire un suivi de la femme au long cours, si elle ne déménage pas, de l'adolescence à après la ménopause, le médecin traitant est quand même plutôt bien placé. Dans les suites d'une grossesse, quand il voit l'enfant... la femme pour voir comment elle va... je trouve qu'on est plutôt bien placé pour faire ça. Si on fait les gestes, les frottis, les poses de stérilets et d'implants, c'est un plus ! Mais faire un suivi global d'accompagnement c'est déjà bien ! », FG3 – I16</i> <i>« Elles viennent parce qu'elles veulent quand même avoir un contact avec leur médecin traitant sans qu'il y ait de souci particulier », FG3 – I21, à propos des femmes enceintes.</i>
---	---

L'influence des mères	Il a été remarqué que les mères étaient souvent à l'origine du rendez-vous de leur fille chez le médecin. <i>« Dans le cas des adolescentes [...] la plupart viennent avec leur mère, qui leur disent (en mimant) : « Il va te prescrire ton truc et pis voilà ! ». Et souvent on entend « je viens pour la pilule » et non pas « je viens pour une contraception ». Alors on peut leur expliquer qu'il existe plein de choses en dehors de la pilule ... », FG3 – I21</i> Les mères sont apparues demandeuses d'un suivi par le gynécologue. <i>« Je pense qu'il y a une certaine crainte des gynécologues, surtout si les mères les poussent ! (rires) J'ai eu plusieurs cas où ... ça leur fait très peur ! Du coup, il faut leur expliquer et les mettre à l'aise. Ne pas connaître bien son corps et avoir peur de le montrer peut se comprendre. [...] Je pense qu'on a déjà un rôle pour rassurer », FG3 – I16</i> <i>« Il faut expliquer, surtout aux femmes plus âgées, qu'il ne faut pas emmener leur fille chez le gynéco à partir de 16 ans, dès qu'elle commence à avoir une sexualité ! C'est très très répandu. [...] Alors qu'en fait, à part le frottis à 25 ans, sauf en cas de soucis, il n'y a pas d'indication à faire un examen gynécologique ! Donc surtout expliquer ça, et dire que la contraception peut être prescrite chez le médecin généraliste. Oui il faut être à l'aise avec la contraception et savoir bien l'expliquer », FG3 – I14</i>
-------------------------------------	---

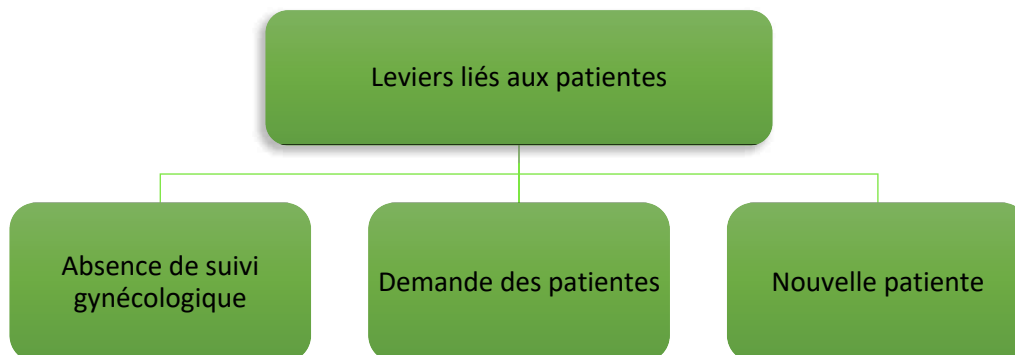
a) Professionnalisme et ouverture à la discussion

La plupart des internes se disaient globalement ouverts à la discussion concernant la sexualité.	<i>« A force on balise plus ... si on leur explique que c'est important de chercher tel signe ... Je n'ai jamais eu personne qui se sentait mal à l'aise », FG1 – I2, à propos de l'abord de la sexualité.</i> <i>« Je peux parler avec l'un ou l'autre, je ne me sens pas gênée que ce soit une femme ou un homme », FG3 – I20, à propos des troubles sexuels.</i>
--	---

Les participants assument plutôt bien leur rôle et soulignent la nécessité d'aborder le sujet de l'intime avec un regard professionnel.

« C'est le genre de situation où il faut qu'on passe au-dessus de notre propre gêne », FG2 – I12, à propos des troubles sexuels.

1.3. Leviers liés aux patientes



a) Absence de suivi gynécologique

Les internes considèrent leur implication dans le suivi de la santé des femmes comme déterminante pour pallier les carences dans ce suivi chez certaines patientes ...

« Il y a un certain nombre de femmes qui, une fois qu'elles ont eu leurs enfants, pour de multiples raisons, ne se sentent plus vraiment concernées par ce suivi. Et plus on avance en âge, plus cela se voit. Y'a peut-être des femmes qui vont se réveiller au moment de la ménopause ! Mais les autres ne vont pas être suivies, n'en parlent pas, considèrent que ce n'est pas quelque chose de systématique ... Et nous on a la chance de pouvoir récupérer ces suivis gynécologiques là en abordant le sujet nous-même, parce qu'on va les voir pour d'autres raisons. C'est quand même un plus ! », FG3 – I17

« Je trouve que ce n'est pas difficile de poser les questions, « Est-ce que vous prenez des médicaments tous les jours ? », « Non », « Ah bon alors vous ne

prenez pas de contraception ? ». Ou alors « Vous en êtes où dans vos vaccins ? ». Voilà, il y a aussi le contexte d'interne, à chaque fois qu'on voit un patient on essaye de faire le tour de ce qu'il se passe. Je trouve de rattraper les patients comme ça, s'il y a une petite errance dans le suivi, ça s'y prête bien en consultation », FG3 – I18

« Elles peuvent oublier des choses » ; « Même si elles ne viennent pas souvent, au moins on leur aura rappelé ! », FG2 – I12 à I17, à propos du suivi gynécologique.

... Ils placent le médecin traitant comme un acteur essentiel dans les campagnes d'incitation au suivi et aux dépistages.

« Si c'est une patiente qui consulte peu, j'en profiterais pour reprendre tout ça ! Mais si je sais qu'elle vient régulièrement et que son dossier est à jour, j'insisterai pas. Je pense effectivement qu'une fois qu'on est installé, c'est plus facile de faire la part des choses entre le nomadisme médical et celle qui sont très bien suivies », FG3 – I15

« Je fais un tour d'horizon, et si je repère quelque chose, j'essaye d'insister dessus en proposant une consultation spécifique ou en demandant « est-ce que vous êtes allée voir votre gynécologue pour ça ? », FG3 – I15

b) Demande des patientes

Les demandes explicites des patientes apparaissent comme favorables à la prise en charge de leurs besoins spécifiques au cabinet de médecine générale.

« Si c'est sa demande, que la patiente vient pour ce motif, il n'y a aucun souci puisqu'elle est préparée au fait qu'on va regarder et qu'on ne va pas juste prescrire une mammo et une écho sans l'examiner », FG3 – I21, à propos de la palpation mammaire.

Les patientes sont parfois perçues comme averties et en demande de soins.

« Même les patientes sont plus au courant ! Il y a tous les spots publicitaires, c'est beaucoup plus connu donc elles sont moins surprises je pense, par rapport à une certaine époque, concernant les frottis, les mammographies ... elles savent que ça existe et que c'est nécessaire ! », FG3 – I21

« Tous ces sujets d'actualité reviennent dans les consultations. Certaines femmes posent des questions pour la contraception masculine, les médias en parlent ... », FG3, I15

c) Nouvelle patiente

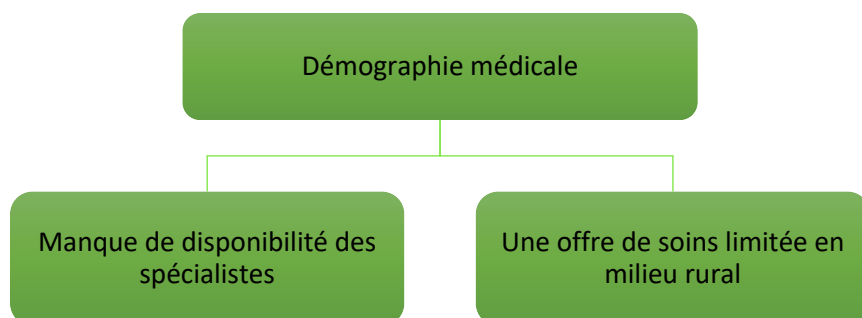
Selon les jeunes médecins, le premier contact médical est l'occasion de dédier une partie de l'interrogatoire au suivi spécifique de la femme, à chaque étape de leur vie sexuelle.

« J'ai souvent tendance à regarder l'âge, et selon l'âge je vois ce qu'il y a à faire. Si c'est une nouvelle patiente, je demande « est-ce qu'il y a un suivi ici ? », et puis même si elle me dit non, je fais attention en lui disant par exemple « cette année il y aura un vaccin ou un frottis à faire, pensez-y ». Finalement j'en parle quand même assez facilement, parce que je me dis que les patientes ne sont pas forcément au courant ... », FG2 – I12

Certains s'octroient une place légitime pour aborder le sujet du suivi gynécologique ou de la sexualité auprès d'une patiente qui ne les connaît pas.

« Je trouve qu'en tant qu'interne en SASPAS, c'est pas très compliqué, parce que comme on ne les connaît pas, moi je fais toujours un petit tour des antécédents et je l'englobe dedans. En disant « c'est juste pour qu'on apprenne à se connaître ». Je le demande très régulièrement dans ce contexte-là, pour faire le point et pour vérifier que toutes les informations sont exactes », FG3 – I19

1.4. Démographie médicale



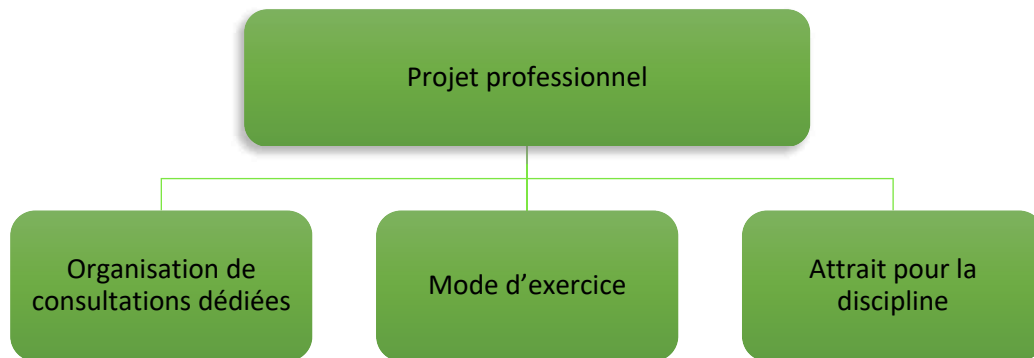
a) Manque de disponibilité des spécialistes

Une relative facilité d'accès aux soins auprès des médecins généralistes par rapport aux gynécologues : un argument de poids rapporté aux internes par les patientes ...	« Ma maitre de stage de MG actuelle propose des consultations dédiées à la gynéco à ses patientes, et je pense que ces femmes-là sont contentes de ne pas attendre pour avoir un rendez-vous. Elles peuvent même venir en consultation libre. Je me dis que cela peut être un avantage de faire du suivi gynéco en tant que MG. », FG1 – I5 « Même ici à Strasbourg c'est déjà compliqué, j'ai vu des patientes qui n'hésitent pas à consulter leur MG pour ce motif », FG1 – I1, à propos de « l'examen de base » chez la femme.
... Mais cette pratique n'est pas toujours un choix selon deux internes, et plutôt même une « nécessité »	« Si la patiente n'arrive pas à avoir de rendez-vous chez le gynécologue aussi », FG1 – I1, à propos de l'offre de soins par le MG homme.
Le recours au médecin généraliste pour un motif gynécologique apparaît comme un premier recours « par défaut »	« Au-delà de l'accès des femmes aux gynéco, il y a aussi si le généraliste a accès aux spécialistes pour réorienter derrière. S'il n'y a pas de gynéco autour, on est un peu obligé de gérer nous-même », FG2 – I7

b) Une offre de soins limitée en milieu rural

« C'est sûr qu'à la campagne c'est pire ! Certaines femmes n'ont jamais vu de gynéco de leur vie et ça leur convient très bien. », FG1 – I1
« La pratique n'est pas la même selon qu'on travaille en plein cœur de Strasbourg ou au sommet des Vosges ! En fonction de l'endroit où on va exercer on aura plus ou moins de gynéco », FG2 – I10
« J'ai trouvé que les patientes étaient très contentes de pouvoir le faire en proximité. Il se trouve que j'étais à Thann et que la gynéco ... y'en a que sur Mulhouse donc y'a un aspect de proximité ! Et ça se passait bien ! », FG3 – I20, à propos du suivi de grossesse.

1.5. Projet professionnel



a) Organisation de consultations dédiées

« Je trouve que ça marche vraiment mieux en consultation dédiée. Je pense que si on a envie de le faire et que les femmes sont d'accord, [...] on est sûr d'avoir un bon suivi ... », FG1 – I5

« Mon prat' leur disait : « tous les ans, il faudra faire une consultation dédiée à la palpation mammaire ». Je trouve que c'est intéressant et qu'il ne faut pas que ça tombe comme un cheveu sur la soupe, FG3 – I18

b) Mode d'exercice

Le choix entre l'exercice en cabinet de groupe et l'installation individuelle conditionne la pratique ultérieure de la santé de la femme d'un interne

« Je pense que c'est plus facile quand on est une fille ... ça dépend où je décide de m'installer, si je suis tout seul, il faudrait que je fasse des DU pour vraiment être un peu plus au top. Mais si je m'associe avec des collaborateurs féminins, ce sera peut-être plus elles qui seront orientées gynéco et moi plus pédiat ... », FG2 – I10

c) Attrait pour la discipline

Un enthousiasme marqué chez certains participants

C'est sûr qu'on voudrait tous faire des frottis, poser des implants ... je serais très heureuse de pouvoir faire tout ça ! », FG2 – I9

Parfois, cet intérêt est l'occasion pour l'interne de définir son domaine de compétences et permet à la patiente l'accès au suivi gynécologique par ses soins.	<i>« Clairement ça m'intéresse et j'aime bien ça donc je serai contente d'en pratiquer dans mon cabinet, après je pense que c'est comme dans tous les domaines, il faut savoir jusqu'à où on se sent à l'aise dans l'exercice. Et définir le point à partir duquel on ne sait plus gérer et qu'il faut adresser », FG2 – I7</i>
Cet attrait est souvent plus marqué chez les jeunes femmes internes	<i>« En tant que femme je me suis plus intéressée à la sexualité de la femme que celle de l'homme. Et pareil, je pense que pour un jeune ado qui arrive tout gêné et qui a des questions sur sa sexualité, ba si j'ai une jeune fille je vais être plus à l'aise pour répondre à ses questions que si c'est un jeune homme. Mais ça c'est plus par rapport à mes connaissances personnelles », FG3 – I6</i>
Les internes les plus avancés dans le cursus semblent vouloir s'investir dans le suivi de grossesse physiologique, de par son caractère très protocolisé sur le plan clinique	<i>« Le suivi de grossesse ! » (réaction générale) ; « Oui avec des antisèches ! » ; « Oui la mesure de la hauteur utérine, les bio ... » ; « Prendre la tension, mesuré le poids » ; « Pour la déclaration de grossesse aussi ! », FG3, échange entre I15, I17, I18 et I20</i>
Enfin, le traitement médiatique des questions de santé de la femme et du couple semble avoir un impact sur les internes	<i>« Je m'intéresse un peu plus qu'avant au domaine parce qu'il y a une certaine médiatisation de la santé de la femme en ce moment, avec certaines pathologies qui sont misent en avant ... notamment l'endométriose. [...] Il y a aussi les lois de bioéthiques qui ont été voté récemment avec des mesures importantes comme le droit de procréation pour les couples homosexuels », FG3 – I15</i>

d) Sexe féminin du médecin

Les internes féminines projettent le ressenti positif des patientes à l'égard de leur suivi par une femme en matière de santé sexuelle ...	« Sans émettre de jugement, c'est peut-être plus facile d'aborder ces sujets là en tant que médecin femme ... », FG3 – I17 « Pour l'examen mammaire ce n'est jamais un problème en tant que femme », FG1 – I2
... Un argument confirmé par leurs patientes	« J'ai eu une expérience avec mon prat' masculin qui ne fait pas du tout de gynéco, avec une patiente qu'il ne connaît pas trop, enfin ponctuellement ... et elle a demandé un examen gynécologique en disant « je voudrais que ce soit l'interne ! ». Elle voulait vraiment une femme », FG2 – I11 « Je suis dans un cabinet de groupe en ce moment, il y a une femme et cinq hommes dans le cabinet. Toutes les femmes suivies par des hommes prennent rendez-vous ensuite chez la médecin femme pour l'examen gynéco. Parce qu'elles savent qu'elle fait ça », FG3 – I21

e) Influence positive de l'expérience personnelle sur la pratique

L'exemple de la grossesse	« Est-ce qu'on est pas plus à l'aise si on est déjà tombée enceinte et qu'on est déjà passé par tout ça ? (rires) I20 dis-nous tout ! (rire collectif) », FG3 – I16 « J'imagine que c'est un peu une projection parce qu'on a l'âge pour ça ! (rire collectif) », FG2 – I9, à propos de l'intérêt porté à la grossesse et la périnatalité. « Effectivement il y a des sujets où on peut superposer nos expériences personnelles et nos connaissances médicales ... et du coup cela facilite les choses », FG2 – I7
----------------------------------	---

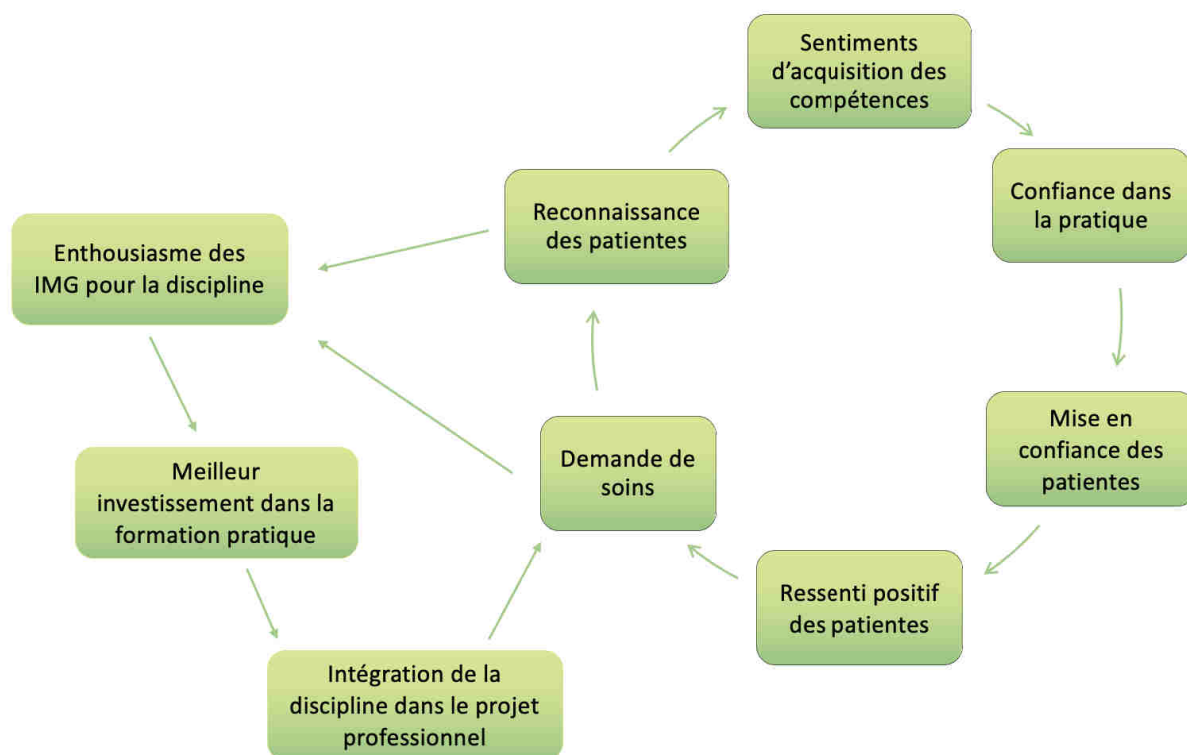


Figure 14 : Mise en relation des facteurs motivant les IMG à s'investir dans le suivi de la santé de la femme

2. Les freins à la pratique dédiée à la santé de la femme

En opposition aux leviers, il semblait pertinent de recueillir les obstacles à la pratique future de la santé de la femme chez les IMG. Les freins identifiés ont été regroupés dans les grandes thématiques suivantes : la formation initiale pratique et théorique des IMG, les formations complémentaires, les freins liés aux patientes, le projet professionnel et le sexe du médecin, les freins émotionnels et enfin les réticences liées à la discipline elle-même.

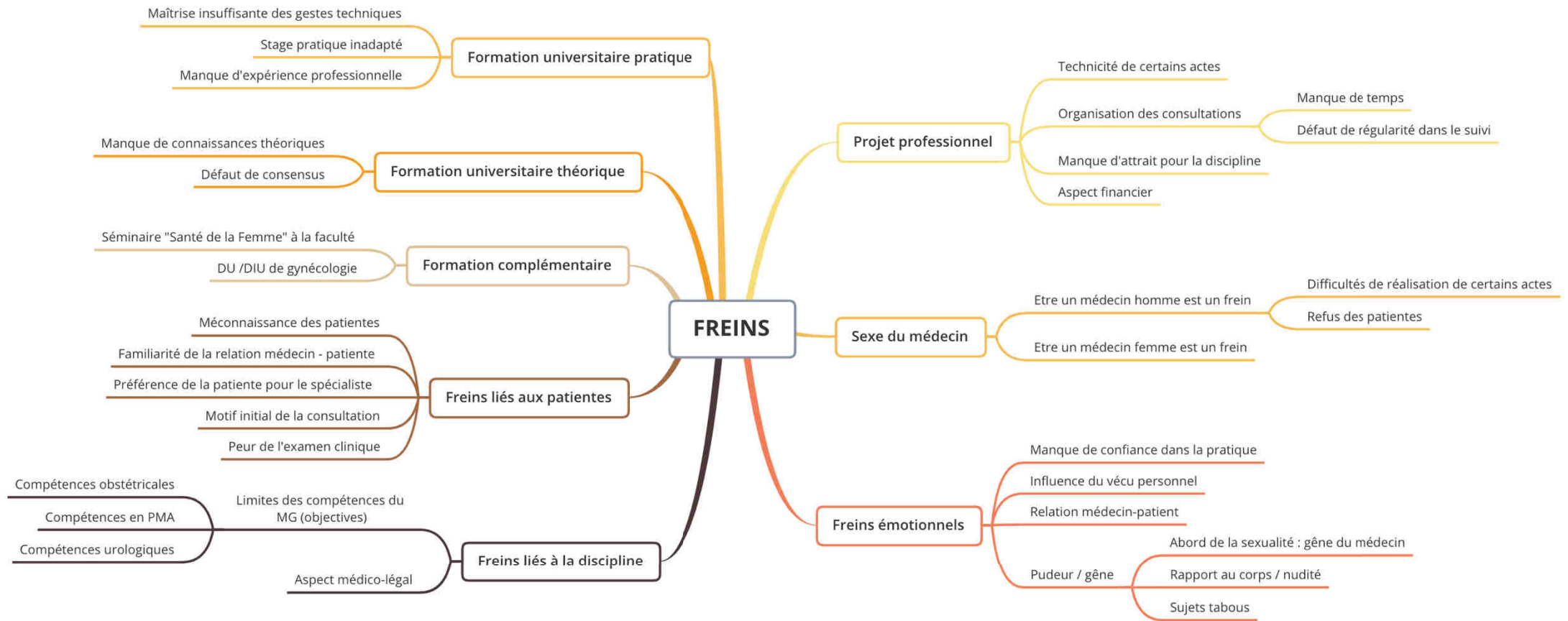
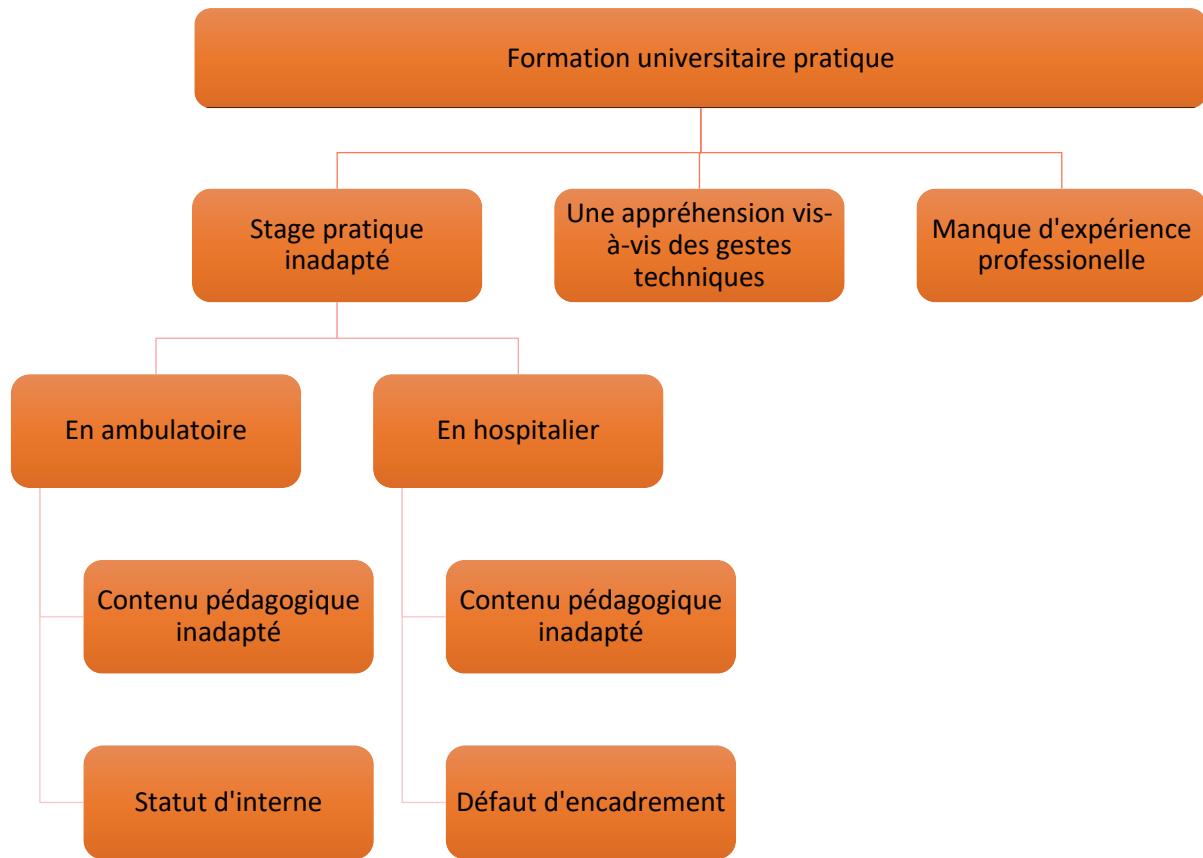


Figure 15 : Obstacles à la pratique de la santé de la femme chez les IMG

2.1. Formation universitaire pratique



a) Stage pratique inadapté

En ambulatoire

Un contenu pédagogique en ambulatoire jugé inadapté selon certains IMG : un point de vue majoritairement fondé sur leur expérience de stage chez le praticien de niveau 1	« La population rencontrée dépend beaucoup du maitre de stage chez qui on travaille. Aucun de mes prat' ne pratique de gynéco », FG1 – I3 « Pendant les 3 mois d'ambulatoire on sait très bien qu'on ne va pas faire que de la gynéco ! [...] Les échos qu'on a c'est que ça reste de la médecine générale classique et qu'avec un peu de chance on voit 3 femmes dans la journée pour de la « vraie » gynéco », FG2 – I8 « Des suivis de grossesse j'en ai vu aucun pendant mon stage », FG2 – I6
---	---

	« Si c'est la santé de la femme comme on l'entend de façon plus précise avec euh ... évoquer régulièrement la contraception, faire des poses de stérilets et d'implants, là euh ... oui y'a pas énormément de médecins généralistes qui font ça ... », FG3 – I14 « Y'en a un qui n'en faisait pas parce qu'il avait arrêté de faire des frottis ... ça faisait longtemps qu'il n'en faisait plus donc il avait complètement lâché. Je me souviens d'une consultation où on a parlé contraception avec une jeune fille et ... j'ai dû voir 2 frottis avec l'une de mes prat' ... la seule femme du trio. Sinon je n'ai pas eu de consultation santé de la femme en 6 mois », FG2 – I7
Statut d'interne	Consultation en binôme : l'interne perçu comme une tierce personne « Et clairement, le fait d'avoir le praticien à ces côtés quand on est interne, c'est pas le même rapport que quand on va faire des remplacements ... » - « Oui c'est toi le médecin ! » - « Oui parce que l'interne observe », FG2 – échange entre I7, I10 et I11 « Ça dépend des prat'. J'en avait eu qui disait aux patientes « il est là pour apprendre, si vous voulez que les médecins soient bien formés, il faut accepter et jouer le jeu ». Ça dépend beaucoup comment le prat' nous intègre ! D'autres laissent le choix, et je comprends tout à fait. Mais du coup j'étais mis dehors ... », FG2 – I10 « Parfois on peut assister à la consultation et à l'interrogatoire et pour l'examen on est mis de côté ... où parfois on est mis directement dehors » ; « Moi je suis un peu ambivalente, je comprends que les gens n'aient pas envie et en même temps c'est dommage ! », FG2 – I7 et I10 « Être spectateur ce n'est pas inintéressant mais c'est un peu frustrant quand on veut apprendre les choses. Et c'est ce qui peut se passer fréquemment chez les prat'. Déjà il y a beaucoup de prat' qui ne font pas de gynéco », FG3 – I14

Les patientes ne se confient pas de la même façon à un interne qu'à leur médecin traitant

« Y'a des patientes qui essaient de cacher certaines choses quand je les vois, et quand j'en discute juste après : « j'ai senti qu'il y avait quelque chose mais il ou elle ne voulait pas me parler », le médecin me répond « Ah ! Mais c'est parce qu'elle ne voulait pas, moi je sais, il y a ça, ça et ça ... ». Et on tombe parfois sur des histoires assez improbables ! », FG3 – I21

« C'est parfois plus compliquer de l'aborder pour nous » ; « Pour nous oui, pour un médecin installé je ne pense pas » ; « D'autant plus que les médecins de famille connaissent parfois les auteurs des violences ... » ; « Oui pour les violences intrafamiliales », FG3 – I14, I17 et I21, à propos des violences conjugales.

Les internes n'ont pas toujours l'occasion de reprendre l'historique du suivi des patientes

« Là c'est différent parce qu'on consulte à deux, du coup le maître de stage la connaît bien, mais si j'étais de nouveau seul, j'en profiterais pour faire un petit tour avec des questions », FG3 – I15, à propos de l'interrogatoire sur le suivi gynécologique ou la sexualité d'une patiente qui vient pour un autre motif

En hospitalier

Contenu pédagogique inadapté

« Le stage à 6 mois de gynéco à l'hôpital, c'est quand même vachement long ! [...] 6 mois, dans certains services, je pense que c'est pas adapté ! 6 mois chez les parturientes par exemple c'est très très long (rire collectif). Avec des femmes enceintes qu'on surveille de près ... des choses qu'on ne fera pas du tout quoi ! », FG1 – I5

« Il y avait quand même beaucoup d'IVG, [...] c'est pas très adapté pour la suite ... donc voilà, c'est bien mais il ne faut pas que ce soit trop long à mon avis. Au bout d'un moment

	<i>on fait trop de choses qu'on ne fera jamais. C'est ça qui est difficile, c'est faire en sorte que tous les internes aient un stage adapté. Je suis sûr que certains risquent d'être plus perdants, de ne pas aimer... », FG1 – I5</i> <i>« Le risque de faire que de l'hospitalier, c'est d'aller beaucoup aux urgences, où on voit les problèmes aigus : les fausses-couches, les métrorragies ... mais par contre tout le reste, suivi, dépistage, problème de sexualité, c'est pas forcément abordé aux urgences gynéco, à l'hôpital. Je pense que l'ambulatorio peut ouvrir ce pan là de la santé de la femme », FG2 – I7</i> <i>« Il faut revoir la place que l'on a en tant qu'interne de médecine générale dans un service hospitalier de gynécologie, qui pour moi ne correspond pas à la formation qu'on est supposé avoir. [...] Ou bien de la polyclinique hospitalière où l'on peut faire de la gynécologie médicale mais pas de la gynécologie chirurgicale ! », FG3 – I17</i>
Défaut d'encadrement	<i>« On entend beaucoup que dans certains stages de santé de la femme, on est un peu laissé pour compte avec un échographe, alors qu'on a jamais fait ça ! Et qu'on doit se débrouiller tout seul. Je pense que c'est pas comme ça qu'il faudrait l'aborder », FG2 – I6</i> <i>« A l'hôpital on est souvent un peu délaissé ... « débrouillez-vous ! », FG2 – I11</i> <i>« C'est une formation assez express quand même [...] et il faut être réaliste, les chefs de clinique sont complètement débordés », FG3 – I14</i>

b) Une appréhension vis-à-vis des gestes techniques

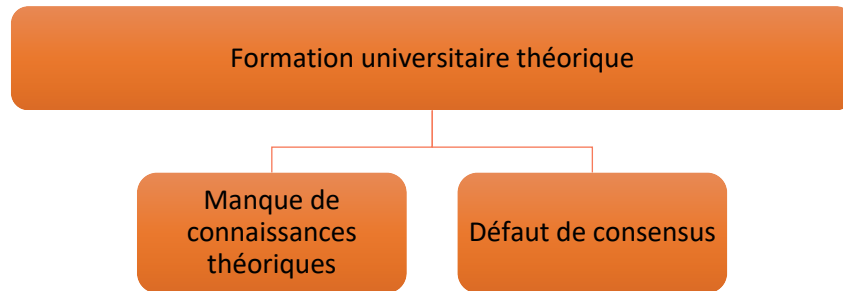
Les « gestes techniques » gynécologiques courants apparaissent comme	<i>« On peut quand même s'occuper d'une partie de la santé de la femme ... la contraception, la ménopause, et pas forcément de faire de geste technique. On n'est pas obligé de faire tout », FG2 – I6</i>
---	---

particulièrement difficiles à réaliser et hors du domaine de compétences de certains IMG	<i>« Il y a des choses un peu indispensables au métier de médecin généraliste je pense, la contraception par exemple, un médecin généraliste ne peut pas ne pas avoir les bases dessus. Après qu'il ne sache pas poser un implant ou un stérilet ... chacun voit ... », FG2 – I11</i>
L'appréhension des IMG est explicite concernant cette pratique, perçue comme exigeante et nécessitant une formation supplémentaire	<i>« En cas de force majeure je le ferai, mais il faudrait que je prenne sur moi », FG1 – I2, à propos de la pratique de gestes techniques.</i> <i>« Oui il faut que ce soit facile à retirer ! », FG1 – I1, à propos du retrait d'implant sous-cutané.</i> <i>« C'est comme tout en médecine, si tu as envie de faire des formations tu peux le faire ... ça dépend si tu ne te sens pas à l'aise », FG2 – I7, à propos des gestes techniques.</i>

c) Manque d'expérience professionnelle

Des internes encore novices dans le domaine ...	<i>« Étant donné que je n'ai pas encore fait mon stage de gynéco, cela m'arrange parfois de ne pas avoir de consultation dédiée », FG1 – I3</i> <i>« Cela dépendra beaucoup du déroulement de mon stage d'interne à venir. J'attends d'être formée car pour l'instant je ne me vois pas faire des gestes », FG1 – I4</i> <i>« J'avoue que tant que je n'aurais pas fait le stage de gynéco, je ne me sentirai pas à l'aise pour plein de trucs. Je me dis « peut-être qu'après le semestre de gynéco je serai au taquet et ça me dérangera pas », FG1 – I3</i>
... qui se trouvent parfois dénués de solutions concrètes pour les patientes	<i>« Moi je trouve que les premières fois ... c'est compliqué. C'est des problématiques sociales, psychologiques assez particulières, et pour démêler tout ça c'est pas simple ! On n'a pas toujours la solution », FG3 – I15, à propos des violences conjugales</i>

2.2. Formation universitaire théorique



a) Manque de connaissances théoriques

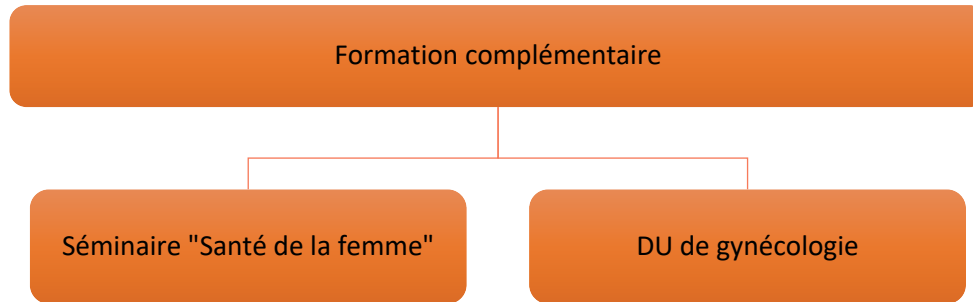
... qui incite les internes à demander un avis spécialisé	« C'est plutôt les motifs de consultation qui jouent ... si une femme vient pour des problèmes de fertilité, qu'elle a du mal à concevoir un enfant, je serais embêtée ! (rire) Pour le bilan j'aurais tendance à l'adresser parce que pour l'instant je n'ai pas encore le bagage nécessaire », FG2 – I8
Des connaissances perfectibles avec des difficultés de mise en pratique	« Ouais aussi pour les traitements de la ménopause, les durées, les formes différentes. Je m'en suis rendu compte avec le THM. Je savais qu'il y avait 2 traitements différents mais je croyais que y'avait qu'une galénique. Alors qu'en fait y'en a plein de différentes, plus ou moins pratiques. Au fur et à mesure on se rend compte que c'est pas si évident que ça. Faut faire attention à pas mal de choses », FG1 – I1 « Le problème c'est de savoir à qui adresser, et de savoir qui est le mieux placer : le gynéco, l'uro, le neuro, le rééducateur ? ... », FG1 – I1, à propos de la prise en charge de l'incontinence urinaire
La méconnaissance de la prise en charge des troubles sexuels conduit les internes à esquiver le sujet	« Ce qui n'aide pas c'est qu'on a pas forcément les connaissances pour, et du coup je suis un peu réticente d'aller leur poser les questions, d'aller les gêner, pour au final ne pas savoir quoi leur répondre parce que je ne sais pas comment les aider ... », FG2 – I6, à propos des troubles sexuels. « Potentiellement, si on avait plus de connaissances on aborderait plus facilement le sujet aussi en ayant l'impression

	<i>qu'on peut apporter de l'aide ... ou un début de réponse », FG2 – I7, à propos des troubles sexuels.</i> <i>« Tu as l'impression que tu crées de la gêne et que tu n'apportes pas forcément de solution... » ; « Créer de la gêne pour créer de la gêne ben ... Actuellement je n'ai pas les connaissances pour répondre à un homme ou à une femme d'ailleurs ! », FG2 – I7 et 11, à propos des troubles sexuels.</i>
--	--

b) Défaut de consensus

Le suivi en dehors des dépistages de masse : un manque de clarté pour les IMG ...	<i>« On ne sait pas trop s'il vaut mieux faire l'autopalpation ou la palpation par le médecin ... Dans les reco, c'est pas si tranché que ça. Alors que l'ADEMAS c'est clair », FG1 – I1, à propos de la palpation mammaire.</i> <i>« Mais je ne comprends pas ça ... pour moi ce n'est pas systématiquement recommandé, en tout cas chez les jeunes femmes. J'étais chez une maitre de stage les 3 mois précédents, je faisais beaucoup de gynéco, et pis ... elle m'a dit qu'elle le faisait quand il y avait des facteurs de risque, que ce soit le cancer du sein ou les autres antécédents personnels et familiaux, et quand c'était aux âges du dépistage ! [...] C'est comme le toucher rectal pour la prostate, maintenant c'est plus recommandé s'il n'y a pas de symptôme... et j'avais notion que pour la palpation mammaire c'était pareil. Je ne suis peut-être pas très à jour des reco ... », FG3 – I14</i>
... qui les conduit à porter un regard critique sur les recommandations étrangères	<i>« C'est quelque chose qu'on ne fait pas souvent en pratique. [...] Je pense que c'est typiquement français ! Par exemple au Canada, ça fait partie du check-up annuel ! », FG3 – I21, à propos de la palpation mammaire.</i>

2.3. Formations complémentaires



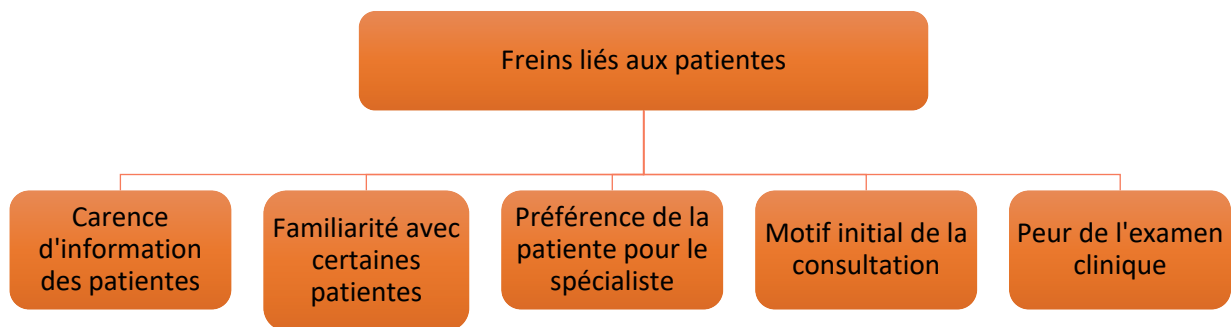
a) Séminaire "Santé de la femme" à la faculté

Une formation de « débrouillage » intéressante mais jugée trop succincte	<i>« [...] c'est très rapide ! [...] Alors c'est sûr, pour une FO, ça fait quatre points à aborder avec 1h30 à peu près sur chaque point ... c'est sûr que c'était juste mais euh ... c'est un débrouillage mais c'est pas suffisant ... », FG1 – I4</i>
L'apprentissage des gestes techniques perçu comme insuffisant pour se lancer en confiance dans la pratique	<i>« Je sors à l'instant de la formation santé de la femme, et par exemple pour les poses de DIU bon ... voilà on a fait la formation mais là en pratique si je devais en faire un là tout de suite, euh... (rires). Même les poses d'implant, c'était galère ! (rires) », FG2 – I8</i> <i>« Les gestes c'est sur mannequin donc euh ... ça aide mais honnêtement euh ... si juste après ça tu te dis « aller c'est bon ! J'attaque ! Je mets un stérilet demain ! » (rire ironique)... je pense que c'est insuffisant », FG1 – I1</i>
Des notions de thérapeutiques propre à la femme ménopausée ressenties comme complexes et partiellement acquises	<i>« Pour la ménopause ... c'est pas suffisant. C'est bien ils l'abordent, ils expliquent un peu comment on l'affirme, s'il y a nécessité de faire des prises de sang en plus ... mais au niveau des traitements en tant que tel je trouve que c'est insuffisant... », FG1 – I1</i>

b) DU de gynécologie

Investissement coûteux et chronophage	« [...] c'est des gens qui aiment la gynéco au départ, tu fais un DU quand ça t'intéresse et que tu ne te sens pas assez compétent. Et ça a un coût quand même ! », FG1 – I1 « Oui et c'est quand même un sacrifice de faire un DU, en termes de temps et d'argent, c'est pas négligeable. Si c'est pour faire un truc que tu déteste... mais au final tu peux finir par adorer ça (rires) », FG1 – I2
--	--

2.4. Freins liés aux patientes



a) Carence d'information des patientes

Certaines patientes ignorent la capacité du MG à réaliser leur suivi spécifique	« Je trouve qu'il y a une désinformation des femmes sur ça, quand on leur dit « oui vous pouvez venir le faire en cabinet de médecine générale », elles disent « Ah bon ! Je ne savais pas ! Sinon je serais venue avant ... », FG2 – I6, à propos de la palpation mammaire. « Il y a parfois des représentations de ce que le généraliste et les spécialistes peuvent faire. J'ai l'impression que c'est assez individuel, mais il y a des patients qui n'ont aucune idée que le généraliste peut faire ça. Elles ne s'imaginent pas aller chez le généraliste pour leur contraception ou pour le suivi de grossesse normale ou ce genre de truc ... », FG2 – I7
--	---

	« Oui elles disent souvent « je vais prendre rendez-vous avec mon gynéco parce qu'avec vous je sais que je ne peux pas faire de frottis, vous ne faites pas ça ». [...] Je pense qu'une grande partie de la population ne sais pas forcément que le médecin traitant peut faire ça », FG3 – I21
Des patientes peu demandeuses en matière de gestes techniques	« Je pense que ça dépend quand même de la demande. Si on est à l'aise pour faire des actes techniques mais que les patientes ne vont jamais nous voir pour ça, on en fait peu et forcément ça va être orienté », FG3 – I18

b) Familiarité avec les patientes

Il serait plus difficile d'explorer les sujets tabous dans un contexte familial : peur du jugement ?	« C'est pour ça que c'est mieux quand c'est une nouvelle patiente du coup. Parce que moi c'est dans les antécédents que je demande « est ce que vous avez déjà subi des violences dans votre jeunesse ? ». Par contre avec les patients anciens c'est difficile ... bon à moins qu'il y ait un signe qui t'oriente là-dessus ... Mais sinon c'est pas évident », FG1 – I2 « Je me dirais toujours, sur tous les patients que je vois, « pour combien je rate le truc ? » ... Et quand tu les connais c'est le risque », FG3 – I16, à propos des violences conjugales
Selon plusieurs internes, le MG peut être considéré par certaines femmes comme trop familier pour assurer ce suivi, indépendamment de sa compétence	« Mais quand c'est une patiente qui consulte depuis longtemps... (hésitation), c'est plus compliqué ... », FG3 – I16, à propos du suivi gynécologique par le médecin généraliste

c) Préférence de la patiente pour le spécialiste : réelle ou supposée ?

Représentation des attentes des femmes : une perception importante du souhait des patientes d'être suivies par un gynécologue de la part des internes.	« J'ai l'impression que beaucoup de femmes préfèrent être vues par un gynéco même si on a l'air sûr de soi et qu'on leur explique le suivi. Elles disent « je prendrai rendez-vous avec le gynéco ». J'ai l'impression qu'elles préfèrent avoir la réassurance du spécialiste », FG1 – I2 « Je me dis qu'elles vont facilement voir le gynécologue pour une contraception ou un suivi de grossesse », FG2 – I6 « Si on est en ville, qu'il y a beaucoup de gynécologues autour, elles peuvent être demandeuses de voir un spécialiste de gynécologie », FG3 – I18
Le suivi de grossesse plus « optimisé » chez le gynécologue selon un interne	« En tout cas des suivis de grossesse j'en n'ai jamais vu en médecine G. A chaque fois les femmes enceintes étaient suivies par leur gynéco, qui faisait les écho, parce que c'est plus pratique pour elles en fait. Plutôt que d'alterner ... », FG2 – I8

d) Motif initial de la consultation

Demandes multiples des patientes	« Si elles viennent pour ça et qu'elles ont de l'acné ou d'autres trucs [...] Ça peut vite devenir plus complexe et du coup je suis moins à l'aise », FG1 – I2, à propos d'une consultation pour première contraception.
Les consultations pour un motif non spécifique à la santé de la femme n'incitent pas toujours les internes à aborder cette thématique spontanément	« Ben si c'est juste poser la question du dépistage, de la dernière mammo ... ok on le prescrit ! C'est vite fait, juste un papier à donner, on le fait assez volontiers ... Mais sinon moi j'ai jamais eu l'idée de dire « bon aller on va encore faire une petite palpation mammaire avant que vous partiez ! » (rires) », FG1 – I5

« Il faut quand même un petit contact, si elle vient pour une entorse, je ne vais pas lancer le sujet ... », FG2 – I7

e) Peur de l'examen clinique

Une consultation assimilée d'emblée à l'examen clinique par les patientes	« J'ai déjà entendu beaucoup ça : « il faut que je prenne rendez-vous chez le gynéco, mais j'ai pas envie parce qu'il faut se faire examiner », FG3 – I14
La réticence des patientes pour l'examen gynécologique : la crainte de la douleur	« Il y a une peur de la gynécologie aux deux extrêmes, en dehors des âges de la maternité. Avant, parce que le spéculum et le frottis ça fait peur ... et même après », FG3 – I17
Le déshabillage : un moment critique, notamment pour les jeunes filles	« Dans le cas des adolescentes [...] on leur pose des questions de l'ordre de l'intimité. On est dans l'âge où parfois les jeunes adolescentes se braquent, alors si en plus on lui dit « faudrait quand même qu'on fasse une palpation mammaire », c'est compliqué ... », FG3 – I21

2.5. Projet professionnel



a) Technicité de certains actes

Une pratique qui requiert du matériel	« Ça m'évoque qu'il faut du matériel pour faire des gestes », FG1 - I2 « Il faut avoir le matériel, la disposition », FG2 – I6
L'idée que l'échographe au cabinet est indispensable pour la prise en charge des femmes enceintes dissuade les internes d'en assurer le suivi	« La grossesse jusqu'à un certain point, plutôt le début de grossesse, dans les limites de ce que peut faire le MG au cabinet : le bilan de départ mais à partir de 3-4 mois ça devient compliqué », FG1 – I1
Une interne renoncerait à la pose de DIU à défaut de ne pouvoir effectuer un contrôle échographique	« Mais des DIU pas trop ... parce que finalement y'a quand même un risque de ne pas contrôler à l'échographie après la pose. Si on a un utérus bicorne, est-ce qu'on est sûr que le stérilet est bien posé ? Alors qu'en gynéco ils vérifient toujours la pose avec l'échographe », FG2 – I6

b) Organisation des consultations

Manque de temps	« ... je pense que c'est très chronophage », FG1 – I5, à propos de « l'examen de base » de la femme. « Pour le retrait ça peut être vraiment galère et chronophage. Une fois, j'ai mis 45 min à retirer un implant. Auquel cas il faudrait vraiment une consultation dédiée », FG1 – I2 « Après il faut être préparé à la réponse et être prêt à passer peut-être 30 ou 45 minutes », FG1 – I2, à propos des violences conjugales
Défaut de régularité dans le suivi	« C'est difficile d'y penser, à moins de se mettre des rappels », FG1 – I3, à propos de la palpation mammaire annuelle. « Justement pour les patientes qu'on suit depuis longtemps, c'est là qu'on risque nous-même d'oublier d'aborder ce sujet. On les voit pour plein de choses donc, à toutes les consultations, on ne va pas redemander ... », FG2 – I6, à propos du suivi gynécologique et de la prévention.

c) Peu d'attrait pour la discipline

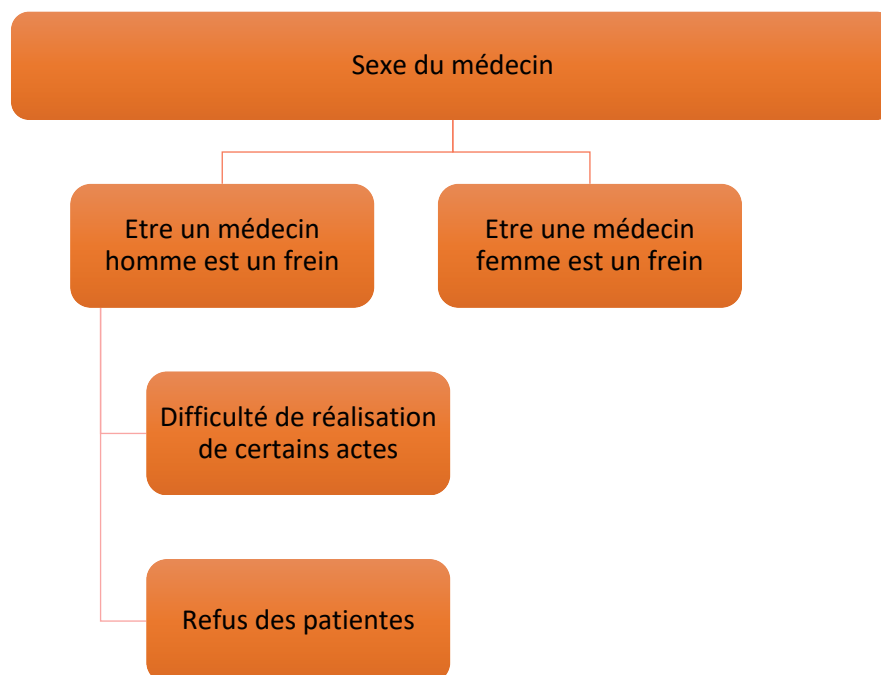
Une discipline « à part »	« Plus tard on sélectionnera, ne pas faire du tout de pédiatrie en tant que MG... c'est limite, alors que ne pas faire du tout de gynéco ... ça va quoi ! Enfin, moi je ne trouve pas que ça soit indispensable de faire un stage en gynéco », FG1 – I1
Un faible intérêt pour les gestes techniques	« Lors de mon stage de gynéco en tant qu'externe, je n'ai pas appris énormément de gestes. J'essayais d'en voir au maximum mais je ne me sens pas du tout capable d'en faire pour l'instant et cela ne m'a pas donné envie (rires) », FG1 – I4 « A la rigueur, qu'on ne se sente pas à l'aise ou qu'on ne s'intéresse pas à la pose d'implant, de stérilet ... pourquoi pas », FG2 – I7

L'offre de soins environnante est déterminante pour un IMG, pour qui la proximité des gynécologues le dédouane de cette pratique	<i>« En fonction de l'endroit où on va exercer on aura plus ou moins de gynéco. A Strasbourg on a la possibilité de déléguer plus facilement et euh ... J'ai bien vu quand j'étais chez une prat' à Colmar au centre-ville, il y avait tellement de gynéco disponibles qu'elle n'en faisait pas et perdait la main. Alors elle disait « je préfère passer », FG2 – I10</i>
---	--

d) Aspect financier

Des actes peu valorisés	<i>« Oui ! Parce que finalement, chez les 2 médecins précédents de mon stage, ils ne faisaient pas de gynéco. Ils étaient attentifs à faire régulièrement les mammo, mais ils n'allaient pas faire de palpation ... en tout cas je n'ai pas l'impression. Pour les ROSP déjà, avec ADECA et ADEMAS, alors que pour la palpation mammaire y'en a pas », FG1 – I1</i>
Du matériel coûteux cité par un interne	<i>« Y'a un gros coût aussi, un échographe ça vaut cher, il faut vouloir investir ! », FG2 – I6, à propos du suivi de grossesse</i>

2.6. Sexe du médecin



a) Être un médecin homme est un frein

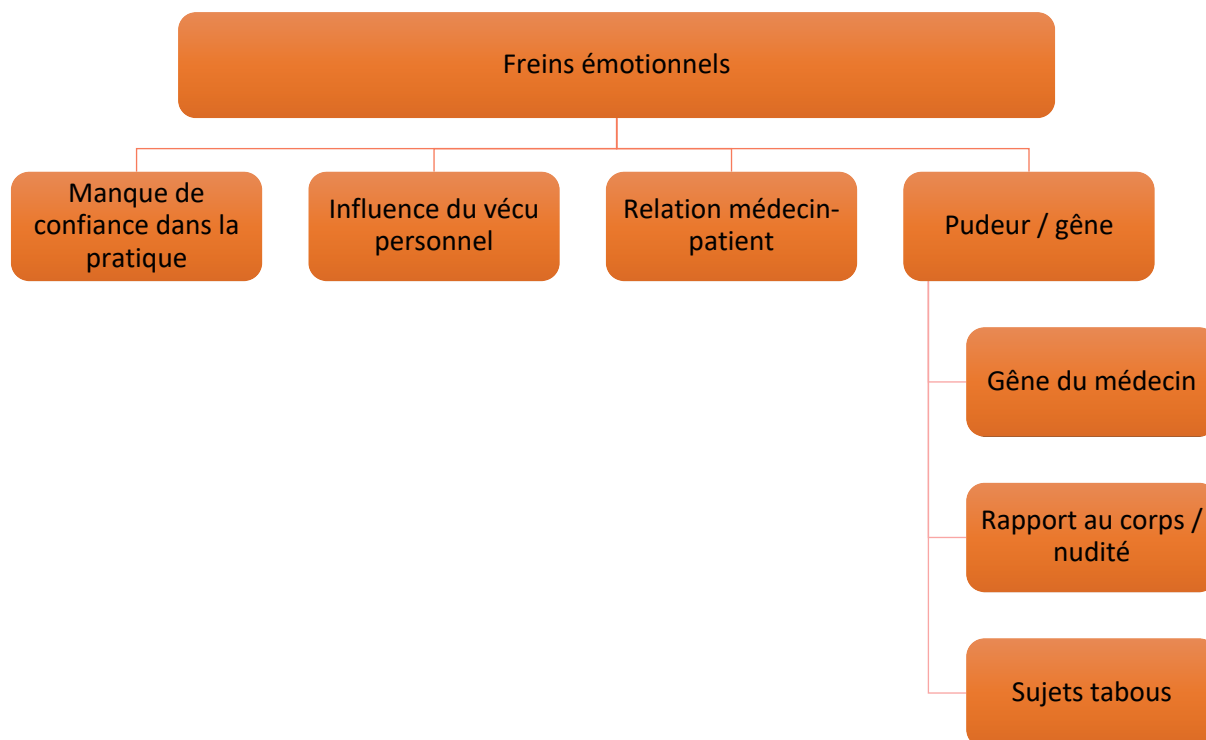
Difficulté de réalisation de certains actes : quand la relation homme/femme influence la relation soignant/soigné	Les internes masculins évoquent leur gêne potentielle à examiner une femme ... <i>« Je pense que c'est plus compliqué de le proposer en tant que médecin homme, à part si c'est « pour dépanner ». [...] Je pense qu'un homme est moins à l'aise avec les patientes donc les gestes sont moins simples à faire qu'une consultation pour contraception par exemple », FG1 - I1</i> <i>« Je pense qu'en tant que garçon je serais peut-être moins à l'aise ... bon après ça se ressent aussi dans les stages ... », FG2 – I10</i> <i>« C'est peut-être plus délicat pour un homme », FG3 – I21, à propos de la palpation mammaire.</i> ... Gêne plus marquée envers les jeunes patientes, notamment les mineures <i>« C'est vrai que j'ai un peu plus de mal à le faire, parce que ça concerne les adolescentes, les 20-25 ans. Je pense que le fait d'être un homme à ce moment-là c'est plus difficile de le proposer... », FG3 – I15, à propos de la palpation mammaire.</i> <i>« Je n'examine jamais une adolescente sans les parents, à moins qu'une infirmière ne soit présente. Je suis vigilant à l'aspect médico-légal, par rapport au risque d'accusation d'agression », FG1 – I1</i>
Refus des patientes : une difficulté d'accès à la sphère intime par les soignants masculins	<i>« Chez le prat', dès qu'il y a un problème gynéco et qu'on est un garçon, on est tout de suite mis un peu dehors. [...] Il pose à chaque fois la question « ça ne dérange pas ? », et en fait on sent qu'il y a un malaise », FG2 – I10</i>

	« Comme quoi ça ne dépend pas toujours de la compétence, il peut y avoir des à priori parce ce que c'était un homme », FG2 – I7 « Je pense que c'est faisable de faire un suivi gynéco en tant qu'homme généraliste. Ce n'est pas tellement pour le médecin que c'est compliqué d'aborder le suivi gynéco, de conseiller ... mais plus de la part des patientes », FG3 – I21
Des freins qui favorisent un transfert de l'activité de gynécologie des hommes vers les femmes	« Je pense que c'est plus facile quand on est une fille ... ça dépend où je décide de m'installer. Si je suis tout seul, il faudrait que je fasse des DU pour vraiment être un peu plus au top, mais si je m'associe avec des collaborateurs féminins, ce sera peut-être plus elles qui seront orientées gynéco et moi plus pédiat ... », FG2 – I10 « J'ai déjà eu des retours des patientes aussi ... Par exemple là je suis dans un cabinet où il y a un père et sa fille, c'est elle qui fait de la gynéco, lui n'en fait pas. Et en fait, les patients disent « je préfèrent venir ici pour parler de ce genre de sujet parce que je suis plus à l'aise d'en parler avec une femme », FG2 – I7

b) Être une médecin femme est un frein

La peur des patientes d'être jugée par une femme	« Des filles préfèrent aller chez des gynécologues hommes parce qu'elles ont l'impression qu'ils sont plus doux et plus compréhensifs ... que certaines gynécologues femmes, qui ont l'impression qu'elle n'ont pas ce problème-là donc « pas de raison que ce soit un problème pour les autres femmes » et sont donc parfois un peu rigides », FG2 – I2 « J'ai eu pleins de retours de femme concernant les gynécologues, avec qui elles ont un meilleur contact avec des gynécologues hommes que femme justement parce qu'ils ne savent pas forcément ce que nous on ressent », FG2 – I11
---	---

2.7. Freins émotionnels



a) Manque de confiance dans la pratique

Une limite subjective des compétences En ayant le sentiment de ne pas être compétents, les IMG ont parfois des convictions erronées et se mettent des limites eux-mêmes ...	<i>« En tant que MG on ne peut pas faire grand-chose pour une IVG par exemple. J'ai eu une fois une demande d'IVG et je me suis dit « mais j'en sais rien si on peut faire quelque chose ! ». J'ai demandé la date des dernières règles, les bêta HCG, je ne savais pas quoi faire de plus ... Donc je suis toute de suite aller voir mon prat'. Et en fait on l'a envoyé aux urgences. Parce que dans le fond, on ne peut pas faire d'ordonnance de médicament, enfin on ne peut pas prendre la direction je crois ... Je me suis dit que c'était tout ce que je pouvais faire pour elle quoi », FG1 – I5</i>
... en allant jusqu'à la dévalorisation	<i>« Moi je trouve qu'il y a un risque de nomadisme médical quand il y a des violences. Elles vont voir pleins de médecins différents ... Je me dirais toujours, sur tous les patients que je vois, « pour combien je rate le truc ? » ... Et quand tu les connais c'est le risque », FG3 – I16</i>

Vision sacrée de la grossesse	<i>« Tu passes le relais mais tu as quand même une inquiétude que tu n'as pas si quelqu'un vient te consulter parce qu'il a du mal à respirer ... tu vois ? Le socle est un peu plus fragile, je ne sais pas si c'est un manque de formation ou si c'est lié à l'enjeu », FG3 – I20, à propos du suivi de grossesse</i>
Des difficultés pour répondre aux questions concrètes des patientes et se détacher d'une prise en charge « scolaire »	<i>« Je pense que c'est des champs qui sortent un peu de la médecine classique. Il y a énormément de préoccupations nutritionnelles, [...] sur le matériel, la puériculture ... [...] C'est pas des choses aussi codifiées comme on a l'habitude d'avoir, et c'est en ce sens-là que ça peut faire peur », FG3 – I20, à propos du suivi de grossesse et du post-partum.</i>

b) Influence du vécu personnel

Expérience négative	<i>« Je proposerai tout sauf les gestes. [...] C'est surtout une mauvaise expérience personnelle en tant que patiente qui ne me donne pas envie de faire souffrir une femme. Dès qu'il faut utiliser un spéculum ça m'angoisse », FG1 – I2</i>
Un défaut de projection personnelle	<i>« Pour la ménopause je ne suis pas très à l'aise » - « Parce que c'est des questions qu'on ne se pose pas encore ... on ne s'est jamais projeté là-dedans ! », FG2 – I9 à I12</i>

c) Relation médecin-patient

L'identification de la patiente à son médecin peut être un frein pour les internes. On y retrouve la notion de transfert : le soignant est le support des projections de son patient qui « transfère » sur lui des sentiments déjà vécus.	<i>« Moi je ne suis pas forcément plus à l'aise avec quelqu'un de 25-30 ans ... rien que l'exemple d'une patiente qui me dirait « qu'est-ce que vous feriez vous ? » ... ba ... j'aurais pas envie de répondre à cette question », FG2 – I8</i>
On ne peut séparer le transfert de son corollaire : le contre-transfert.	<i>« Mais je trouve que ça dépend vraiment des sujets aussi ... je ne suis pas forcément hyper à l'aise avec les</i>

Une interne s'avoue déstabilisée par les émotions éprouvées lorsqu'elle est dans l'écoute.	<i>patientes de mon âge. Je trouve qu'il y a un peu trop de parallèles, et que c'est pas forcément facile de se positionner », FG2 – I7</i>
---	---

d) Pudeur / gêne

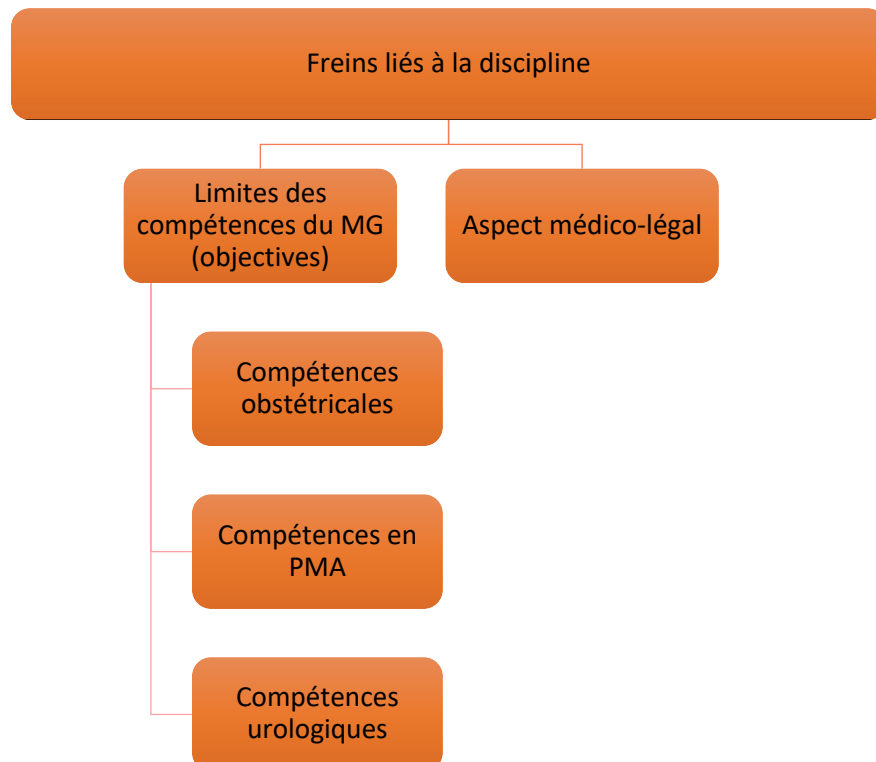
La gêne manifeste des IMG est perçue par les patientes, de ce fait plus réticentes pour leur faire confiance dans cette discipline	<i>« Si c'est un médecin qui n'est manifestement pas à l'aise, ça ne met pas forcément en confiance ... », FG2 – I7</i> <i>« Je pense que si manifestement on est pas à l'aise on va avoir tendance à faire moins de gynéco et moins on en fait plus on perd la main, et moins on est à l'aise etc. ... et on arrête d'en faire », FG2 – I11</i>
Rapport au corps / nudité	<i>« C'est quelque chose qu'on ne fait pas forcément ... sur une consultation gynéco dédiée, oui ! Après euh ... le proposer dès le début de l'entretien à quelqu'un qui vient pour une rhinopharyngite euh ... On va pas lui dire « écoutez ça fait longtemps que je ne vous ai pas palpé ! », FG3 – I21, à propos de la palpation mammaire.</i> <i>« Mais je pense que c'est des choses avec lesquelles pas mal de gens et notamment les médecins ne sont pas du tout à l'aise », FG2 – I10, à propos de la palpation mammaire.</i>
Sujets tabous	<i>« C'est pas quelque chose qu'on nous a beaucoup appris jusqu'à maintenant et c'est vrai que ça ne fait pas partis des réflexes que j'ai, c'est souvent considéré comme tabou ... En ayant pas forcément autant de connaissances que je voudrais, sans avoir l'habitude d'en parler, souvent considéré comme intime et personnel, ça fait beaucoup de point pour ne pas en parler ! Soit parce qu'on ne sait comment en parler, soit</i>

on ose pas ... », FG2 – I7, à propos des troubles sexuels

« C'est plus facile quand c'est eux qui viennent nous en parler » ; « Oui sinon je ne chercherais pas à savoir », FG2 – I6 et I11, à propos des patients souffrant de troubles sexuels

« C'est peut-être plus facile d'aborder la situation mais plus difficile d'avoir les réponses ... [...] Parfois c'est peut-être pas aussi facile d'être frontal comme ça », FG3 – I21, à propos du dépistage des violences conjugales.

2.8. Freins liés à la discipline



a) Limites des compétences du MG (objectives)

Compétences obstétricales	« Le suivi de grossesse, ça me plairait beaucoup de le faire, mais en pratique, je ne sais pas trop comment je pourrais faire les échographies obligatoires en cabinet, s'il faut l'adresser au gynéco ... » ; « Je crois que c'est pas à nous de le faire ... » ; « C'est des échographies référencées », FG2 – I7, I9 et I13
Compétences en PMA	« Pour l'infertilité, je pense que j'aurais du mal à répondre toute seule mais ... (hésitation) j'orienterais rapidement pour ça ... euh ... voilà à part un ou deux examens complémentaires j'aurais envie d'avoir l'avis du spécialiste ... Je ne sais pas si on devrait avoir une place plus importante dans ce domaine-là pour autant. Ce sont des choses que je ne ferai pas parfaitement mais j'aurai tendance à savoir où aller on va dire ! », FG3 – I19
Compétences urologiques	« J'ai déjà vu une dame qui venait pour une incontinence urinaire d'effort, c'était plutôt d'ordre chirurgical quand même donc je l'ai orienté vers l'uro. Finalement on ne peut pas vraiment faire quelque chose à notre niveau », FG1 – I2 « Une fois j'ai eu un cas d'incontinence neurologique et j'étais dans la ***, elle avait un traitement trop fort et ça n'allait pas, il y avait une interaction avec ses neuroleptiques », FG1 – I1

b) Aspect médico-légal

En obstétrique	« Il y a aussi cette peur des conséquences. Si on pense avoir entendu les bruits du cœur et que finalement non ... Y'a des gens qui viennent parce qu'ils ont peur ... Ou alors on a l'échographe, on arrive pas à capter, on ose rien dire ... C'est du médicolégal et puis aussi la vraie vie quoi. On pense à son patient et y'a des choses qu'il ne faut pas rater », FG3 – I20
En orthogénie	« Je crois que tu peux faire une formation en tant que MG pour le faire à ton cabinet, mais moi je ne le ferais pas ! C'est vachement de responsabilités », FG1 – I1, à propos de l'IVG. « Ça peut mal se passer ... », FG1 – I2, à propos de l'IVG.

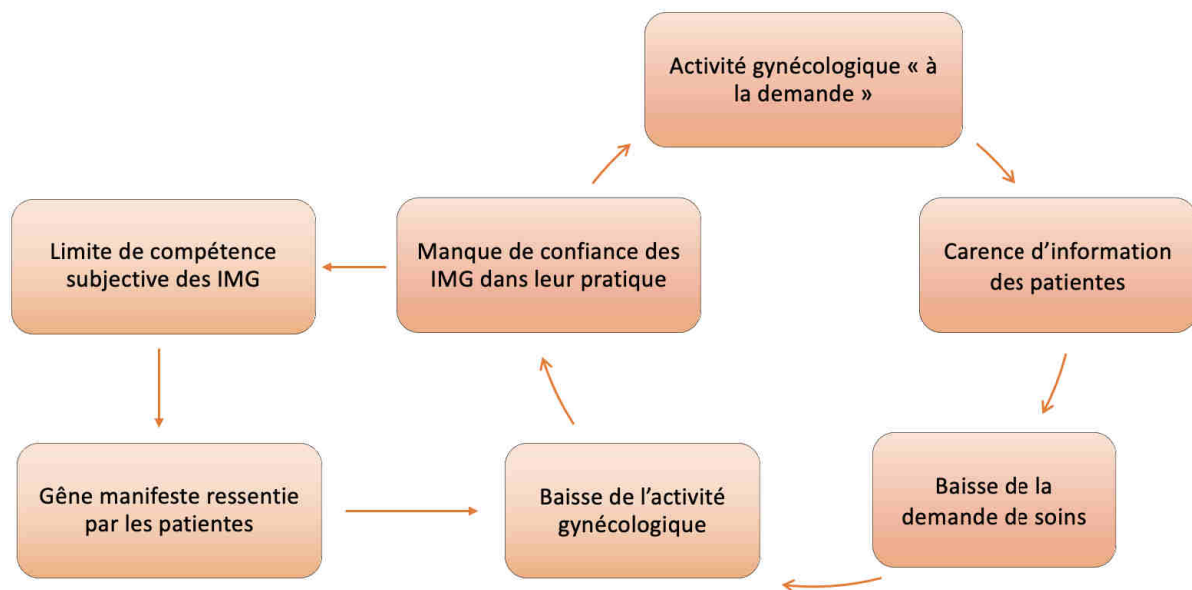


Figure 16 : Mise en relation des facteurs limitant les IMG à s'investir dans le suivi de la santé de la femme

3. Résultats secondaires

Dans cette étude, qui expose les déterminants motivants et ceux entravant la pratique ultérieure de consultations spécifiques à la santé de la femme par les IMG, il semble pertinent d'évoquer leurs représentations de la discipline et leurs suggestions pour favoriser cet investissement (figure 15).

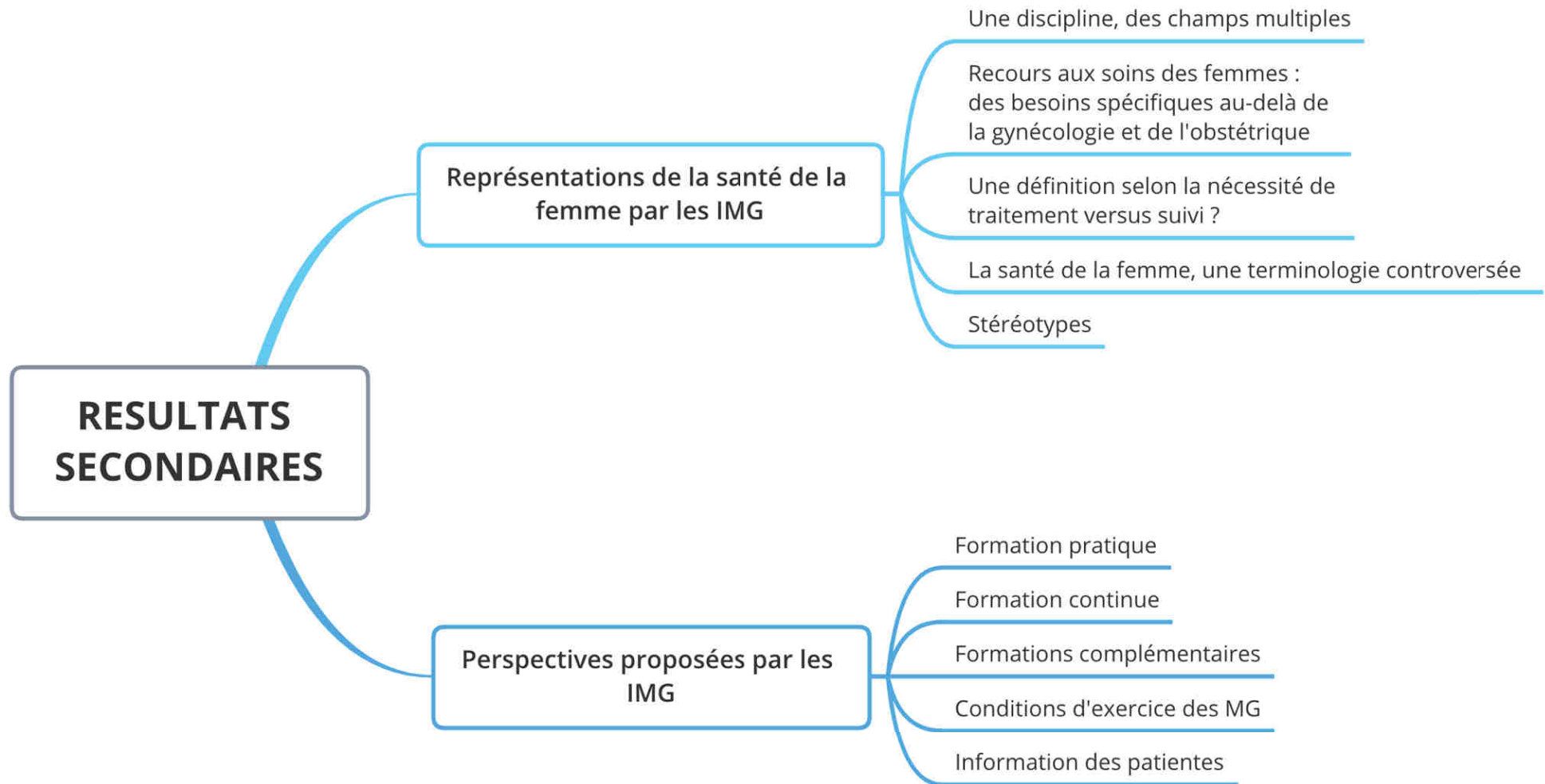
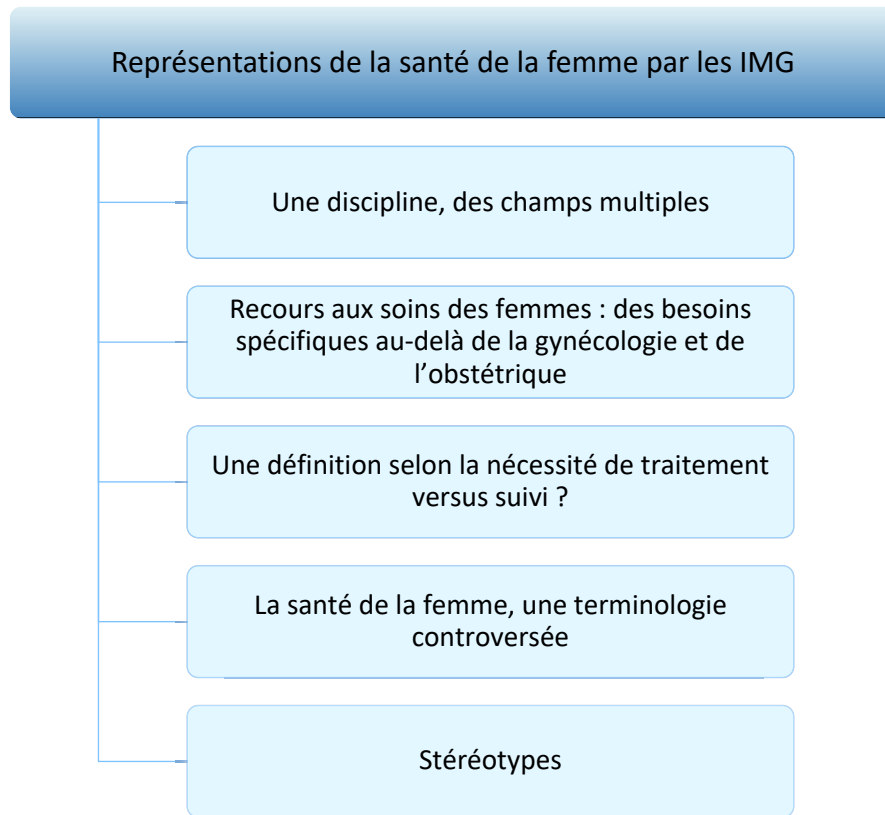


Figure 17 : Représentations de la santé de la femme et suggestions pour améliorer cette pratique en médecine générale selon les IMG

Représentations de la santé de la femme par les IMG



a) Une discipline, des champs multiples

Prévention, dépistage et suivi : un continuum tout au long de la vie de la femme	« C'est toutes les consultations de dépistage, cancer du col, cancer du sein, suivis de grossesse si jamais une femme enceinte vient au cabinet, la ménopause, pleins de choses... », FG1 - I3 « La prévention ... mammographie, frottis ... », FG3 – I18 « C'est assez vaste finalement, il y a de la prévention, des IST, la contraception qui est une grosse partie, de la jeune fille jusqu'à la femme adulte, la partie ménopause, ... », FG2 – I6 « Pose d'implant et pose de stérilet », « Et le retrait ! (rire collectif) », FG2 – I8 à I9 « Tout le post-partum », FG2 – I7
--	--

	« Tout ce qui est dépistage et prévention de l'ostéoporose », FG2 – I7
Motifs fréquents	« Tout ce qui est pathologies gynécologiques courantes, les métrorragies, les règles douloureuses, ce genre de truc ... », FG2 – I7 « Le post-partum, mais aussi les règles douloureuses, notamment les jeunes qui sont embêtées pour aller à l'école, ça c'est des consultations qu'on a fréquemment ! », FG3 – I20 « Des questions sur les règles douloureuses, l'endométriose ... sur l'allaitement souvent. C'est quand même, pour moi, orienté santé de la femme tout simplement parce que ce sont plutôt les femmes qui posent ce genre de questions, qu'on a fréquemment ! Ce sont des consultations régulières. », FG3 – I20 « Souvent les femmes elles viennent pour des bouffées de chaleur qui les incommode, ça peut être aussi de la sécheresse vaginale, avec le traitement hormonal s'il y a des indications. », FG2 – I6
Motifs urgents	« Les pathologies urgentes ... aussi bien infectieuses, la salpingite aiguë, comme euh ... les ruptures de kystes ovariens, des fausses couches hémorragiques ... enfin c'est ce que j'ai pu voir pendant mon stage hospitalier. », FG3 – I15
Sexualité et infertilité	« Il y a les troubles de la sexualité, les problèmes de conception de l'enfant ... » ; « Oui les problèmes d'infertilité », FG2 – I6 et I7 « La procréation médicalement assistée », FG3 – I15
Violences faites aux femmes	« Les violences faites aux femmes, qu'elles soient sexuelles, physiques, psychologiques, ... elles peuvent être diverses », FG3 – I17

b) Recours aux soins des femmes : des besoins spécifiques au-delà de la gynécologie et de l'obstétrique

Les internes évoquent la diversité des besoins de santé spécifiques des femmes ...	<i>« La santé de la femme [...] au sens très large, [...] comprend tous les âges et toutes les facettes. A un moment donné dans son activité, on va poser des questions : parler des violences, de la contraception, ... sans forcément faire d'acte gynécologique. On s'intéresse à la santé de sa patiente en général », FG3 – I18</i>
... qui vont au-delà des soins gynéco-obstétricaux	<i>« La fac sélectionne les prat' qui ont un certain pourcentage de femmes vues en consultation, mais pas forcément pour des pathologies gynéco. [...] Une femme qui vient pour une hernie discale serait considéré comme de la santé de la femme », FG1 – I1</i>

c) Une définition selon la nécessité de traitement versus suivi ?

Tandis que plusieurs internes perçoivent la discipline comme une pratique dont la finalité est thérapeutique ...	<i>« Je pense qu'il y a aussi toutes les femmes qui viennent pour savoir si elles sont ménopausées ou pas, et celles qui ont un syndrome climatérique un peu trop prononcé où il faut un traitement », FG1 – I3</i> <i>« Les règles douloureuses peuvent faire l'objet d'une consultation dédiée, mais souvent c'est une petite question à la fin d'une consultation pas forcément dédiée à la santé de femme ! Et y'a une petite ordonnance qui se rajoute ... », FG3 – I16</i>
... d'autres évoquent la prise en charge de la femme en bonne santé	<i>« On a beaucoup raisonné en pathologie, je ne sais pas si on peut raisonner différemment », FG1 - I1</i> <i>« Elles viennent parce qu'elles veulent quand même avoir un contact avec leur médecin traitant sans qu'il y ait de souci particulier », FG3 – I21, à propos des femmes enceintes.</i>

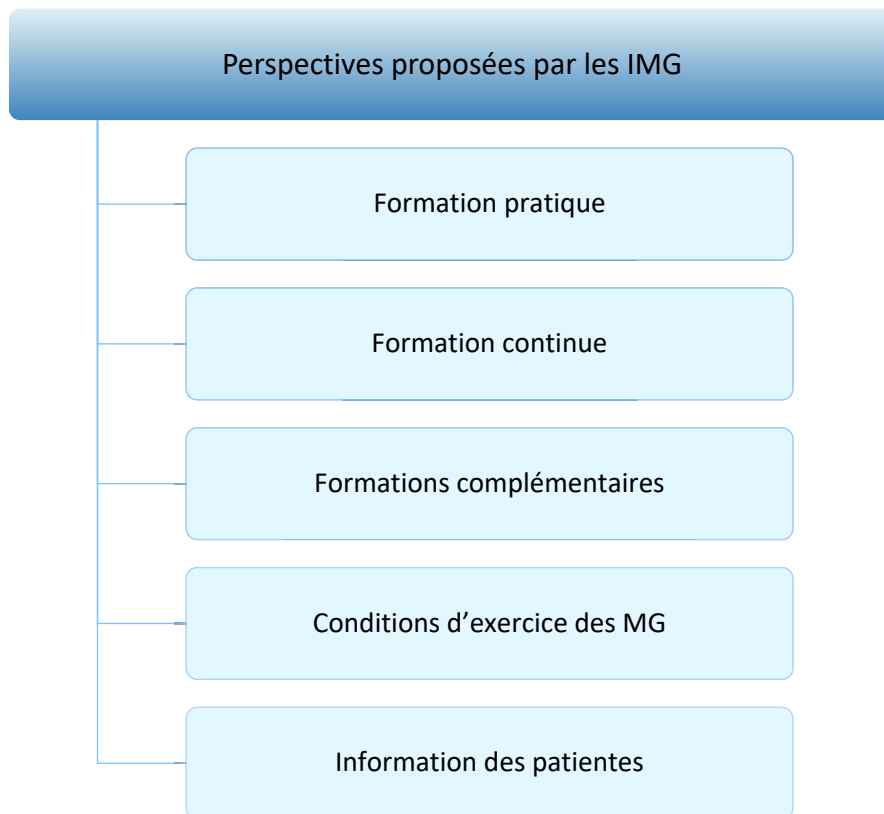
d) La santé de la femme, une terminologie controversée

Des thématiques partagées avec la pédiatrie	<i>« Et même l’allaitement, on pourrait se demander si c’est plutôt de la pédiatrie ou de la santé de la femme », FG1 – I1</i>
Les internes mentionnent des motifs de consultations qui concernent aussi bien les hommes que les femmes ...	<i>« Même la procréation ! Un enfant ça se fait à deux, enfin je crois ! (rires) » ; « Les IST aussi », FG3 – I14 et I17</i> <i>« C’est vrai que je vois de plus en plus de femme qui me parle de la contraception masculine : « comment ça se fait que les hommes ne font pas de vasectomie ? », ou « qu’est-ce que vous pensez des slips chauffants ? » (rires) », FG3 – I15</i>
... et avancent que ce n'est pas une spécificité d'être une femme pour la santé en général	<i>« Oui on voit des femmes, mais pour moi ce n’est pas spécifiquement de la santé de la femme, on fait quasiment la même chose que ce soit un homme ou une femme. Par exemple pour une douleur, on la traite de la même manière quel que soit le sexe », FG1 – I5, à propos du stage santé de la femme en ambulatoire.</i>
La réflexion des internes s’oriente vers une terminologie moins restrictive et plus globale : la santé du « couple »	<i>« L’infertilité [...] c’est plutôt pour le couple que pour la femme », FG1 – I2</i> <i>« Je trouve ça un peu bizarre de faire une binarité santé de la femme / santé de l’homme. Je ne comprends pas trop ! (rires) [...] On a tendance à parler de contraception et de sexualité que chez la femme alors que ça concerne tout le monde ! », F3 – I14</i> <i>« On a trop tendance à les exclure (à propos des hommes en consultation). Alors je ne pense pas que ce soit volontaire, mais je trouve ça dommage de faire une catégorie « santé de la femme » en fait. [...] Peut-être qu’on se met quelques barrières », FG3 – 14</i> <i>« On peut avoir des consultations avec des hommes qui vont parler de santé de la femme, parce que la santé de leur femme englobe des choses qui ne sont pas que de la santé de la femme. Notamment la contraception ... », FG3 – I17</i>

e) Stéréotypes

L'ironie du discours d'une interne est apparue en évoquant la fréquence des demandes de soins par les femmes	<i>« Sachant qu'elles viennent au moins une fois par an pour fatigue en plus ! », FG1 – I2</i>
---	--

Perspectives proposées par les IMG



a) Formation pratique

Des attentes sur le contenu pédagogique des stages	<i>« Je pense que ce qu'on fait pendant l'internat oriente beaucoup ce qu'on fera après. [...] Si on a déjà un socle, c'est plus facile de construire quelque chose que si on part de zéro sans avoir vu ça pendant les stages », FG2 – I7</i> <i>« De manière générale, je pense qu'on attend tous le stage santé de la femme pour se sentir à l'aise avec ce genre de consultation. [...] Je me dis « ça je le maîtriserai sans doute</i>
---	--

	<i>plus après mon stage de gynéco ». Je me fais souvent la réflexion. En espérant que ce soit vrai ! (rire) », FG2 – I7</i> <i>« Je pense qu’il faut quand même qu’on soit un minimum formé avant de recevoir une femme, qui pense que nous on va savoir ! Peut-être avec des petits cours à thème pendant une semaine avant de commencer vraiment le stage de santé de la femme », FG2 – I6</i> <i>« D’après ce que je comprends, une majorité de praticiens ne font pas trop de gynéco, ba ... finalement cette pratique on l’attend quand même aussi, vu que l’hospitalier est différent du suivi de base ... », FG2 – I7, à propos des MSU</i>
Des attentes sur l’apprentissage des actes techniques	<i>« Je pense que ce qui est déterminant, c’est le stage en gynéco, parce que c’est là qu’on commence vraiment à avoir la main sur certains gestes », FG2 – I8</i> <i>« Que je sois aux urgences ou en gynéco, j’ai l’impression d’utiliser l’échographe sans avoir jamais été formée. Et une journée avec quelques coupes ça serait pas mal ! », FG3 – I20</i> <i>« Pour moi l’échographie c’est une grosse question et on pourrait même faire un autre sujet de thèse dessus. », FG3 – I17</i>
Vers un meilleur encadrement en stage	<i>« C’est ce qu’on attend tous, une formation pratique ! Et avoir un peu d’expérience, rencontrer différentes situations, avoir été encadré pour savoir comment gérer ... », FG2 – I7</i>
Vers plus de clarté sur la place de l’interne en consultation	<i>« Finalement, tout dépend de la façon dont l’interne est intégré dans la consultation, j’ai vraiment constaté le contraste entre les deux » ; « Oui quand il nous présente à la base ça change quand même beaucoup de chose ! », FG2 – I9 et I10, à propos des consultations en ambulatoire</i> <i>« Et surtout avoir une certaine autonomie, être à deux au début et puis après avoir son propre planning de consult’ », FG3 – I14, à propos du stage en ambulatoire</i>

	« Revoir la place que l'on a en tant qu'interne de médecine générale dans un service hospitalier de gynécologie, qui pour moi ne correspond pas à la formation qu'on est supposé avoir. », FG3 – I17
Format du stage Plus de temps dédié aux consultations et moins en service hospitalier	Ce qui aurait été vraiment bien c'est d'aller chez des gynécologues en libéral, ne serait-ce que 2 semaines ! (Approbation générale), ça serait super ! » ; « Peut-être qu'ils ont une approche différente, des conseils ... » ; « Et puis eux ils font vraiment que de la gynéco toute la journée ! Et ça serait plus « rentable » pour nous », FG2 – I11 et I12 « Ne pas passer dans les services hospitaliers de gynécologie en fait. Tout du moins pas dans le format qu'on nous propose actuellement. Faire de l'hospitalier en gynécologie médicale que l'on sera amené à refaire. C'est-à-dire, ne pas passer dans un bloc opératoire. [...] Ou bien de la polyclinique hospitalière où l'on peut faire de la gynécologie médicale mais pas de la gynécologie chirurgicale ! », FG3 – I17 « Voir du vrai suivi de grossesse. Voir des consult' avec des sages-femmes aussi ! [...] A mon avis ça reste gérable en hospitalier, il faudrait que les internes de MG aillent sur des créneaux de consult' de suivi... On pourrait consulter en binôme avec le gynéco à côté ! », FG3 – I20 « Je pense que les 3 mois / 3 mois c'est un bon compromis. On n'aborde pas les choses de la même manière en hospitalier et en libéral », FG2 – I8
Vers une formation adaptée au projet professionnel ?	« Je suis assez d'accord sur le fait qu'il n'y ait plus le stage libre et en même temps même si on n'aime pas ça, c'est quand même vachement important de savoir ! » ; « Oui mais du coup avant c'était 3 mois, et même pour ceux qui n'aimaient pas, ça leur faisait quand même une formation initiale », FG2 – I6 et I7
Une vision panachée du « stage idéal »	« Peut-être qu'on peut être attiré par un stage panaché. Se dire qu'on fera 3 mois de gynéco pure et après peut-être 3 mois de cardio ou diabéto ! », FG2 – I10

	« Si on devait proposer un stage idéal, ça serait une partie au planning familial et une chez les gynécologues libéraux ! (Brouhaha) Et puis bien sûr chez des médecins généralistes mais qui font vraiment de la gynéco parce que souvent ça manque un peu ! (rire) », FG3 – 16
--	--

b) Formation continue

Autoformation : une démarche active nécessaire	« Si on veut faire du suivi de grossesse, il faut se maintenir un peu au courant quand même ! Les examens à faire, mois par mois, ... [...] Cela suppose d'avoir des connaissances, dans une démarche active de mise à jour », FG3 – I20
	« Pour avoir vu pratiquer c'est très intéressant. Et la formation tu peux la faire au fur et à mesure », FG3 – I20, à propos du suivi de grossesse

c) Formations complémentaires

Les IMG établissent un lien direct entre le sentiment de maîtrise des connaissances, renforcé par les formations complémentaires, et l'affinité pour la discipline.	« C'est quand même un sacrifice de faire un DU, en termes de temps et d'argent, c'est pas négligeable. Si c'est pour faire un truc que tu déteste... mais au final tu peux finir par adorer ça (rires) », FG1 – I2
Certaines formations sont perçues comme indispensables pour acquérir les notions partiellement abordées en stage.	« On est parfois amené à faire des formations complémentaires parce que pendant l'internat ce n'est pas toujours suffisant », FG2 – I7

d) Conditions d'exercice des MG

Des outils pour un suivi optimal	« Le bon outil c'est quand tu arrives à programmer efficacement ton logiciel pour avoir les rappels des frottis et
---	--

	<i>des ADEMAs. Ça marche quand même super bien pour ne pas les rater !», FG1 – I1</i>
Équipement du cabinet	<i>« Tu peux créer la demande. Par exemple pour proposer des frottis, il faut un minimum de flacons chez toi et ce qui va bien avec... c'est une démarche active de ta part ! », FG3 – I20</i>
Une organisation de travail adaptée	<i>« Ça dépend si on travaille avec ou sans rendez-vous, et de l'état de la salle d'attente. En plein pic épidémique, quand la salle d'attente est blindée de nouveaux patients, on n'a pas très envie de dire « et sinon votre suivi gynéco ? », FG1 – I2</i>
Spécialistes partenaires - Réseaux de soins	<i>« Il faut se maintenir un peu au courant quand même ! Être intégré dans un réseau, qui permette de passer un coup de fil à la sage-femme en disant « tiens là j'ai un doute », FG3 – I20, à propos du suivi de grossesse.</i>

e) Information des patientes

Les internes soulignent l'importance du conseil et de l'implication du MG dans le maintien de l'information des patientes à l'égard de leur suivi gynécologique	<i>« Ça peut être pas mal de reprogrammer, quand elles viennent pour une rhinite, elles viennent dans une période d'épidémie, la salle d'attente est blindée et on a pas le temps ou on y pense pas ... Mais finalement c'est le bon moment pour les patients jeunes car on ne les voit pas souvent ! Après on ne les verra plus pendant 1 ou 2 ans ... », FG1 – I3</i> <i>« Même si c'est une nouvelle patiente, je demande « est-ce qu'il y a un suivi ici ? », et puis même si elle me dit non, je fais attention en lui disant par exemple « cette année il y aura un vaccin ou un frottis à faire, pensez-y ». Finalement j'en parle quand même assez facilement, parce que je me dis que les patientes ne sont pas forcément au courant ... », FG2 – I12</i>
Ils évoquent la nécessité de faire savoir que les MG peuvent réaliser ce suivi spécifique	<i>« Je pense qu'il n'y a pas beaucoup de généralistes qui le propose et du coup y'en a plein qui ne savent pas qu'on peut le faire ... si on leur dit elles ne seraient peut-être pas contre ... », FG2 – I7, à propos du suivi de grossesse.</i>

« C'est rarement de l'auto-prescription pour ça ! C'est à nous de le faire pendant l'interrogatoire. Elle ne vient pas en disant « alors je viens pour un frottis ! » (rire). C'est nous-même qui proposons les choses en général », FG3 – I19

« Si les femmes savent que leur médecin fait ces examens, je pense que c'est faisable ! », FG3 – I21

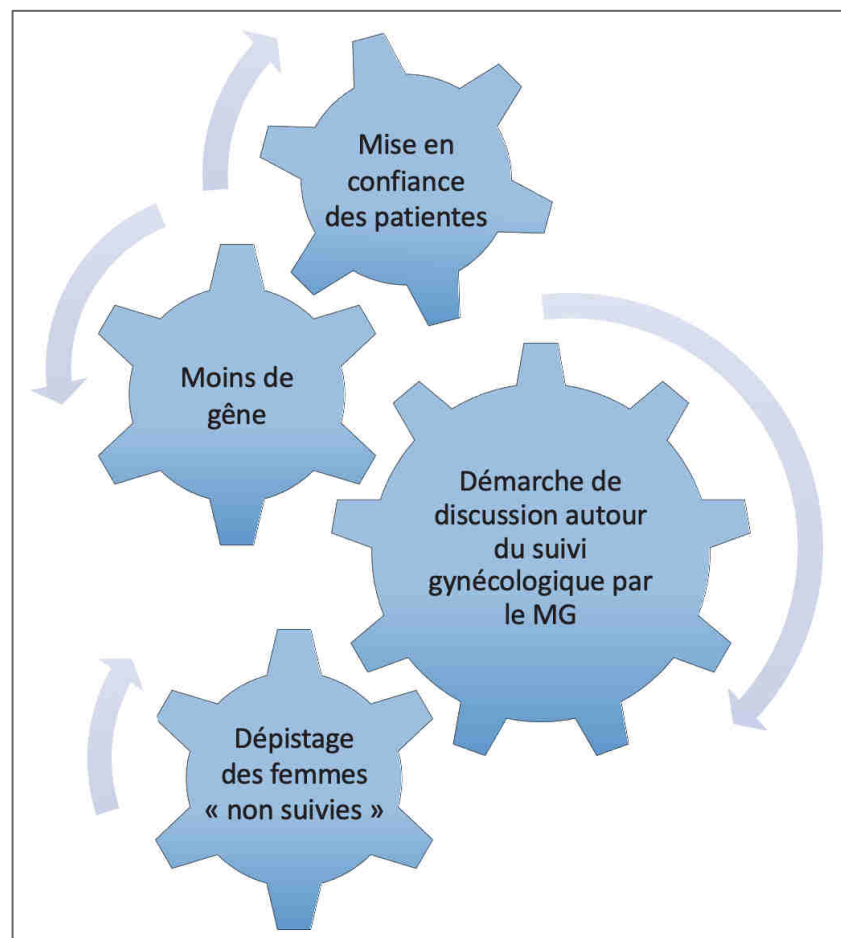


Figure 18 : L'information des patientes : une solution apportée par les internes pour favoriser l'investissement dans la discipline

DISCUSSION

A. Discussion de la méthode : forces et limites

1. Étude qualitative par Focus Group

Dans ce travail de thèse, le choix d'une recherche qualitative nous a semblé pertinent car « *particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer* » (29). Cette étude s'appuie sur la grille internationale COREQ (30), présentée en annexe 5, constituant une aide à la méthodologie qualitative.

Le but de cette étude était de faire apparaître de nouvelles données originales en donnant la parole aux internes, via des entretiens de groupe. Ceux-ci ont l'avantage de créer une dynamique de réflexion, de partage d'expériences et s'avèrent propices à l'émergence de nouvelles solutions au-delà de la problématique posée. Il s'agit donc d'un travail inductif, ne présupposant pas un schéma explicatif précis.

Les jeunes généralistes en formation peuvent avoir des expériences similaires et donc être plus enclins à s'ouvrir pour parler ensemble des sujets délicats (vécu en stage, opinion sur la qualité de la formation, abord de la sexualité etc. ...).

Les Focus Group comportent néanmoins des limites, qui résultent des aspects « bloquants » de la discussion de groupe. D'une part, l'émergence de leaders, qui prennent plus la parole et masquent l'avis des autres. Ou au contraire la timidité de certains participants à exprimer des idées personnelles en public. En groupe, les intervenants peuvent rester dans les idées considérées comme « socio-culturellement correctes » (22).

2. Population étudiée

On rappelle que le critère d'inclusion ciblait les internes des promotions de la réforme du 3^{ème} cycle, indépendamment des semestres déjà validés, des formations complémentaires effectuées, de l'âge, du genre et des caractéristiques socio-culturelles.

Le recrutement n'était pas basé sur le volontariat mais sur une proposition d'entretien collectif adressée à chaque groupe de tutorat constitué en début de cycle. Aucun refus de

participation n'est à noter. On ne peut donc pas préjuger d'une affinité ou d'un désintérêt particulier pour le sujet étudié, ce qui exclut un biais de « motivation ».

Il s'agit selon nous de Focus Group homogènes, chaque individu ayant un profil similaire (choix d'exercice de la médecine générale, trame de formation semblable, appartenance à un groupe de tutorat commun ...). Ainsi, les répondants pouvaient se sentir plus en sécurité pour exprimer leurs idées.

Néanmoins, la parité n'était pas respectée dans notre échantillon. Une majorité de femmes a été interrogée, à l'instar de la population d'internes de Médecine Générale d'Alsace, elle-même essentiellement représentée par le genre féminin.

Enfin, la majorité des participants n'avait pas encore réalisé leur semestre en santé de la femme.

Ce constat peut être perçu comme défavorable pour répondre précisément à la question de recherche. En effet, on peut penser que l'inexpérience des internes en matière de gynécologie est un biais de recrutement, favorisant des réponses floues, d'avantage formulées au conditionnel, au détriment d'une opinion éclairée. Avec ce point de vue, les données collectées pourraient appartenir à une « zone grise ».

Le contenu des données recueillies est tout de même en adéquation avec la question de recherche, qui ne vise pas à évaluer le semestre réformé en santé de la femme.

L'interne naïf d'une expérience dans ce domaine apporte tout de même un avis pertinent et sait exposer ses craintes, ses motivations et ses attentes.

Presque tous les étudiants avaient validé leur stage de niveau 1 chez le praticien. Ils avaient donc déjà « capitalisé » une certaine expérience en consultations de Médecine Générale. Il existe cependant une inégalité d'exposition aux demandes de soins spécifiques à la femme.

3. Guide d'entretien et interview

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs, conduits avec un nombre limité de questions ouvertes, afin de favoriser l'émergence spontanée d'un maximum d'idées. Les questions de relance ont largement été utilisées, parfois même improvisées et adaptées au contexte du Focus Group.

Pour limiter le biais « d'intervention », le chercheur a essayé d'adopter une attitude de neutralité bienveillante durant les entretiens. L'animateur ne connaissait aucun membre des 2^{ème} et 3^{ème} groupe, constitués par le DMG.

On note cependant la présence d'un biais de sélection pour le premier groupe, constitué par la thésarde, qui connaissait personnellement deux participants sur les cinq recrutés. De plus, ce premier Focus Group initialement désigné comme « groupe test », a finalement été intégré dans l'étude au vu de la pertinence des données recueillies.

La faible expérience de l'animateur dans la direction un entretien collectif a également un impact sur la qualité de ce travail. Il est à noter que certaines des questions faisaient l'objet de réponses assez générales. La volonté du chercheur d'explorer des champs plus spécifiques l'incitait à poser des questions de précisions plus fermées. Les réponses obtenues étaient parfois très courtes, obligeant l'animateur à relancer le débat avec d'autres questions précises. Pour un entretien, certains éléments étaient mal compris, menant le modérateur à donner des explications partiellement subjectives. Tous ces mécanismes peuvent amoindrir la richesse des réponses.

Malgré tout, on constate une originalité du discours dans chacun des entretiens. Certains sujets étaient davantage approfondis par les internes du troisième groupe, plus avancés dans le cursus (internes de 3^{ème} année).

Enfin, il faut évoquer l'influence potentielle des observatrices, chargées de noter les aspects non verbaux qui peuvent avoir du sens pour l'analyse. Celles-ci ne sont jamais intervenues durant les 2^{ème} et 3^{ème} entretiens.

Cependant, la qualité des données recueillies a pu être affectée par la seule présence de l'observateur, notamment dans le 2^{ème} groupe. Il s'agissait d'une médecin généraliste impliquée dans la formation des internes (notamment dans le séminaire « santé de la femme »). Cela a pu influencer involontairement le degré de confiance des participants, générant ainsi un biais d'information.

4. Analyse

Nous avons choisi la méthodologie de l'analyse inductive générale, qui permet de faire émerger à partir de données brutes des significations centrales en rapport avec les objectifs de recherche. Chaque argument proposé dans notre analyse trouve sa source dans une citation recueillie lors des entretiens.

La force de notre étude réside dans ce point d'ancrage au sein du texte issu des entretiens et dans la cohérence et la complémentarité des différentes notions abordées au sein des trois groupes d'internes. La saturation des données a bien été obtenue. Ces différents éléments ont permis de renforcer la validité interne de notre étude.

L'approche qualitative génère par définition un biais d'interprétation lors du processus de codage, qui implique une part de subjectivité du chercheur lors de l'interprétation des données. Afin de limiter ce biais, le deuxième entretien a bénéficié d'une double analyse, par l'enquêtrice (moi-même) et par l'une des maitres de thèse, le Dr Claire DUMAS-BREITWILLER. Ceci a permis une triangulation des données, qui confère à notre recherche une validité extrinsèque (31).

B. Discussion des résultats

1. Réponses à l'objectif principal

Explorer les déterminants objectifs et subjectifs influençant la pratique future des internes de Médecine Générale dans le domaine de la santé de la femme.

a) Déterminants objectifs : curriculum vitae de médecins en devenir

- La formation universitaire

La **formation théorique et pratique** des internes ne semble pas garantir à chacun une qualité d'apprentissage équivalente.

D'une part, le **sentiment de manque de formation** apparaît comme source de réticence à se lancer dans la prise en charge spécifique des femmes. Le manque de formation en gynécologie entraînait aussi un malaise chez certains MG interrogés dans l'étude de E. FAYOLLE (32).

Sur le plan théorique, cette réserve se traduit par une impression de manque de connaissances, qui génère une insatisfaction des IMG et les conduit à esquisser les thématiques partiellement ou non acquises. Ce phénomène d'évitement est clairement exprimé par les jeunes médecins. Les difficultés de prise en charge qui en découlent les inciteraient à solliciter un avis spécialisé.

Sur le plan pratique, le contenu pédagogique des stages est ouvertement critiqué par certains participants. L'idée d'être « *délaissé* » ou « *laissé pour compte* », voire de « *se débrouiller tout seul* » dans les services hospitaliers traduit un défaut d'encadrement, qui laisse aux internes un « goût amer » de la discipline. Le travail de B. DIEN-BERGEARD (33) retrouve ce sentiment chez les MG installés, qui s'estimaient « formés sur le tas », avec un manque réel de supervision pour les gestes techniques (DIU, implant, FCU) et l'obstétrique.

Aussi, certaines situations cliniques rencontrées à l'hôpital sont jugées inadaptées pour se préparer à recevoir les patientes en cabinet (mise en pratique rapide des échographies en

autonomie, temps excessif dédié à la pratique des IVG ...). Les IMG déplorent l'absence de passage en consultation spécialisée.

En libéral, comme l'a démontré S. DIAS dans sa thèse (13), la part d'activité de gynécologie est très variable d'un médecin à un autre. Dans notre étude, les IMG se disent parfois « **sous-exposés** » **aux consultations pour motif gynéco-obstétrical**. Ces propos sont à nuancer compte-tenu du faible nombre d'internes ayant validé leur stage en santé de la femme dans notre échantillon.

Par ailleurs, par opposition aux services hospitaliers, la médecine de ville offre à la patiente le choix de son médecin. Les femmes ont donc des attentes spécifiques, à travers un rapport médecin/patiente privilégié. Selon les internes, leur présence viendrait rompre le cadre relationnel établi et entraver l'expression d'une certaine intimité. Les consultations en binôme peuvent donc être source de malaise pour les femmes d'une part, « observées » par une tierce personne ; et pour les IMG d'autre part, qui peuvent se sentir « *spectateur* »¹⁴ voire « *mis de côté* »¹².

Un **phénomène de « négociation implicite » avec la patiente** est ritualisé par certains maîtres de stage, pour permettre à l'interne d'intervenir lors de l'interrogatoire et surtout l'examen clinique. D'autres MSU préfèrent intervenir eux-mêmes au risque de créer un climat de tension voire de « *rompre le contrat qu'ils ont implicitement établi avec leurs patientes* » (34). On peut donc se questionner sur la légitimité de la formation pratique vis-à-vis des femmes, notamment sur son aspect technique. Les actes gynécologiques, qui impliquent souvent la pose d'un spéculum, peuvent être perçus comme trop intrusifs pour être confiés à des IMG débutants. Néanmoins, la formation englobe aussi l'apprentissage de la « visite de contrôle » simple.

En miroir des freins cités précédemment, **les internes évoquent de nombreux aspects positifs dans leur formation**. La **multiplicité des compétences abordées en stage** est soulignée et apparaît comme un facteur stimulant, aussi bien à l'hôpital qu'en cabinet libéral. A. RICHARD-GEISSEIL retrouvait aussi un lien statistiquement significatif ($p < 0,001$) entre la satisfaction du stage et l'orientation des IMG vers une pratique de la discipline (35).

En ambulatoire, la transmission directe des connaissances pratiques et théoriques du MG à son interne est décrite comme avantageuse. On retrouve l'idée qu'une bonne

intégration de l'interne au cours d'une consultation en binôme avec le MG favorise son intervention guidée et concrète lors de l'anamnèse et l'examen clinique de la femme : « *Si les deux participent je pense que ça passe mieux* »¹⁸.

L'antériorité du suivi des patients est apparue comme une variable déterminante : « *ils avaient l'habitude et ça les gênait pas du tout* »¹⁷. La façon dont le maître de stage intègre l'IMG dans la consultation (le « médecin apprenant » versus « l'étudiant ») et l'état d'esprit des patientes (qui ne « *jouent pas toujours le jeu* »¹⁵) conditionnent donc les possibilités d'apprentissage.

A l'hôpital, les IMG interrogés se sentent plus légitimes aux yeux des patientes lors des consultations non programmées. L'intervention de l'interne donne rarement lieu à une réticence des femmes, qui n'ont pas le choix de leur médecin. La sociologue L. GUYARD évoquait déjà cette idée (34) : le médecin hospitalier, toujours vêtu d'une blouse blanche, dégage symboliquement distance et neutralité. La pédagogie hospitalière, malgré ses défauts, présente donc des avantages reconnus. D'autant plus que les réflexes gynécologiques enseignés dans certains stages hospitaliers sont « *mis en œuvre en libéral* »¹¹⁵ par les futurs généralistes interrogés.

Dans son état des lieux de la formation des internes réalisé en 2019 (36), A. ROUSSELLE montrait que la réalisation d'un stage de gynécologie hospitalière au cours de l'internat était significativement associée à une meilleure acquisition des trois principaux gestes de gynécologie (FCU, pose et retrait d'implants contraceptifs et de DIU).

Les **expériences positives** vécues en stage par les internes alimentent grandement leur **sentiment d'acquisition des compétences**. Ainsi, la reconnaissance des patientes vis-à-vis du travail des IMG apparaît dans les entretiens comme valorisante. Le sentiment d'efficacité renforce l'envie de s'investir et de progresser dans la discipline, et génère un enthousiasme à se former. Alors que le statut d'interne est souvent assimilé à « la main d'œuvre » médicale, ce cercle vertueux redonne une place à part entière à l'IMG dans son rôle de soignant.

Formations complémentaires

Dans notre étude, aucun des internes interrogés n'était titulaire d'un DU de gynécologie médicale. Le coût du diplôme et son caractère chronophage restent « *non négligeables* »¹¹ selon eux. Toutefois, ce « *sacrifice* »¹² semble justifié pour parfaire les compétences abordées

en stage selon une interne, qui projette même sa « réconciliation » avec la discipline par ce biais. Toutefois, le manque de « valorisation » des DU (pas de possibilité d'information aux patientes sur la plaque ou les ordonnances) est un frein regrettable évoqué dans l'étude de B. DIEN-BERGEARD (33).

Les séminaires dédiés à la santé de la femme et aux violences conjugales proposés par le DMG suscitent des réactions partagées chez les internes. Tandis que certains se disent « *plus compétents* » ¹¹⁷ grâce aux « *mises en situation* » ¹¹ proposées, d'autres les qualifient de formations de « débrouillage » ¹⁴ insuffisantes pour l'apprentissage des actes techniques notamment. Il apparaît donc que les IMG souhaitent bénéficier de séances plus fréquentes et plus approfondies.

Une démarche active

Derrière le lien établi entre formation et pratique se cache aussi un **lien entre désir de se former et pratique**. Le système n'est donc pas le seul incriminé dans ce sentiment de manque de « savoir-faire ». Ainsi, notre étude fait apparaître que pour se sentir légitime dans la discipline, certains IMG font le choix de prendre en main leur formation. Et ce en prenant des initiatives, en engageant leurs responsabilités, tant dans la formation initiale que continue : « *Cela suppose d'avoir des connaissances, dans une démarche active de mise à jour* » ¹²⁰.

En partant du principe qu'une information est d'autant mieux apprise qu'elle est reconnue comme importante par l'apprenant (37), on peut s'interroger sur le bien-fondé de l'obligation du SSF pour les internes. Faut-il leur laisser le libre choix ou l'imposer au risque de faire peser une contrainte forte ? Un travail de thèse réalisé à l'aube de la réforme (M. COLCHEN) suggère qu'en l'absence de stage de gynécologie, l'IMG peut passer à côté de connaissances indispensables à son exercice ultérieur.

- **Projet professionnel**

L'attrait pour la discipline est souvent plus marqué chez les femmes. On rappelle toutefois que l'échantillon est surreprésenté par le genre féminin (77 %). Lors du troisième entretien, on retrouve par exemple un engouement des participants pour le suivi de grossesse, qu'ils justifient par la richesse du contenu des consultations rencontrées en stage. Le lien entre l'intérêt pour la discipline et la qualité de la formation semble donc étroit. Il serait pertinent

de faire une étude comparative sur l'affinité des IMG pour la discipline avant puis après le SSF. Les IMG de Montpellier-Nîmes interrogés par P. PELISSIER (38) présentaient aussi l'intérêt personnel pour la discipline comme facteur encourageant sa pratique ultérieure.

A l'inverse, il va de soi que le **manque d'intérêt** des internes en la matière va à l'encontre de leur investissement futur. L'offre de soins environnante est déterminante pour un IMG, pour qui la proximité des gynécologues le dédouanerait de cette pratique.

Dans notre étude une majorité des répondants (59 %) envisage un exercice libéral exclusif de la médecine générale. Le **lieu d'installation ultérieur** apparaissait comme déterminant pour les futurs généralistes, pour qui l'exercice à la campagne justifie un investissement plus important. La **commodité et la proximité d'un suivi par le MG** et les **contraintes et/ou l'inaccessibilité des gynécologues** par éloignement ou délai des rendez-vous sont des arguments récurrents dans les entretiens et dans la littérature (39,40).

En dépit de leur manque d'engouement pour la discipline, certains internes restent sensibles à la pression démographique liée à la pénurie de gynécologues, qui les poussent à s'investir. Ils s'attachent au fait que cette faible disponibilité des spécialistes, notamment en milieu rural, risquerait de décourager les patientes et favoriser une absence de suivi. L'idée que les femmes peuvent délaissé leur suivi spécifique dans certains territoires est également dénoncée dans l'étude de P. PELISSIER (38).

Pour certains IMG masculins, le choix de s'investir dans le suivi spécifique des femmes est tributaire du **mode d'exercice** futur. Ainsi selon eux, un exercice de groupe amènerait les patientes à s'orienter vers les associées féminines, tandis qu'une installation individuelle inciterait les internes à se former davantage pour garantir l'offre de soins. Les jeunes médecins font donc preuve d'une certaine **conscience professionnelle**. Dans une étude réalisée en 2013 (41), les hommes installés en groupe remarquaient également que les patientes allaient plus facilement voir leurs consœurs pour les problèmes gynécologiques.

Les **contraintes techniques de la discipline** sont également évoquées. Quelques participants renonceraient à la pose de DIU et aux suivis de grossesse en raison de leur impossibilité d'effectuer les contrôles échographiques. Le faible équipement du cabinet a aussi été cité comme un frein dans la thèse de E. FAYOLLE (32).

Enfin, le **caractère chronophage et peu rémunérateur** sont des aspects bloquants que l'on retrouve aussi dans la littérature. Lorsque la thématique génito-sexuelle a été abordée, la programmation d'une seconde **consultation dédiée** à explorer spécifiquement ce sujet est une solution envisagée.

b) Déterminants liés à la profession

- **Les caractéristiques du médecin généraliste**

Compétences du MG

Dans notre étude, la place que les IMG s'accordent dans le suivi des femmes est en adéquation avec celle attendue par la société (3). Ainsi, la santé de la femme est perçue comme domaine de compétence à part entière du MG, dont les **qualités pédagogiques** sont dites profitables pour les patientes. La consultation est décrite comme un « *moment d'échange intéressant et agréable* »¹²¹ où « *le médecin généraliste a déjà le rôle d'expliquer* »¹¹⁶. De ce processus émane une relation de confiance, qui renforce le sentiment de compétence des IMG.

Les internes soulignent toutefois les limites de leur spécialité : qu'elles soient obstétricales (comme le recours à l'échographie référencée), urologiques ou encore liées à l'infertilité (recours à la PMA), ils s'estiment objectivement à la marge pour intervenir. Le **risque médico-légal** et la notion de **responsabilité** dans une discipline perçue comme complexe sont des préoccupations majeures dans leur discours.

La pratique en santé de la femme, lorsqu'elle est envisagée, n'est donc pas investie de façon équivalente dans tous ses aspects par les internes. L'exemple du suivi de grossesse est parlant. Alors qu'il est désinvesti par certains : « *ce n'est pas à nous de le faire* »¹⁷ ; il apparaît comme une évidence pour d'autres : « *on doit être capable de traiter une femme enceinte à n'importe quel mois* »¹¹.

Il existe donc une sorte de **sélection d'activités gynécologiques jugées indispensables par les IMG**, avec parfois un « **désamour** » pour les gestes techniques. K. LAGEYRE a pu observer ce phénomène avec une pratique variable d'un médecin généraliste à l'autre et pour un même médecin généraliste dans le temps. C'est ce qu'elle a appelé le « gradient des pratiques » (28).

Médecine de premier recours

Au-delà de l'intérêt ou non pour la discipline, apparaît une interprétation de ce qu'est la médecine générale en tant que spécialité, et l'idée que les internes s'en font. Cela peut inciter certains IMG à pratiquer la gynécologie, sans intérêt particulier pour cette spécialité. La notion de **service rendu à la patientèle en premier recours** est prépondérante pour eux. Ce recours par défaut est pour certains un rôle assumé, justifié par les difficultés d'accès au gynécologue. Pour d'autres, il semble parfois une opportunité à informer de la compétence en gynécologie.

Prévention / dépistages

Tous les internes interrogés se sentent concernés par la **prévention** et les **dépistages dédiés à la santé féminine**, et sont convaincus de leur rôle central dans ce domaine, indépendamment de leur attrait pour la discipline. Il ressort de leur discours que le MG peut régulièrement relancer les patientes à propos de leur suivi gynécologique (quel que soit le motif de consultation). Le **devoir d'information** est donc reconnu.

Dans une étude s'intéressant aux représentations des médecins sur leur rôle dans le suivi des femmes (15), près de 6 généralistes sur 10 citent en première intention la prévention et le dépistage. Les soins de premier recours ainsi que l'information et l'éducation suivent avec plus d'un praticien sur deux.

- **La relation médecin – patiente : un colloque singulier**

Médecine de proximité

La **relation de confiance médecin – patiente** est citée comme un argument favorable à la prise en charge spécifique des femmes. Ainsi, les IMG ont souligné leur **qualité d'écoute** plutôt que leur qualité technique, en amont de l'examen clinique : « *on a un rôle pour les mettre plus à l'aise par rapport à ses interventions* »¹¹⁶.

Pour certains, **l'ancienneté des rapports avec le médecin traitant** peut faciliter cet examen, qui a lieu dans une atmosphère sécurisante. D'après eux, les femmes se sentiraient plus à l'aise et apprécieraient ce **sentiment de familiarité** et d'accessibilité. A l'inverse, selon d'autres IMG, les patientes préfèrent dissocier leur suivi spécifique du suivi médical global.

S. BANCON retrouve l'idée que « le fait de connaître son médecin depuis longtemps peut entraîner des réactions très différentes concernant l'examen du corps et des parties intimes ».

Les années de fréquentation du médecin par le patient peuvent renforcer la confiance, qui facilite l'approche du corps mais aussi rendre gênants les examens plus intimes, la relation étant devenue avec le temps plus amicale que professionnelle (42).

Au-delà de l'examen du corps, **le statut de médecin de famille est aussi perçu comme un potentiel frein** à l'abord des sujets intimes, telles que les pratiques sexuelles à risque. L'anticipation d'un regard nouveau chez leur médecin produirait chez la patiente un sentiment de honte. A. GAMBIEZ-JOUMARD décrivait déjà chez les patientes interrogées cette « gêne liée à une certaine familiarité ressentie avec le médecin, et au regard de celui-ci qui renvoie parfois la femme à une image vécue comme déplaisante ou honteuse » (40).

Médecin de famille, médecin référent

La **continuité des soins** apparaît dans les entretiens comme un argument favorable au suivi gynécologique de la femme à toutes les étapes de sa vie par le médecin généraliste. Des internes font le pari d'un suivi régulier de qualité, rendu possible par la disponibilité et la proximité des médecins de famille, tout en gardant la possibilité d'être adressé à un confrère gynécologue. Leur discours vise la femme dès l'adolescence, et aborde aussi bien le suivi et la prévention que la contraception, la sexualité, la fertilité et la grossesse, ainsi que les problématiques touchant la femme de plus de 50 ans (ménopause, troubles génito-urinaires, ostéoporose ...).

Les internes attirent l'attention sur la fidélité des familles à leur médecin traitant. Lorsque cette relation existe, le suivi des enfants est cité comme un « alibi » pour s'assurer du suivi de la mère. Les patientes apprécient d'ailleurs que leur médecin connaisse leur famille et qu'elles puissent lui parler de tout (43).

Le début du suivi des adolescentes, qui coïncide généralement avec le début de l'activité sexuelle, est souvent à l'initiative de la mère selon plusieurs IMG. A. BLIN retrouve ce rôle prédominant de la mère qui « influence le rapport de leur fille à la gynécologie » (43). L'étude de C. TERRIS évoque même le poids des habitudes familiales en termes de suivi gynécologique (44). Dans notre étude, les participants trouvent nécessaire de recadrer les mères demandeuses d'un suivi prématuré chez leur fille, qui risque d'amplifier leur crainte du premier examen.

c) Déterminants subjectifs propres aux internes : curriculum "caché"

- **Les représentations des internes**

Facteurs attribués aux patientes

Le **défaut de suivi des femmes** est perçu par les IMG comme un argument pour s'investir davantage dans la discipline. Certains déterminants individuels limitant la participation des femmes à leur suivi ont déjà été retrouvés : jeune âge, célibat, faible niveau d'étude et socio-économique, post ménopause (40). La précarité et les difficultés d'accès aux soins sont des obstacles supplémentaires avec un moindre suivi gynécologique et une plus forte exposition aux cancers spécifiques aux femmes (45).

Leur **rôle de repérage d'un suivi irrégulier voire inexistant** est possible à l'occasion d'une consultation ordinaire : « *on a la chance de pouvoir récupérer ces suivis gynécologiques là en abordant le sujet nous-même, parce qu'on va les voir pour d'autres raisons* » ¹¹⁷. Les internes assument ce rôle de « pense-bête » essentiel pour palier « l'errance » ¹¹⁸ médicale, notamment au cours d'un premier rendez-vous. Les résultats de l'étude de C. TERRIS vont dans ce sens : les patientes ne pensent pas ou n'osent pas toujours poser la question à leur médecin traitant (44). L'examen gynécologique est par ailleurs mal envisagé en l'absence de symptôme (40).

Néanmoins, le **motif initial de consultation** ne permet pas toujours d'aborder la thématique génito-sexuelle, notamment lorsqu'il s'agit d'une pathologie aiguë, au risque de paraître déplacé. Certains internes évoquent aussi le **manque de « discipline » des patientes** dont les demandes multiples au cours d'une même consultation peuvent les déstabiliser.

Carence d'information des patientes

Le **défaut de proposition du soignant** et la **méconnaissance des patientes sur les compétences de leur MG en matière de gynécologie** sont cités comme des freins au suivi spécifique des femmes par les internes. Ils soulignent la nécessité d'une démarche témoignant de leur intérêt et leur engagement pour la discipline le cas échéant. En effet, deux tiers des femmes interrogées par F. CRETIN-BEN HAYOUN en 2014 ne savent pas si leur médecin généraliste réalise des consultations de gynécologie (39). De même, certaines femmes

interrogées par A. GAMBIEZ-JOUMARD en 2011 déclarent qu'elles ne savaient pas que leur médecin généraliste pouvait assurer ce suivi puisqu'il ne leur a jamais proposé et elles n'ont jamais osé demander (40).

Choix du professionnel

Certains IMG sont convaincus que beaucoup de femmes préfèrent confier leur suivi à un gynécologue, ou y vont par habitude. Ils projettent par exemple la vision « optimale » des patientes sur le suivi de grossesse par le spécialiste, apte à réaliser les contrôles échographiques en plus du suivi clinique. Dans l'étude de C. ME HUET, les patientes émettent en effet un doute sur les compétences du MG pour leur suivi spécifique. Le médecin traitant est perçu comme le professionnel pour les soins « ordinaires » c'est-à-dire les pathologies générales de la vie courante (46).

A l'inverse, d'autres participants ont rencontré des patientes en demande de soins sur des problématiques génito-sexuelles, et tout à fait disposées à être examinées par un MG.

Ainsi, dans une enquête réalisée en 2013 (15), les 3 principaux facteurs de motivations évoqués par les patientes pour confier leur suivi gynécologique à un MG sont : la confiance (86,6%), l'accessibilité (66,6%) et la compétence du praticien (40%).

Expression de la pudeur et de la nudité

Comme nous l'avons déjà évoqué, si la confiance et l'habitude aident parfois les patientes à accepter l'examen, la relation qui les lie à leur médecin traitant est un potentiel obstacle aux touchers intimes. S. BANCON précise qu'il « devient alors primordial de poser l'intention des gestes et de se positionner dans la relation afin de replacer les limites de l'approche du corps » (42). Néanmoins, les IMG semblent pouvoir rassurer les patientes : « *le gynécologue est souvent associé à un spéculum, à des choses un peu invasives* »¹¹⁶ tandis que chez le MG « *il n'y a pas l'obligation de l'examen gynéco donc les femmes sont moins stressées* »¹²¹. L'idée étant dans tous les cas d'en parler simplement et de se rendre disponible en cas de besoin.

Le **déshabillage est perçu comme un temps délicat de la consultation**, car il constitue, avec l'examen, les deux moments où le corps occupe toute la scène. Se mettre nu, c'est en quelque sorte se mettre « à nu » (34). Le regard du médecin sur le corps peut renvoyer à la patiente une image corporelle difficile à accepter voire culpabilisante pour la patiente elle-même : vieillesse, surpoids, esthétisme... (42).

Peur de l'examen clinique

Dans notre étude, la dimension intime liée à l'exploration des parties sexuelles du corps est perçue comme source d'appréhension pour les patientes, notamment « *aux deux extrêmes* »¹¹⁴ de la vie. La peur de la position gynécologique, de l'introduction d'un spéculum et la crainte de la douleur, notamment chez les jeunes filles, sont des freins potentiels cités par les internes et les MG interrogés dans l'étude de E. FAYOLLE (32).

Facteurs attribués au genre du médecin

Le panel d'internes interrogé est majoritairement représenté par des femmes (77 %).

Certaines internes présentent leur genre comme un atout pour aborder la santé des patientes et comprendre leurs ressentis. A. GIAMI explique que l'identification du médecin au patient permet le développement d'une empathie, et presque d'une connivence fondée sur une similitude d'expérience liée à l'appartenance de genre (47).

A l'inverse, d'autres participantes évoquent la gêne éprouvée lorsqu'elles sont le support de comparaisons pour les patientes du même âge. Elles projettent aussi la peur des patientes d'être jugée par une femme médecin. Il apparaît dans la littérature que la nudité et le dévoilement du corps entraînent également un sentiment de gêne entre femmes (34).

Les internes masculins présentent des arguments en défaveur de leur genre.

L'acceptabilité d'un examen nu ou d'un examen gynécologique par un homme est de moins en moins grande selon certains internes masculins. Ils déplorent une **moins bonne accessibilité à la formation pratique** à force d'être « *mis dehors* »¹¹⁰. Dans une étude réalisée en 2019 (36), les internes de sexe masculin étaient plus nombreux à souhaiter se former à la réalisation des FCU en post internat, bien que moins nombreux à souhaiter réaliser des gestes de gynécologie dans leur pratique future. La thèse de C. BOULNOIS a d'ailleurs montré que l'acceptation par les patientes des gestes courants de gynécologie était meilleure si le médecin généraliste était de sexe féminin (48). Dans ce contexte, on peut supposer que la féminisation des médecins généralistes est une évolution naturelle favorable en réponse à la pudeur des patientes. Mais cela reste délétère pour les internes hommes, chez qui les difficultés d'accès à une formation optimale contribuent probablement à leur désengagement dans la discipline.

La **crainte que l'examen clinique soit considéré comme une agression sexuelle** est également citée par un interne. Il revendique sa stratégie d'évitement pour l'examen des adolescentes s'il n'y a pas de tiers. Sa réticence forte est fondée sur le **risque d'érotisation de la relation médecin-patiente** à travers certains actes cliniques, et les conséquences qui pourraient en découler. Cette hypervigilance a suscité la réaction d'une interne, pour qui le médecin est une entité professionnelle avant même d'être une femme ou un homme : « *C'est fou car cela montre bien qu'on est dans une société hétérosexuelle* »¹². La peur d'un préjudice et la gêne chez les médecins hommes sont également décrites dans une publication de A. GIAMI (47).

Malgré ce que les internes peuvent penser intuitivement, le travail de F. CRETIN-BEN HAYOUN montre que moins de la moitié des femmes préfèrent s'adresser à un médecin de même sexe pour un motif gynécologique et près de deux tiers n'éprouvent pas de gêne à être examinées au niveau gynécologique par un homme (39).

- **Facteurs émotionnels des internes**

Manque de confiance dans la pratique

Les **gestes techniques** peuvent être une source majeure d'appréhension pour les jeunes médecins en formation. Ils apparaissent comme difficiles à réaliser, à tel point qu'un IMG confie : « *en cas de force majeure je le ferai, mais il faudrait que je prenne sur moi* »¹². La nécessité d'une exigence et d'une formation particulière est évoquée, et renforce cette vision d'une pratique « à part », perçue comme optionnelle (« *on n'est pas obligé de faire tout* »). Cette image « fantasmée » d'une technique exigeante apparaissait déjà dans une étude réalisée en 2014 auprès de MG installés (28).

Cette **limite subjective des compétences** est nourrie par un véritable manque de confiance en eux. M. COLCHEN retrouvait chez les jeunes généralistes interrogés cette vision péjorative de leur pratique de la gynécologie-obstétrique qui se traduisait par un manque d'assurance vis-à-vis de certains gestes (49).

Cette représentation peut sembler étonnante quand on constate que les IMG intègrent la santé de la femme comme compétence à part entière du médecin généraliste. Le manque

d'expérience professionnelle et le défaut de mise en pratique expliquent probablement ce phénomène, chez des IMG dont la marge de progression reste non négligeable.

Influence du vécu personnel

Des éléments personnels tels que la grossesse et la parentalité sont décrits comme positifs et valorisants par certains IMG, et les incitent à aborder le sujet avec les patientes.

Nous avons retrouvé une seule histoire personnelle considérée comme un véritable frein à la pratique de l'examen gynécologique : « *C'est surtout une mauvaise expérience personnelle en tant que patiente qui ne me donne pas envie de faire souffrir une femme* »¹².

Gestion émotionnelle : interdépendance entre soignant et soigné

Parler du corps intime ou de sexualité ne va pas de soi pour tout le monde et n'est possible qu'à certaines conditions. Au-delà des compétences médicales, le **professionnalisme** des IMG apparaît comme moteur pour aborder ces sujets : « *il faut qu'on passe au-dessus de notre propre gêne* »¹². La **confiance manifeste accordée par la patiente** est aussi un élément motivant les internes à s'investir. Ils soulignent l'importance de la **juste distance avec la patiente** pour ne pas être dépassés par leurs propres affects. S. BANCON présente l'examen du corps comme un devoir professionnel du médecin, reléguant à l'arrière-plan toute réserve liée à la nudité (42). La proximité physique du médecin et de la patiente est accueillie comme réconfortante plutôt que gênante.

Cependant, le **manque de connaissances et d'expérience dans une thématique potentiellement gênante** conduit parfois les IMG à **esquiver le sujet de la sexualité**, s'il n'est pas abordé spontanément par la patiente. La **palpation mammaire** peut aussi être embarrassante pour l'interne lorsqu'elle intervient en dehors du motif initial de consultation. Dans l'étude de A. BOURGOIN, la gêne du médecin apparaît aussi comme un facteur limitant l'examen clinique gynécologique pour 9% des médecins (50).

L'état d'esprit des deux protagonistes et le contexte dans lequel la relation soignant-soigné est établie conditionnent donc grandement le vécu de la consultation.



Figure 19 : Facteurs explicites et implicites déterminant la place que les internes s'octroient dans les soins dédiés aux femmes.

2. Réponses aux objectifs secondaires

Mettre en évidence les représentations de la santé de la femme par les IMG.
Dégager leurs attentes en termes de formation dans ce domaine.

a) Représentations de la santé de la femme par les IMG

Spontanément, la discipline est décrite comme **vaste**, ciblant des thématiques diversifiées **à tous les âges de la vie des femmes**.

Dans les entretiens, le simple renouvellement d'ordonnance de contraception orale - qui ne s'inscrit pas dans un suivi - apparaît comme une ouverture à part entière du MG à cette pratique. D'autres participants se basent sur la réalisation d'actes techniques, qui leur semblent mieux refléter le choix d'une implication dans la discipline. Cette **perception « interventionnelle » de la spécialité** est nuancée par un interne qui s'intéresse « *à la santé de sa patiente en général* »¹¹⁸. Ainsi, par opposition à la **médecine « technique »** dont le raisonnement est fondé sur le « **corps maladie** », toutes les consultations ne font pas l'objet d'une prescription médicamenteuse ou d'examens complémentaires. Les internes soulignent l'importance d'un suivi des femmes « *sans qu'il y ait de souci particulier* »¹²¹, privilégiant **écoute** et **prévention**. Finalement la discipline s'inscrit dans un **continuum, au-delà d'une binarité corps malade / corps sain**. La thèse de S. BANCON (42) rappelle que si l'examen peut être vécu comme une attente anxieuse, le résultat expliqué par le médecin devient un véritable soulagement, une réassurance déjà thérapeutique en soi : confiance du malade en son propre corps. Elle propose au soignant un apprentissage du regard, de l'écoute et du toucher de l'autre dans le cadre de l'examen médical au-delà du geste technique.

Par ailleurs, les internes soulignent que **les femmes consultent pour des problèmes de santé spécifiques qui ne sont pas seulement d'ordre gynécologique**. On sait qu'une partie de ces spécificités est liée à des facteurs biologiques (dont la santé reproductive). Les facteurs sociaux jouent également un rôle important, induisant des comportements de santé plus tempérants et une plus grande proximité avec le système de soins pour les femmes (51). Un communiqué publié en 2014 par la revue *Exercer* (52) encourage le repérage de cette spécificité liée au genre qui, au-delà des soins gynéco-obstétricaux, concerne d'autres

maladies chroniques et aiguës (santé mentale, santé cardio-vasculaire, etc.). Notre étude met d'ailleurs en évidence la vision stéréotypée des internes sur la fréquence des consultations des femmes pour des signes généraux : « *elles viennent au moins une fois par an pour fatigue en plus !* » ¹².

La discipline apparaît également comme **un champ de la médecine « à part »**. Certains IMG s'expriment sur un mode plutôt moqueur, voire négatif. On observe un certain rejet de la spécialité. En somme, cela ne va pas de soi « d'aimer » la santé de la femme.

Enfin, **les internes remettent en question la terminologie « santé de la femme »**. Ils intègrent les problématiques liées à la sexualité, la contraception et la procréation dans la « **santé du couple** », appellation moins restrictive qui n'exclue pas les hommes. Notre étude souligne donc le caractère transversal de la discipline, qui partage aussi des thématiques communes avec la pédiatrie et la puériculture (exemple de l'allaitement).

b) Projection des internes et pistes d'amélioration

Vers une pratique panachée de la discipline

Notre étude met en évidence que la pratique ultérieure de soins spécifiques au genre féminin n'est pas à envisager sous forme de dichotomie. Il n'est pas possible d'établir un raisonnement binaire supposant que l'IMG souhaite ou ne souhaite pas intégrer cette problématique dans son projet professionnel. Ainsi, il existe un continuum allant d'une projection quasi inexistante à une volonté d'en pratiquer régulièrement, voire de proposer les actes techniques. C'est ce que K. LAGEYRE a appelé le « gradient des pratiques » dans son étude qualitative abordant la pratique gynécologique des médecins généralistes installés (28).

Suggestions des internes en termes de formation

Les participants s'accordent à dire que l'enseignement proposé dans le SSF doit **reconnaître à l'intérieur de cette discipline ce qui relève du domaine spécifique de connaissance des IMG**. Il semble nécessaire « d'éviter la surspécialisation de l'enseignement, tout en tenant compte des besoins communautaires médicaux locaux, qui ne sont pas superposables aux impératifs hospitaliers » (53).

Notre étude remet partiellement en question la durée du SFF augmentée à 6 mois. Le manque d'intérêt et les expériences de stage inadaptées à leur activité ultérieure (passage au bloc opératoire par exemple) peuvent expliquer cette réticence.

Une thèse réalisée à l'aube de la réforme du 3^{ème} cycle (54) retrouve que plus de 2/3 des IMG souhaitaient augmenter la formation ambulatoire en diminuant la formation hospitalière et en incluant le pôle mère-enfant ambulatoire mais sans augmenter la durée du DES. La participation à la consultation reste d'ailleurs le poste pédagogique le plus efficient selon F. BIDAULT (53), correspondant au mieux au futur mode d'exercice des internes.

Le principal frein pour l'application de ces modifications réside dans la **difficulté de recrutement d'un nombre suffisant de maitres de stage**.

Ce travail plaide donc pour le développement des **terrains de stages ambulatoires « rentables »**¹² qui répondent aux objectifs pédagogiques en matière de santé féminine : les cabinets de médecine générale, de gynécologie et de sages-femmes ou encore les structures telles que la PMI ou le planning familial.

A l'hôpital, l'une des pistes des internes - retrouvée dans la thèse de A. ROUELLE (36) - consiste à **favoriser les stages de gynécologie dans les hôpitaux périphériques** où les médecins seniors seraient plus facilement disponibles pour superviser l'apprentissage des gestes techniques.

Au-delà de leur formation pratique, les internes ont conscience qu'un investissement personnel et une « **démarche active de mise à jour** »¹²⁰ sont indispensables pour se sentir à l'aise. Le recours au DU de gynécologie est une option envisagée mais non systématique dans notre population d'étude. En revanche, les IMG sont demandeurs de « *cours à thème* »¹⁶ avant de débiter le stage pratique pour être « *un minimum formé avant de recevoir une femme* »¹⁶. Les dispositifs de simulation sur mannequins sont plébiscités notamment pour l'usage de l'échographe.

Vers des conditions d'exercice favorables

Notre étude souligne l'intérêt d'une **approche interprofessionnelle** de la prise en charge des femmes. Le **travail en réseau** rassure les internes. En plus du partage des compétences, il assure un certain confort de travail. L'exemple du **suivi de grossesse en tandem** avec une sage-femme a été évoqué. Le Syndicat des internes en médecine générale (ISNAR-IMG) et

l'Association nationale des étudiants sages-femmes appellent aussi à une articulation de la prise en charge des femmes entre les professionnels de premier recours – sages-femmes et généralistes – et ceux de second recours, les gynécologues médicaux (1).

Information des patientes

En plus d'une communication entre professionnels, l'information des patientes est prioritaire pour les internes. En effet, trop peu d'entre elles bénéficient d'une prise en charge régulière et d'une information éclairée sur la possibilité d'un suivi gynécologique de routine par un médecin généraliste (46). Plusieurs études mettent en évidence les **représentations erronées des patientes sur l'intérêt du suivi gynécologique**, avec le plus souvent la nécessité de présenter des besoins, une pathologie ou des conduites à risque pour consulter (55). L'idée est donc d'**éduquer les patientes sur le rôle du médecin généraliste en matière de santé génito-sexuelle**, malgré les aléas liés aux conditions de travail (« *période d'épidémie* »¹³, salle d'attente pleine, etc.).

L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Normandie (URML) mène une campagne d'information inspirante sur les questions les plus courantes en matière de suivi de la femme. Un site internet (56) et un flyer (annexe 6) qui détaillent les étapes du suivi gynécologique sont mis à disposition des médecins qui souhaitent informer leur patientèle.

CONCLUSION

Le système de santé actuel est en pleine mutation. Au vu de l'évolution démographique médicale, on observe que les actes courants de gynécologie se reportent sur le MG. Par son accès privilégié au passé médical de ses patientes, à leur contexte socio-économique, psychologique et familial, il semble bien placé pour leur prise en charge et leur suivi, en collaboration éventuelle avec un spécialiste de second recours. Il paraît donc indispensable que les actes courants soient maîtrisés par les omnipraticiens de demain afin de répondre au mieux aux besoins spécifiques des femmes.

Cette étude a permis de mettre en avant les multiples facteurs stimulants et dissuasifs auxquels sont exposés consciemment et inconsciemment les IMG à l'abord de la santé de la femme en consultation.

En donnant la parole aux internes, ce travail donne à leur formation professionnelle un éclairage nouveau tourné vers l'humain plus que vers la technique médicale. Il souligne qu'il faut s'intéresser à leurs ressentis, leurs préoccupations, pour en faire des médecins épanouis, porteurs de savoir et de savoir-faire.

Les entretiens permettent de se rendre compte de la diversité des tâches, des pratiques et des investissements possibles dans ce domaine. Ils attirent aussi notre attention sur les obstacles rencontrés pendant l'internat, parfois marquants voire rédhibitoires pour les internes : c'est ce que nous avons appelé le « curriculum caché ». Les IMG aspirent à une reconnaissance de leur statut et à un encadrement adapté en stage.

La pratique ultérieure de la santé de la femme, lorsqu'elle est envisagée, ne semble pas répondre à tous les besoins des patientes. Le plus souvent, la projection dans la pratique d'actes techniques est faite d'incertitudes. Comme nous l'avons vu, il existe un éventail de projections allant de la simple prescription à la pratique courante de gestes techniques.

Les médecins généralistes de demain projettent donc de sélectionner les actes pour lesquels ils se sentiront formés et à l'aise.

Il est probable que l'offre de stage croissante en ambulatoire renforce les compétences des jeunes médecins. Une étude visant à évaluer l'impact de la réforme et les bénéfices d'un SSF prolongé à 6 mois serait pertinente. Le virage ambulatoire du SSF peut toutefois nous questionner sur la façon dont les internes sont perçus par les femmes pour une consultation aussi intime. Les patientes refusent parfois d'être examinées par un homme, le rapport au corps et à la sexualité étant différent selon leur culture, leur religion et leurs origines. Cela induit une « perte de chance » en termes de formation pour les internes de genre masculin. La féminisation de la population médicale apporte une réponse partielle au problème. Il est essentiel que les femmes prennent conscience des compétences du MG dans la discipline pour envisager l'interne comme un interlocuteur essentiel de demain, au-delà de son genre. Une communication à grande échelle (affichage en cabinet, médias, presse féminine, livres) pour sensibiliser et réviser la mentalité des patientes pourrait être imaginée.

En termes de formation hospitalière, une meilleure supervision et un recentrage sur les compétences attendues semble indispensable, en ciblant par exemple les consultations spécialisées et les motifs courants de consultations d'urgence.

La qualité de la formation est donc décisive et détermine grandement le projet professionnel des IMG. Cette formation, lorsqu'elle est appréciée, contribue à l'intérêt des internes pour la discipline qui souhaitent alors mettre à profit cet investissement au service de leurs futures patientes.

VU et approuvé
Strasbourg, le 17 FEV. 2021
Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



VU
Strasbourg, le 15.02.2021
Le président du Jury de Thèse
Professeur Philippe DERUELLE

Prof Philippe DERUELLE
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Hôpital de Hautepierre
Pôle de Gynécologie- Obstétrique et Fertilité
67096 STRASBOURG Cedex
Tél : 03 88 12 84 55 - Fax : 03 88 12 74 57

BIBLIOGRAPHIE

1. Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sages-femmes soulignent leur propre rôle central [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/face-la-penurie-de-gynecologues-medicaux-generalistes-et-sages-femmes-soulignent-leur-propre-role>
2. Cohen J, Madelena P, Levy-Toledano R. Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? Etat des lieux et perspectives 2020 [Internet]. Paris: Edition ESKA; 2000 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/co0.htm
3. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer. 2013 ; 24.
4. INSEE. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2020 [Internet]. [cité 14 août 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198#consulter>
5. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2018 [Internet]. 2018 [cité 8 avr 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
6. ARS. État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est (avril 2017) [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur : https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf
7. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Rapport d'activité du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (2018) [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/ordre/rapport-dactivite/>
8. Données démographiques du CNOSF (2017) [Internet]. [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
9. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Deuxième étude sur le marché du travail des sages-femmes : modérer la croissance excessive des actives et l'amplification des disparités interrégionales [Internet]. 2016 août. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/09/Etude-marche-du-travail-sages-femmes-CNOSF-2016.pdf>
10. CNGE. Référentiels métiers et compétences : Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens (CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF) [Internet]. 2010 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/les_productions_scientifiques/referentiels_metiers_et_competences/
11. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Emploi des sages-femmes : l'Ordre engage une étude sur l'évolution démographique prévisible de la profession [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/emploi-des->

sages-femmes-lordre-engage-une-etude-sur-levolution-demographique-previsible-de-la-profession/

12. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. La prise en charge des femmes françaises (2000) [Internet]. Observatoire Thalès Etude 2769, septembre 1999 : fréquence annuelle de consultation des femmes chez le généraliste. [cité 13 août 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm

13. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.

14. Autret PA, Besnard PJ-C, Choutet PP, Ginies PG, Maurage PC, Pourcelot PL, et al. Analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre. 2013;86.

15. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. 2013.

16. Observatoire régional des médecins libéraux. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes en Pays de Loire. oct 2016;

17. Lagneau A. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques. 2016;129.

18. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative. 2017;74.

19. Dabonneville C. L'implant contraceptif et les médecins généralistes - Etat des lieux des pratiques en Alsace. 2019.

20. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

21. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.

22. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale [Internet]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf

23. Barney G Glaser, Anselm L Strauss. Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Transaction Publishers; 2009.

24. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. crs. 27 avr 2011;(23):147-81.

25. Frappé P. Initiation à la recherche 2e édition. Coédition Global Média Santé/CNGE productions; 2018. 224 pages.

26. WMA - The World Medical Association-Déclaration d'Helsinki de L'AMM – Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains [Internet]. [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/>

27. Ministère des Solidarités et de la Santé. loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (dite loi Jardé) modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/>
28. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale: étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne. 2014;98.
29. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19:4.
30. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.
31. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques Psychologiques. mars 2004;10(1):79-86.
32. Fayolle E. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. 2013; Disponible sur: <http://www.exercer.org/numero/107/page/114/>
33. Dien-Bergeard B. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans le suivi gynéco-obstétrical : une enquête qualitative. 2013.
34. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ psychosomatique. 2002;27(3):81.
35. Richard-Geissel A. Place de la gynécologie dans le projet professionnel des internes de médecine générale : enquête auprès de 197 internes de médecine générale. 2010.
36. Rousselle A. Déterminants de la réalisation des gestes gynécologiques dans la pratique future des internes de médecine générale. 2019.
37. Tardif J. Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive [Internet]. [cité 12 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.decite.fr/livres/pour-un-enseignement-strategique-9782893810607.html>
38. Pelissier-Combescure P. Les déterminants de la pratique de la gynécologie-obstétrique dans l'exercice futur des internes en médecine générales: enquête qualitative par focus group auprès des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine de Montpellier Nîmes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2013.
39. Cretin-Ben Hayoun F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique. 2014;121.
40. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. Vo l u m e. 2011;7.
41. Ben Abdallah L. Quels sont les déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes ? Lyon; 2013.
42. Bancon S. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation

de médecine générale. [Lyon]; 2018.

43. Blin A. Suivi gynécologique hors grossesse : contenu idéal des consultations selon les patientes, étude qualitative [Internet]. 2017 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur :

http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2017_Medecine_BlinAurelie.pdf

44. Terris C. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? Étude qualitative auprès des patientes. 2016.

45. Bousquet D, Lazimi G, Collet M, Couraud G. La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité [Internet]. HCE (Haut Conseil de l'Égalité entre les femmes et les hommes) ; 2017 mai [cité 29 août 2020]. Report No.: n°2017-05-29-SAN-O27. Disponible sur : [https://www.vie-](https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000550.pdf)

[publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000550.pdf](https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000550.pdf)

46. Me Huet C. Suivi gynécologique : quelles sont les perceptions des patientes sur la pratique des médecins généralistes ? Etude qualitative. 2018.

47. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. Rennes : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. 2010;23.

48. Babinet-Boulnois C. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse: intérêts et difficultés. 2013 ; 105.

49. Colchen M. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du Diplôme d'Etudes spécialisées (DES) de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste. 2016.

50. Bourgoin A. Quels sont les facteurs motivant ou limitant l'examen clinique des seins par les médecins généralistes bas-normands ? : 90.

51. Fourcade N, Gonzalez L, Rey S, Husson M. La santé des femmes en France (DRESS). DRESS. : 6.

52. Moubarak C, Darmon D. Recours aux soins des femmes : des besoins spécifiques au-delà de la gynécologie et de l'obstétrique. Exercer [Internet]. mars 2014; Disponible sur: <https://www.exercer.fr/sommaire/34#revueArticleModal>

53. Bidault F, Leveque J, Broux P-L, Grall J-Y, Honnorat C. Création d'objectifs d'apprentissage pratique et leur confrontation à la réalité pédagogique d'une unité de gynécologie : l'expérience rennaise. Pédagogie Médicale. mai 2002;3(2):74-80.

54. Cathalan T. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal ». 2015.

55. Guyomard H. État des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de littérature. 2018;69.

56. URML Normandie. La gynécologie parlez en à votre médecin traitant [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/en-action/gynecologie-parlez-a-medecin-traitant/>

ANNEXES

Annexe 1 : Journal de bord

6 décembre 2018 : Séminaire *Thèses et mémoires* organisé par le DMG.

2 juillet 2019 : Rencontre avec Dr BETTAHAR pour discussion d'un projet de thèse. Méthodologie quantitative évoquée initialement. Population d'étude visée dans un premier temps : les MG installés.

21 août 2019 : réunion de thèse avec le Dr BETTAHAR. Projet de création de 2 questionnaires visant les MG installés et les IMG.

12 septembre 2019 : réunion de thèse avec le Dr BETTAHAR. Élaboration d'un questionnaire à destination des MG sur Google Form.

20 septembre 2019 : *FO Thèse* à la Faculté de Médecine animée par le Dr FRAIH. Méthodologie qualitative conseillée au vu de la question de recherche.

Recherches bibliographiques et empreint d'une thèse qualitative à la Faculté de médecine de Montpellier.

6 novembre 2019 : 1^{ère} rencontre avec le Dr DUMAS : Proposition pour une double direction de la thèse et pour un changement de méthodologie (qualitatif). Population ciblée : groupes d'IMG issus de la réforme du 3^{ème} cycle, ayant déjà validé leur stage chez le praticien niveau 1 et urgences. Le stage santé de la femme

n'aura pas forcément été réalisé ou sera en cours.

14 novembre 2019 : Accord du Dr BETTAHAR pour une double direction et validation pour la méthode qualitative.

15 novembre 2019 : Lecture du *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer* de Christophe Lejeune et *Initiation à la recherche 2e édition* de Paul Frappé.

9 décembre 2019 : *FO Thèse* à la Faculté de Médecine animée par les Dr ZUMSTEIN et Dr GASS.

Envoie du formulaire réglementaire au Délégué à la protection des données de l'Université de Strasbourg et inscription de la thèse au « registre des traitements ».

10 décembre 2019 : Planification des Focus Group : obtention de 3 dates avec accord des groupes d'internes et de leur tuteur.

11 décembre 2019 : Élaboration de la première version du guide d'entretien avec questions de relance.

14 décembre 2019 : Auto-apprentissage de la conduite d'entretien semi-directif en recherche qualitative à l'aide des outils du Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants (<http://clge.fr/auto->

apprentissage-de-la-conduite-d'entretien-semi-directif-en-recherche-qualitative).

20 décembre 2019 : Réunion de thèse avec les Dr BETTAHAR et Dr DUMAS au CMCO. Projet d'un double codage en vue d'une publication.

11 janvier 2020 : 1^{er} Focus Group organisé au domicile du chercheur.

22 janvier 2020 : Appel téléphonique avec le Dr DUMAS, entretien préparatoire avant le Focus Group n°2.

23 janvier 2020 : 2^{ème} Focus Group organisé à la Faculté de Médecine.

6 février 2020 : 3^{ème} Focus Group organisé à la Faculté de Médecine.

17 mars 2020 : début du 1^{er} confinement national en France dans le contexte de la pandémie à COVID-19. Annulation du 4^{ème} Focus Group initialement prévu le 9 avril 2020.

Mi-mars 2020 : Fin de la retranscription mot à mot des 3 entretiens. Tri des données et début du codage.

2 avril 2020 : RDV téléphonique avec le Dr DUMAS. Discussion sur la possibilité d'organiser un 4^{ème} FG en visioconférence. Point méthodologique pour présenter les premiers éléments de l'analyse sous forme de tableaux.

3 avril 2020 : Accord du Pr SANANES pour intégrer le jury de thèse et accord du Pr DERUELLE pour le présider.

9 avril 2020 : RDV téléphonique avec le Dr DUMAS. Saturation des données obtenue. Pas de programmation d'un 4^{ème} FG.

Avril 2020 : Double codage des entretiens.

15 juillet 2020 : RDV en présentiel avec Dr DUMAS pour aide méthodologique.

19 août 2020 : RDV en présentiel avec les Dr BETTAHAR et Dr DUMAS. Précisions sur la partie « État des lieux ». Pistes de réflexions pour la discussion.

11 septembre 2020 : Début de la lecture du livre *C'est mon corps* de Martin Winckler.

24 septembre 2020 : présentation des résultats sous forme de Mind Map à l'aide du logiciel XMind®.

29 octobre 2020 : 2^{ème} confinement national lors de la 2^{ème} vague épidémique à COVID 19.

Novembre 2020 : Mise à jour des recherches bibliographiques et finalisation de la partie « Discussion ».

Décembre 2020 : Corrections finales.

Février 2021 : Accord du Pr GOICHOT pour intégrer le jury de thèse.

Annexe 2 : Fiche d'information et de non-opposition à la participation

1) Présentation du cadre de la recherche

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de thèse en médecine générale de Laure VERDUN, dirigée par Karima BETTAHAR, docteur en gynécologie-obstétrique, et Claire BREITWILLER-DUMAS, docteur en médecine générale à Strasbourg, avec le soutien et l'accord du département de médecine générale de Strasbourg et de l'Université de Strasbourg.

2) Nature de l'étude

La thèse s'intitule : « Les déterminants de la pratique dédiée à la santé de la femme dans l'exercice futur des internes de Médecine Générale - *Étude qualitative par Focus Group auprès des internes de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg issus de la réforme du 3ème cycle* ».

3) Objectif de l'étude

L'objectif est d'étudier les déterminants objectifs et subjectifs influençant la pratique future de consultations dédiées à la santé de la femme par les internes de Médecine Générale concernés par la réforme du 3^{ème} cycle.

4) Déroulement de l'étude

L'étude sera réalisée sur le site de la Faculté de Médecine de Strasbourg. Les participants sont sélectionnés au sein des promotions d'internes de Médecine Générale de la réforme du 3^{ème} cycle instaurée en 2017.

Chaque interne devra répondre à un questionnaire quantitatif afin de recueillir les caractéristiques démographiques de l'échantillon (qui seront anonymisées).

Les internes participeront ensuite à un groupe de discussion dénommé Focus Group.

5) Participation volontaire et droit de retrait

La participation à cette recherche est volontaire. Il est possible de se retirer de cette recherche à tout moment.

6) Confidentialité et gestion des données

Un numéro sera attribué à chaque participant. L'identité et les coordonnées des participants serviront uniquement à organiser les entretiens et à communiquer avec eux au sujet de la recherche.

Dans les travaux produits à partir de cette recherche, les données seront anonymisées. Seuls des résultats agrégés seront présentés.

7) Communication

Les résultats de cette étude seront disponibles après la soutenance de la thèse, à la bibliothèque de médecine de la faculté de Médecine de Strasbourg.

8) Protection des données personnelles

Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est l'Université de Strasbourg. Les données seront traitées et conservées par Laure VERDUN sur la base de données sécurisée « Seafire » jusqu'à la soutenance de la thèse. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6.1.e. du RGPD). Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser vos demandes à Laure VERDUN.

L'Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : dpo@unistra.fr

Annexe 3 : Questionnaire quantitatif individuel et anonyme**Parlons de vous ...**

Sexe : F / M

Age : _____

Êtes-vous en médecine générale par choix ? Oui / Non

Semestre d'internat actuel : _____

Stage actuel : _____

Concernant le stage de gynécologie-obstétrique

Effectuez-vous / avez-vous déjà effectué votre stage « santé de la femme » ? Oui / Non

Si oui, dans quelle(s) structure(s) (ambulatoire, hôpital, planning familial) ?

Concernant le stage chez le praticien (niveau 1)

Vos maitres de stage effectuaient-ils régulièrement des consultations dédiées à la santé de la femme (suivi gynécologique, suivi de grossesse, dépistage et prévention, contraception ...) ?

Oui / Non

Concernant votre formation

Avez-vous participé ou participez-vous à une formation complémentaire en gynécologie-obstétrique (DU, DIU) ? Oui / Non

Avez-vous participé à la formation optionnelle « Santé de la femme » à la faculté ? Oui / Non

Votre future activité

Comment imaginez-vous votre pratique future ? Libérale / Salariée / Mixte / Ne sais pas

Annexe 4 : Guide d'entretien collectif

- 1)** Que signifie pour vous « santé de la femme » ? De quoi parle-t-on ? Quels champs sont inclus dans l'appellation ?
- 2)** Que pensez-vous de la place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique des femmes et le suivi de grossesse ?
- 3)** Envisagez-vous de proposer des consultations dédiées à la santé de la femme dans votre pratique quotidienne future ?
- 4)** Vous sentez-vous autant à l'aise avec une femme qu'avec un homme lors d'une consultation médicale de façon générale ? Est-ce que cela change quelque chose pour vous que le patient soit un homme ou une femme ?
- 5)** Qu'est-ce qui vous semble plus aisé ou plus agréable dans une consultation dédiée à la santé de la femme ?
- 6)** Dans votre pratique, y-a-t-il eu une situation qui vous a plu, vous incitant à poursuivre / vous investir dans cette pratique ?
- 7)** Y'a t-il des champs particuliers en santé de la femme pour lesquels vous n'êtes pas à l'aise et qui vous freinent en pratique ?
- 8)** Est-ce qu'une expérience vous a heurté, motivant votre baisse d'intérêt / de motivation à pratiquer la santé de la femme ?
- 9)** Pensez-vous légitime d'aborder / abordez-vous le sujet du suivi gynécologique ou de la sexualité auprès d'une patiente qui vient pour un autre motif ?
- 10)** Quelles sont vos attentes ou suggestions en termes de formation autour de la santé de la femme ?

Annexe 5 : Grille COREQ (30)

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené les entretiens de groupe focalisés (focus group) ?	Laure Verdun
2	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Aucun
3	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Remplaçante en médecine générale
4	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première recherche qualitative
Relation avec les participants		
6	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Pour trois d'entre eux, oui
7	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Remplaçante en médecine générale, ayant récemment terminé son internat et en cours de travail de thèse
8	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Intérêt pour le sujet
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée
Sélection des participants		
10	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Groupes de tutorat constitués par le DMG
11	Comment ont été contactés les participants ?	Par l'une des directrices via un mail aux tuteurs des internes
12	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	22
13	Combien de personnes ont refusé de participer à l'étude ?	0
Contexte		
14	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au domicile de l'enquêteur et à la Faculté de Médecine de Strasbourg
15	Y'avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon	Cf. rubrique « Résultats »
Recueil de données		
17	Les questions étaient-elles fournies par les auteurs ? Le guide avait-il été testé au préalable ?	Oui / Guide testé avec un groupe de 5 internes respectant les critères d'inclusion.
18	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non, un entretien par groupe
19	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel ?	Audio
20	Des notes de terrain ont-elles été prises ?	Oui, par l'observateur lors des entretiens et journal de bord tenu par le chercheur
21	Combien de temps ont duré les entretiens de groupe focalisés ?	1 h et 3 min en moyenne
22	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23	Les retranscriptions ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Proposition faite
Domaine 3 : Analyse et résultats		
24	Combien de personnes ont codé les données ?	2
25	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données
27	Quels logiciels ont été utilisés pour gérer les données ?	Word, XMind
28	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Oui
Rédaction		
29	Des citations ont-elles été utilisées ? Les citations ont-elles été identifiées ?	Oui, anonymement
30	Y'avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Y-a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 6 : Flyer créé par l'URML

Suivi gynécologique, les bonnes questions au bon moment !

Âge approprié	De 8 à 10 ans	De 11 à 14 ans	De 15 à 24 ans	De 25 à 40 ans	De 41 à 49 ans	De 50 à 65 ans	De 66 à 74 ans	75 ans et plus
Contraception								
RDV annuel de suivi gynécologique								
Frottis (tous les 3 ans)								
Mammographie (tous les 2 ans)								
Vaccination papillomavirus humain (HPV)			Rattrapage jusqu'à 19 ans					
Ménopause				Ménopause précoce				
Puberté								
Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)			!	!	!	!	!	!

 = en fonction des facteurs de risques **!** = en cas de rapport non protégé

Mais aussi : fuites urinaires, sexualité, infertilité, pré-grossesse, troubles du cycle menstruel...

Une question ? Parlez-en à votre médecin généraliste !



Le suivi c'est toute la vie



Déclaration sur l'honneur

Université

de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.

- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : VERDUN Prénom : Laure

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

"J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète"

Signature originale :

A Strasbourg, le 02/02/2021

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.