



**HAL**  
open science

**Évaluation de la mise en place d'une consultation spécifique de gynécologie a la maison médicale du Thillot : analyse du second questionnaire : étude qualitative par questionnaires distribués aux femmes adultes fréquentant la maison médicale du Thillot dans les Vosges**

Lauriane Houel

► **To cite this version:**

Lauriane Houel. Évaluation de la mise en place d'une consultation spécifique de gynécologie a la maison médicale du Thillot : analyse du second questionnaire : étude qualitative par questionnaires distribués aux femmes adultes fréquentant la maison médicale du Thillot dans les Vosges. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03806046

**HAL Id: hal-03806046**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03806046v1>**

Submitted on 7 Oct 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

## **THESE**

pour obtenir le grade de

### **DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale par

**Lauriane HOUEL**

Le 14 décembre 2020

### **EVALUATION DE LA MISE EN PLACE D'UNE CONSULTATION SPECIFIQUE DE GYNECOLOGIE A LA MAISON MEDICALE DU THILLOT - ANALYSE DU SECOND QUESTIONNAIRE**

Etude qualitative par questionnaires distribués aux femmes adultes fréquentant  
la maison médicale du Thillot dans les Vosges

Membres du jury :

Président : M. le Professeur Philippe JUDLIN

Juges : M. le Professeur Marc KLEIN

M. le Professeur Frédéric MARCHAL

Mme le Docteur Mélanie BERNHARD



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE  
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :**  
**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :**  
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne :**  
**Pr Laure JOLY**

**Assesseurs :**

*Premier cycle :* Dr Nicolas GAMBIER  
*Deuxième cycle :* Dr Antoine KIMMOUN  
*Troisième cycle :* Pr Laure JOLY  
*Formation à la recherche :* Pr Nelly AGRINIER  
*Relations Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER  
*CUESIM :* Pr Stéphane ZUILY  
*SIDES :* Dr Julien BROSEUS  
*Vie Facultaire :* Dr Philippe GUERCI  
*Etudiant :* Mme Audrey MOUGEL

**Chargés de mission :**

*Docimologie :* Dr Jacques JONAS  
*Orthophonie :* Pr Cécile PARIETTI-WINKLER  
*PACES :* Pr Mathias POUSSEL  
*Relations internationales :* Pr Jacques HUBERT

*Présidente du Conseil de la Pédagogie :* Pr Louise TYVAERT  
*Président du Conseil Scientifique :* Pr Jean-Michel HASCOET

=====

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIE - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER -

Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET -  
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

#### **PROFESSEURS EMERITES**

Etienne ALIOT - Laurent BRESSLER - Serge BRIANCON - Henry COUDANE - Gilbert FAURE - Alain LE FAOU - Thierry MAY - Patrick NETTER - Luc PICARD - François PLENAT - Paul VERT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faïez ZANNAD

=====

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

*(Disciplines du Conseil National des Universités)*

##### **42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENESE**

###### **1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

###### **2<sup>ème</sup> sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)**

Professeur Christo CHRISTOV

###### **3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

##### **43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE**

###### **1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

###### **2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur René AXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISE - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

##### **44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

###### **1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

###### **2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur Mathias POUSSEL

###### **3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie cellulaire)**

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

###### **4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

##### **45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIENE**

###### **1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LOZNIEWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

###### **2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Professeure Marie MACHOUART

###### **3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

**46<sup>ème</sup> Section : SANTE PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIETE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, information médicale et technologies de communication*)**

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

**47<sup>ème</sup> Section : CANCEROLOGIE, GENETIQUE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie, transfusion*)**

Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie, radiothérapie*)**

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT -

Professeur Guillaume VOGIN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)**

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)**

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHESIOLOGIE, REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)**

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-

BUDER Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecin intensive - réanimation*)**

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LEVY -

Professeur Antoine KIMMOUN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)**

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Thérapeutique - médecine de la douleur ; addictologie*)**

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**5<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine d'urgence*)**

Professeur Tahar CHOUIED

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET REDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Neurologie*)**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD

- Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Neurochirurgie*)**

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)**

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine physique et de réadaptation*)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTEO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)**

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cardiologie*)**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET -  
Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)**

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD - Professeure Adeline GERMAIN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Néphrologie*)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Urologie*)**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53<sup>ème</sup> Section : MEDECINE INTERNE, GERIATRIE ET MEDECINE GENERALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY - Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD -  
Professeure Laure JOLY

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine générale*)**

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54<sup>ème</sup> Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Pédiatrie*)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie infantile*)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TETE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Ophthalmologie*)**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

**61<sup>ème</sup> Section : GENIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

**66<sup>ème</sup> Section : PHYSIOLOGIE**

Professeur Nguyen TRAN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE**

**53<sup>ème</sup> Section, 3<sup>ème</sup> sous-section (Médecine générale)**

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENESE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN -  
Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIENE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46<sup>ème</sup> Section : SANTE PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIETE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis  
HAUTEMANIÈRE - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN (stagiaire)

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et Santé au Travail)**

Docteure Isabelle THAON

**47<sup>ème</sup> Section : CANCEROLOGIE, GENETIQUE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie, transfusion)**

Docteur Julien BROSEUS - Docteure Maud D'AVENI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie, radiothérapie)**

Docteure Lina BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Docteure Alice AARNINK

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteure Céline BONNET - Docteur Mathilde RENAUD (stagiaire)



**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHESIOLOGIE, REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,  
HANDICAP ET REDUCATION**

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Neurochirurgie*)

Docteur Fabien RECH

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Docteur Thomas SCHWITZER

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Docteure Fabienne ROUYER-LIGIER (stagiaire)

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTEO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE  
PLASTIQUE**

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Anthony LOPEZ

**54<sup>ème</sup> Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-  
OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Pédiatrie*)

Docteure Cécile POCHON (stagiaire)

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA

**5<sup>ème</sup> sous-section :** (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TETE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Oto-rhino-laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

**MATRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> Section : SCIENCES ECONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**7<sup>ème</sup> Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES**

Madame Christine DA SILVA-GENEST

**19<sup>ème</sup> Section : SOCIOLOGIE, DEMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**63<sup>ème</sup> Section : GENIE ELECTRIQUE, ELECTRONIQUE, PHOTOTONIQUE ET SYSTEMES**  
Madame Pauline SOULET LEFEBVRE (stagiaire)

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE**  
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

**65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**  
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

**69<sup>ème</sup> Section : NEUROSCIENCES**  
Madame Sylvie MULTON

=====

**MATTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Docteur Cédric BERBE

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRASBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIETNAM)*  
Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*  
Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*  
Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume-Uni)*  
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)  
*Université de Wuhan (CHINE)*  
Professeur David ALPERS (2011)  
*Université de Washington (U.S.A)*  
Professeur Martin EXNER (2012)  
*Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

# REMERCIEMENTS

# **A NOTRE PRESIDENT DE THESE**

**Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN,  
Professeur en Gynécologie obstétrique - Praticien Hospitalier**

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir si gentiment accepté la présidence de cette thèse.  
Pour vos conseils et votre accompagnement dans notre travail, veuillez accepter nos sincères remerciements.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Monsieur le Professeur Marc KLEIN,  
Professeur en Endocrinologie et Maladies métaboliques - Praticien  
Hospitalier**

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse,  
recevez l'expression de notre sincère gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Monsieur le Professeur Frédéric MARCHAL,  
Professeur en Chirurgie oncologique - Praticien Hospitalier  
Directeur des Enseignements à l'ICL**

Pour l'attention que vous nous accordez en participant au jury de cette thèse,  
recevez ici toute notre reconnaissance.

## **A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THESE**

**Madame le Docteur Mélanie BERNHARD  
Médecin généraliste, exerçant en médecine polyvalente à orientation  
oncologie et hématologie au Centre Hospitalier de Remiremont**

Nous nous sommes rencontrées pendant mon stage d'externat en gynécologie  
obstétrique à Remiremont, pendant la conclusion de la première étude. Je  
n'imaginai pas à l'époque que je serais celle qui écrirait la suite. Pour m'avoir  
fait confiance dans la relecture, pour m'avoir proposé ce sujet de thèse et  
également d'en être la directrice, mais aussi pour toutes l'aide apportée dans  
mon cursus et mes débuts au 4D, et pour les nombreux moments conviviaux  
passés ensemble, je souhaiterais exprimer ici un immense merci !

**A mes parents,**

qui m'ont donné le goût du travail et de la rigueur, et qui m'ont surtout permis de suivre les études qui me passionnaient.

Maman, merci pour ta patience et ton soutien à toute épreuve dans les moments les plus compliqués.

Papa, pour ta motivation et pour avoir toujours cru en moi, merci !

Je vous dédie cette thèse.

**A Seb,**

que j'aime et que j'admire plus que tout.

Merci pour ton soutien au quotidien, et plus particulièrement pendant la rédaction de cette thèse. Merci pour ta patience quand je suis fatiguée et pour ta tolérance vis-à-vis de mes horaires ! Merci pour tous ces trésors de souvenirs, et pour tous ceux à venir. Merci d'être un père génial, et d'être la personne sur laquelle on pourra toujours compter.

**A nos enfants,**

**Léonie**, ma choupette, que j'étais tellement impatiente de retrouver les lendemains de garde. Je suis très fière de la petite fille que tu es devenue.

**Timothée**, mon petit chat, ta petite frimousse de bébé toujours joyeux m'a donnée le courage de finir ce travail dans la douceur et l'assiduité.

**A mon frère**, Vincent, pour ta gentillesse, tes conseils et ton aide à chaque fois que j'en ai besoin, merci ! **A Sylvia** et **Léna** qui participent à ton bonheur. Merci (future) Madame Houel pour tes conseils toujours pertinents.

**A ma grand-mère**, qui prie souvent pour ma petite famille et moi. Merci pour ta bienveillance (et pour ton fabuleux gâteau au chocolat !).

**A mes beaux-parents**, merci pour votre générosité et votre soutien.

**A Céline**, toujours parfaite, un modèle de femme et de maman. Merci pour ton soutien, ton écoute et tes conseils avisés. **A David, Maxence, Lucas, Léa** et **Manon** pour tous les bons moments passés en famille.

**A Marianne**, merci infiniment pour toute l'aide que tu m'as apportée et tous les bons moments qu'on a passé ensemble depuis la seconde. Tu es exceptionnelle !

**A Baptiste**, mon compagnon de galère, grâce à qui les moments les plus rudes devenaient drôles. Tes sarcasmes nous ont protégé du Lexomil ! Merci pour tous les souvenirs de médecine et pour les autres à venir avec les enfants. **A Elise**, qui restait positive. Merci pour ton optimisme !

**A Tom** et **Côme**, mes amours de filleuls. Ne grandissez pas trop vite !

**A tous les autres membres de ma famille** que j'aime !

A **Simon**, mon Zazou, qui me supporte depuis presque 30 ans, à tous nos bons moments, à notre éternelle amitié. Je te souhaite une brillante réussite et un bonheur sans faille.

A **Alison**, à tes inventions littéraires, à tes récits loufoques et à tous nos fous rires. Merci pour ton soutien, ton écoute et tes anecdotes pétillantes. Je salue ton courage et ta persévérance. Ils m'ont inspirée pour écrire une partie de cette thèse.

A **Vanessa** et **Nico**, merci pour votre soutien, votre écoute et vos conseils. Merci de partager avec nous nos folies culinaires !

A **Momo**, reconnaissance éternelle !

A tous mes amis, à tous ceux qui ont contribué à mon bonheur et à mon épanouissement durant ces trente dernières années !

**A tous les gens rencontrés pendant mon cursus :**

- A tous mes internes qui m'ont laissé travailler en autonomie. Merci particulièrement à Chloé et Sophie.

- A tous les PH et professeurs qui m'ont enseigné la médecine. Un immense merci à Ludovic M, mon modèle de praticien, pour votre humanité, votre implication et votre gentillesse.

- A toute l'équipe du 4C, avec qui j'ai fait mes premiers pas en tant que FFI. Merci à Pierre qui a essayé de m'apprendre à synthétiser. Merci au Dr BAVELELE, à Jessica, Céline, Marielle, Marie-Christine, Caroline...

- Merci à Catty qui m'a accompagnée pour ma première garde et tout au long de mon internat. Je te souhaite une longue et belle carrière d'urgentiste et une épanouissante vie de famille !

- A l'équipe des Urgences d'Epinal, à FX, Théo, Patou, Joseph, Agathe, Coralie qui m'ont épaulée lors de ce semestre. A Kristen, Lucie, Anne-Laure, Bénita, Cécile avec qui nous nous sommes serré les coudes.

- A l'équipe du SSR et de Soins Palliatifs de Spillmann de Nancy. J'ai tiré beaucoup d'enseignements de ce stage, malgré cette période compliquée. Merci à Pauline, Simon, Marie, Elsa, Mehdi, Gautier, Guillaume(s) pour votre bonne humeur et votre solidarité.

- Au Dr Alain PETIT et à Stéphane, qui m'ont appris les subtilités de la médecine générale.

- A l'équipe de pédiatrie et de néonatal de Remiremont, merci pour votre accueil et votre bienveillance. A Amandine, Benjamin et Célestine que j'ai rencontré grâce à ce stage.

- A tous mes autres co-internes et co-externes !

- A **Maxime**, ma référence EBM de pédiatrie, futur candidat à la mairie du Val d'Ajol. Merci de m'obliger à aimer notre nouvelle patrie et à rentrer à l'heure à la maison. Merci surtout pour tous les conseils que tu m'as donnés pour ma pratique, et pour les bons moments que l'on passe avec Christel, toi et les enfants ! Et merci d'avoir pris soin de moi pendant mon semestre de pédiatrie, Léonie t'en est reconnaissante aussi !

- A **Anne-Flore**, j'ai adoré travailler avec toi ! Merci beaucoup pour ton aide et pour tous les bons moments que l'on a passé ensemble.

- A **Luc**, mon Youc, qui est tombé amoureux des Vosges ! Merci d'amener et de nous transmettre ton enthousiasme et ta bonne humeur à chaque fois que tu passes dans le service. Je suis très heureuse de travailler à nouveau avec toi !

- A **Yann** (je te mets exprès tout près du 4D), merci pour la disponibilité dont tu as toujours fait preuve depuis mon semestre de FFI, merci pour tous tes conseils avisés en pneumo. Merci de prendre ton rôle de chef de pôle très au sérieux en instaurant la pause du matin afin de prendre soin de la santé psychologique de tes collègues avec quelques boutades. Plus sérieusement, merci d'entretenir la bonne ambiance à l'hôpital qui nous donne envie d'y rester.

#### **A toute l'équipe du 4D,**

- Au Dr GOUTORBE, merci infiniment pour votre humanité, votre disponibilité, votre gentillesse et votre confiance. Merci de me faire part de votre expérience et de répondre encore à mes questions avec indulgence. Merci aussi pour votre humour qui nous fait du bien à tous ! J'ai découvert une équipe soudée avec laquelle j'ai eu immédiatement envie de travailler. Je suis très heureuse et fière de faire partie de votre service.

- A Van Tan, pour tous tes précieux conseils pendant mon internat et encore aujourd'hui. Merci d'avoir pris le temps de m'expliquer les spécificités des traitements en hémato ! Et merci de m'aider au quotidien.

- Aux merveilleuses filles du 4D : toutes les IDE, AS, ASH, sans oublier Marie, Christine, Margot, Anne-Laure, qui font clairement partie du service ! Votre bonne humeur, votre gentillesse, et surtout votre envie de prendre soin des patients du mieux possible m'ont donné envie de rester avec vous. Merci pour tout ce que vous m'apportez, et merci pour votre soutien pour cette thèse !

- Merci aux secrétaires à qui je donne du fil à retordre à chaque courrier.

Merci aux filles du 1C pour votre indulgence et votre gentillesse.

#### **A Tous les autres membres de la Maison médicale du Val d'Ajol,**

A Guillaume, pour ta confiance et ta disponibilité,

A Delphine pour tous tes conseils et tes débriefings,

A Isabelle et Christine, pour votre aide si précieuse,

Aux IDE, pour vos précieux conseils (je pense surtout aux pansements !)

#### **A tous ceux qui ont participé à l'élaboration de cette thèse,**

A toutes les femmes ayant répondu aux questionnaires, merci !

Au Dr VIALTEL, merci d'avoir si gentiment pris de votre temps pour répondre à mes questions. Merci de m'avoir fait part de votre expérience et de vos impressions.

A Luc P, pour l'analyse statistique, merci infiniment !

Aux secrétaires, qui ont distribué les questionnaires, un grand merci !



## SERMENT

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	20
ETAT DES LIEUX.....	21
1. DEMOGRAPHIE GENERALE ET MEDICALE.....	21
1.1. En France.....	21
1.1.1. Démographie féminine.....	21
1.1.2. Démographie médicale.....	25
1.2. En Lorraine.....	25
1.3. Dans les Vosges.....	28
1.3.1. La population.....	28
1.3.2. La médecine générale.....	30
1.3.3. La gynécologie obstétrique et médicale.....	31
1.4. La situation médicale locale du Thillot.....	34
2. LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE.....	36
2.1. Formation.....	36
2.2. Compétences en gynécologie médicale.....	39
3. LA PLACE DES SAGES-FEMMES LIBERALES.....	43
4. LE SUIVI GYNECOLOGIQUE HORS PATHOLOGIE.....	46
4.1. La contraception.....	46
4.1.1. Généralités.....	46
4.1.2. Méthodes hormonales : œstro-progestatifs.....	48
4.1.2.1. Les différentes méthodes.....	48
4.1.2.2. Efficacité et contre-indications.....	49
4.1.2.3. La polémique de 2012.....	50
4.1.3. Méthodes hormonales : progestatifs seuls.....	53
4.1.3.1. Les différentes méthodes.....	53
4.1.3.2. Cas particulier des macroprogestatifs.....	55
4.1.3.3. Efficacité et contre-indications.....	56
4.1.4. Méthodes barrière.....	57
4.1.5. Méthodes naturelles.....	58
4.1.6. Le DIU au cuivre.....	59
4.1.7. La contraception d'urgence.....	60
4.1.8. La stérilisation à visée contraceptive.....	61
4.3. La grossesse.....	62
4.3.1. Une compétence du médecin généraliste.....	62
4.3.2. En pratique peu de suivis.....	63
4.4. La ménopause.....	64
5. DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES CANCERS FEMININS.....	68
5.1. Généralités.....	68

5.2. Le cancer de l’ovaire.....	68
5.2.1. Epidémiologie et généralités.....	68
5.2.2. Diagnostic.....	69
5.2.3. Classification FIGO.....	71
5.2.4. Traitement et prise en charge globale.....	72
5.3. Le cancer du sein.....	73
5.3.1. Epidémiologie.....	73
5.3.2. Facteurs de risque et protecteurs.....	74
5.3.3. Prévention.....	75
5.3.3.1. Le dépistage organisé.....	75
5.3.3.2. Le dépistage individuel.....	76
5.3.3.3. La chirurgie préventive.....	77
5.3.4. Diagnostic.....	77
5.3.5. Classification et traitement.....	78
5.3.6. Suivi et prise en charge globale.....	81
5.4. Le cancer du col de l’utérus.....	82
5.4.1. Epidémiologie.....	82
5.4.2. Infection à HPV.....	82
5.4.3. Dépistage.....	83
5.4.4. Lésions précancéreuses.....	84
5.4.5. Cancer invasif.....	85
5.4.6. Traitement et prise en charge globale.....	85
5.4.7. Suivi.....	86
5.4.8. Vaccination.....	86
5.5. Le cancer de l’endomètre.....	87
5.5.1. Epidémiologie.....	87
5.5.2. Diagnostic.....	87
5.5.3. Classification et modalités thérapeutiques.....	87
5.5.4. Surveillance et mesures associées.....	89
6. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	91
6.1. Epidémiologie.....	91
6.2. Les infections à gonocoque et Chlamydia trachomatis.....	91
6.3. L’infection à herpès virus.....	92
6.4. La syphilis.....	92
6.5. L’infection à trichomonas vaginalis.....	93
6.6. L’infection par le VIH.....	93
6.7. Les hépatites B et C.....	95
6.8. La prévention en médecine générale.....	96
7. L’ENDOMETRIOSE.....	98
7.1. Définition et histoire naturelle.....	98
7.2. Diagnostic.....	98
7.3. Traitements.....	101
7.3.1. Traitements hormonaux.....	101
7.3.2. Traitement chirurgical et fertilité.....	101
7.3.3. Traitement antalgique.....	102
7.3.4. Traitements non médicamenteux.....	102

<b>PROTOCOLE DE L'ETUDE</b> .....	104
1. INTERETS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	104
2. MATERIEL ET METHODES.....	104
2.1. Mise en place des consultations spécialisées en gynécologie..	104
2.3. Elaboration du questionnaire.....	105
2.4. Lieu de l'étude.....	105
2.5. Population et distribution du questionnaire.....	105
2.6. Analyse statistique.....	106
<b>ANALYSE STATISTIQUE DU SECOND QUESTIONNAIRE</b> .....	107
1. RESULTATS.....	107
1.1. Age.....	107
1.2. Profession.....	108
1.3. Suivi régulier.....	110
1.4. Choix du praticien.....	111
1.5. Sexe du praticien.....	112
1.6. Circonstances de début du suivi.....	113
1.7. Sentiment d'utilité du suivi.....	114
1.8. Frottis à jour.....	115
1.9. Examen des seins à jour.....	117
1.10. Mammographie à jour.....	119
1.11. Qualités recherchées.....	121
1.12. Qualités du praticien actuel.....	123
1.13. Satisfaction.....	124
1.14. Propositions d'amélioration.....	125
2. DISCUSSION.....	127
2.1. Age.....	127
2.2. Profession.....	128
2.3. Suivi régulier.....	131
2.4. Choix du praticien.....	133
2.5. Sexe du praticien.....	134
2.6. Circonstance de début du suivi.....	135
2.7. Sentiment d'utilité du suivi.....	135
2.8. Frottis à jour.....	136
2.9. Examen des seins à jour.....	138
2.10. Mammographie à jour.....	139
2.11. Qualités recherchées.....	140
2.12. Différences entre les qualités recherchées et actuelles.....	143
2.13. Satisfaction.....	146
2.14. Commentaires libres.....	146

<b>ENTRETIEN AVEC LE DOCTEUR VIALTEL HUIT ANS APRES LE DEBUT DES CONSULTATIONS SPECIALISEES EN GYNECOLOGIE.....</b>	<b>149</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>151</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>152</b>
<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>173</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>176</b>

## INTRODUCTION

L'importance du rôle médical du médecin généraliste est souvent méconnue voire sous-estimée de la population générale. Le généraliste n'est pas un médecin par défaut.

Il constitue le premier contact du malade avec le système de soins et pratique une médecine globale, c'est-à-dire médicale, psychologique et sociale. Il a une approche centrée sur la personne, orientée sur l'individu, sa famille, sa communauté et son environnement.

Il a une responsabilité de continuité de soins dans le temps en fonction des besoins de ses patients et a un rôle décisionnel dans leur prise en charge médicale. La relation médecin-malade établie dans le temps est unique et permet de pratiquer des soins de qualité.

Le médecin traitant n'est plus limité à seulement guérir ses patients. Il s'occupe bien évidemment des pathologies aiguës et chroniques, mais a aussi une grande part d'activité de prévention. Dans le cadre des soins primaires, il intervient au stade précoce du développement des maladies nécessitant une prise en charge rapide. Plus en amont, il s'occupe de la prévention primaire en pratiquant l'éducation à la santé. Ce rôle a une place importante dans l'activité du médecin traitant, qui se satisfait encore plus d'avoir empêché l'apparition d'une maladie chez son patient plutôt que de la guérir.

Le médecin généraliste est autonome et polyvalent. C'est de là qu'il tire toute sa vertu.

Son rôle de prévention est primordial en terme de santé publique. Les objectifs sont nombreux et son implication est la clé pour les atteindre.

La mise en place d'une consultation spécifique en gynécologie à la maison médicale du Thillot permet d'exploiter une partie de la polyvalence du médecin généraliste, tout en favorisant l'accès des patientes à une consultation gynécologique et en participant aux objectifs de santé publique en terme de dépistage.

L'un des objectifs de l'étude est de savoir si le suivi gynécologique des femmes en est amélioré.

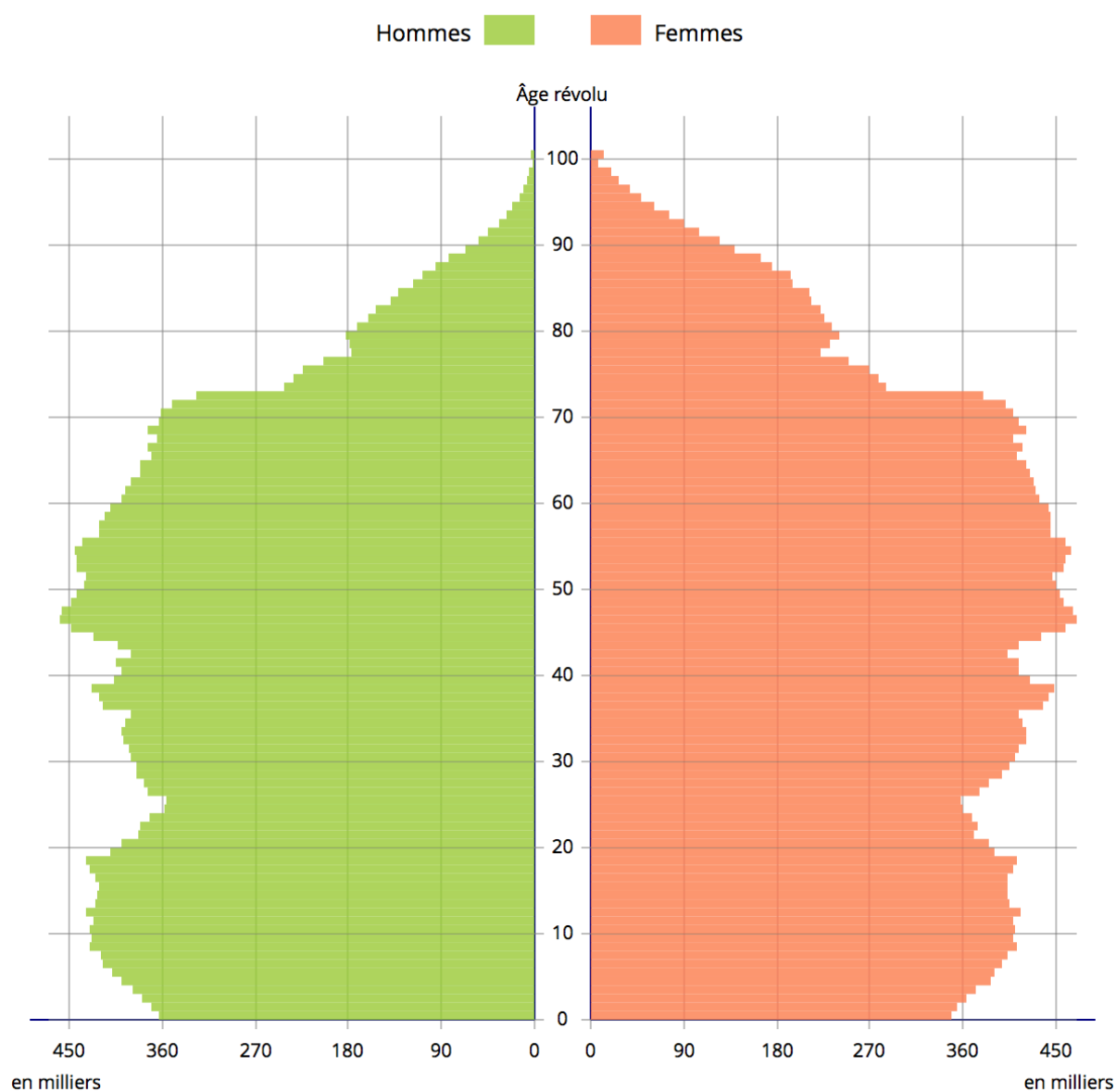
# ETAT DES LIEUX

## 1. DEMOGRAPHIE GENERALE ET MEDICALE

### 1.1. En France

#### 1.1.1. Démographie féminine

Au 1<sup>er</sup> janvier 2019, l'INSEE estime le nombre d'habitants en France à 66 992 699, avec une proportion de 51,64% de femmes. (1)

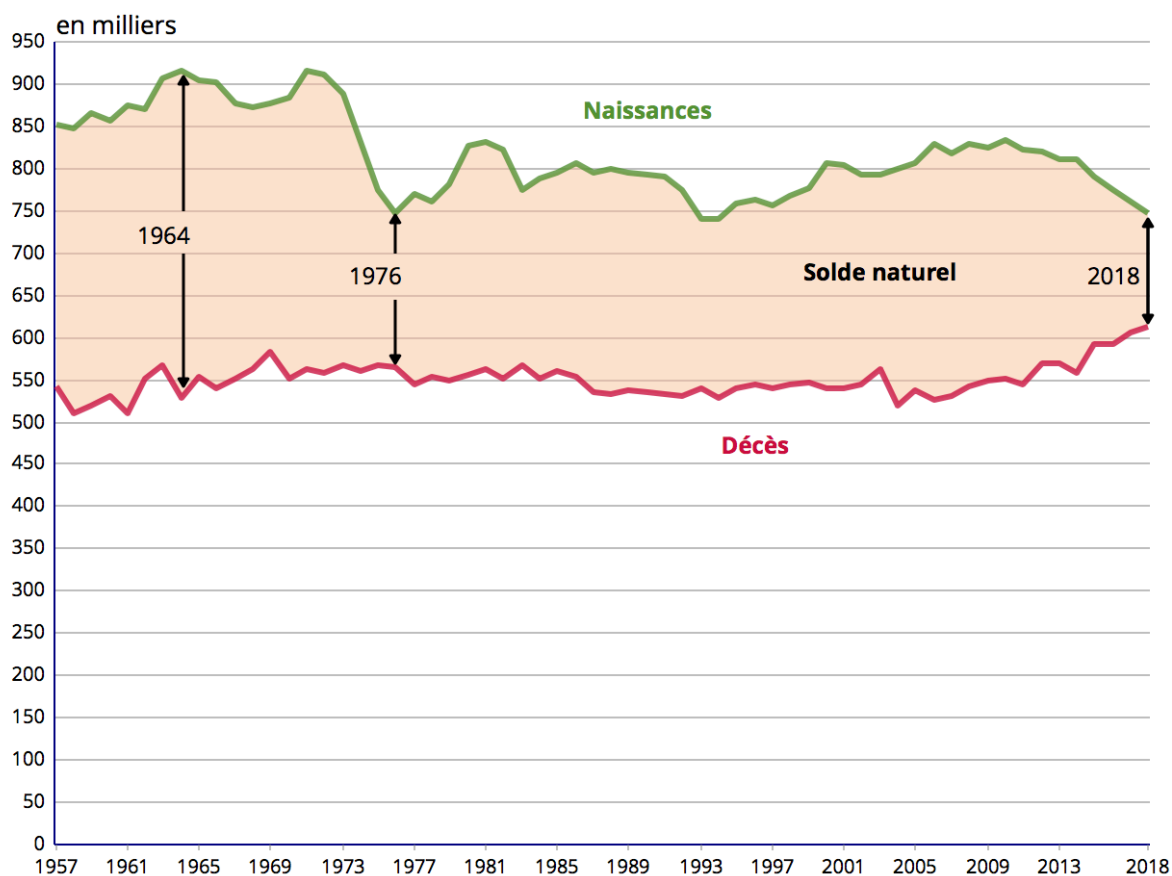


*Pyramide des âges au 1<sup>er</sup> janvier 2019 en France y compris Mayotte.  
Source : INSEE, estimation de population. (2)*

Parmi ces femmes, 22,6% ont moins de 20 ans, 55,1% ont entre 20 et 64 ans, et 22,3% ont 65 ans ou plus. (3)

L'espérance de vie à la naissance en 2018 pour les femmes est de 85,3 ans, ce qui fait de la France l'un des pays européens où les femmes vivent le plus longtemps.

Depuis 4 ans, on note une baisse de la fécondité avec, en 2018, 758 000 naissances, soit 12 000 de moins qu'en 2017. (3)



Evolution du nombre de naissances, de décès et du solde naturel depuis 1957 en France hors Mayotte.

Source : INSEE, statistiques de l'état civil. (4)



Depuis 1998, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus augmente fortement. (4)

<i>en %</i>				
	Moins de 20 ans	de 20 à 64 ans	65 ans ou plus	75 ans ou plus
1998	26,0	58,5	15,5	6,8
2008	24,9	58,7	16,4	8,5
2013	24,5	57,9	17,6	9,0
2014 hors Mayotte	24,5	57,5	18,0	9,1
2014 y c. Mayotte	24,6	57,4	18,0	9,1
2015	24,6	57,0	18,4	9,1
2016	24,6	56,6	18,9	9,2
2017 (p)	24,4	56,3	19,3	9,1
2018 (p)	24,3	56,0	19,7	9,2
2019 (p)	24,1	55,9	20,0	9,3

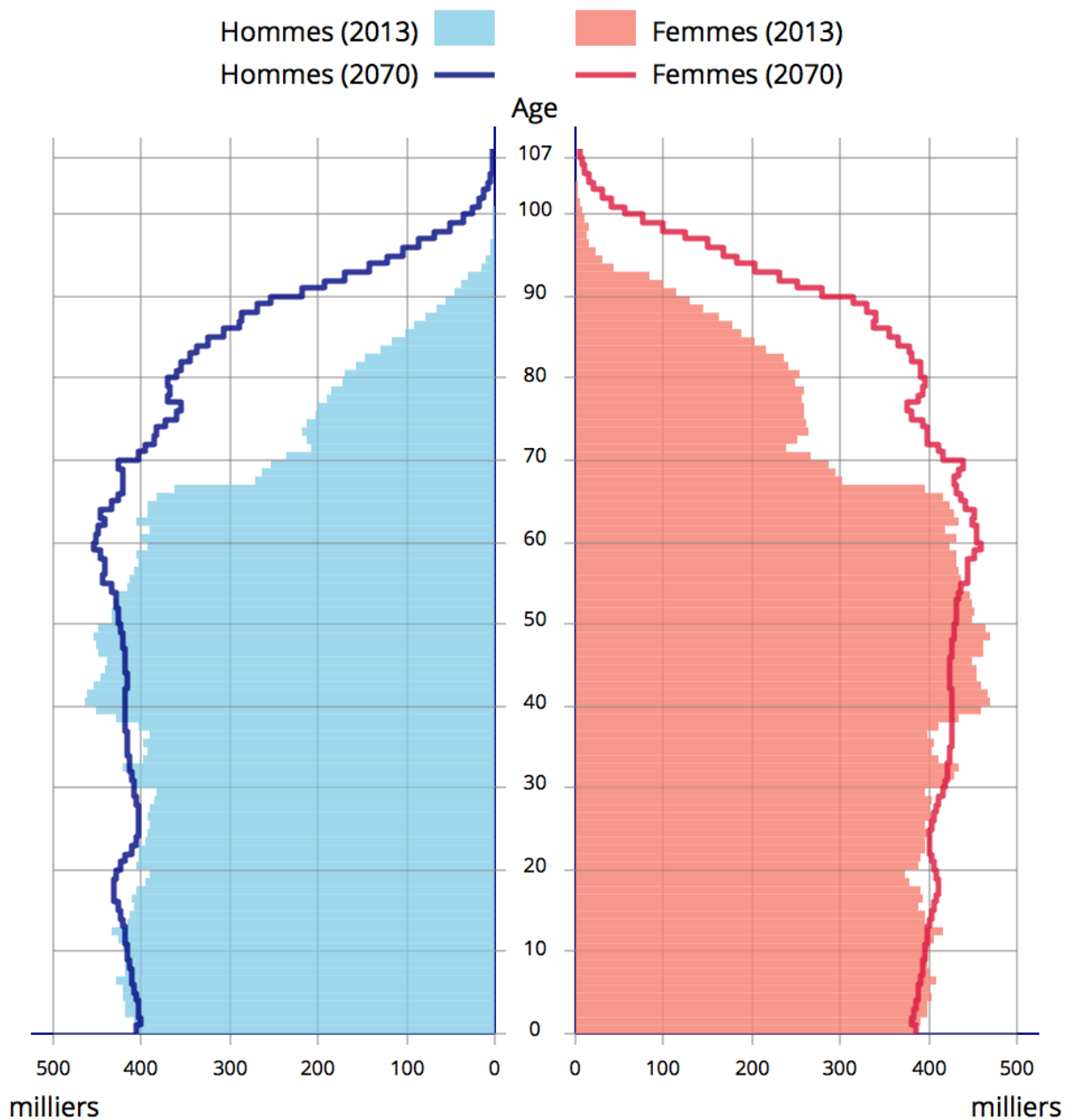
(p) résultats provisoires à la fin 2018.

*Part de la population par groupe d'âges hors Mayotte jusqu'en 2014, et y compris Mayotte à partir de 2014.*

*Source : INSEE, estimations de population. (4)*

On estime qu'en 2070, il y aura deux fois plus de personnes âgées de 75 ans ou plus, ce qui s'accompagnera probablement pour les femmes d'une augmentation des pathologies onco-gynécologiques. (5)

### Pyramide des âges en 2013 et 2070



*Pyramide des âges en 2013 et 2070 en France.  
Source : INSEE, projections de population 2013-2070. (5)*

### 1.1.2. Démographie médicale

En France, au 1<sup>er</sup> janvier 2018, il y a 296 755 médecins inscrits à l'Ordre des médecins, ce qui correspond à 5 781 de plus qu'en 2017. Parmi eux, 198 081 soit 67% sont en activité régulière, les autres étant retraités avec ou sans activité, ou en activité intermittente. L'âge moyen des médecins en activité est de 51 ans, avec 24% de médecins âgés de plus de 60 ans. (6)

La densité moyenne nationale est de 270 médecins pour 100 000 habitants. Depuis 2010, on note une baisse de 7% des médecins généralistes sur le territoire. (6)

En ce qui concerne les gynécologues obstétriciens, on compte 5 030 gynécologues obstétriciens inscrits à l'Ordre et en activité en France en 2018. D'ici 2030, on estime que cet effectif diminuera de 16%. (6)

En ce qui concerne les gynécologues médicaux, il y a une grande diminution des effectifs sur le territoire depuis une dizaine d'années, ainsi qu'une importante inégalité démographique. En effet, en 2017, il y a 1 136 gynécologues médicaux inscrits à l'Ordre en France, ce qui correspond à une baisse de plus de 41% des effectifs depuis 2007.

Le nombre de praticiens est très variable selon les régions et le milieu de vie. Parmi eux, 80% exercent en zone urbaine et certains départements n'en comptent qu'un seul, comme par exemple le Lot, la Creuse ou l'Ardèche. En revanche, il y a 134 praticiens dans la ville de Paris, ce qui correspond à une densité de gynécologues médicaux 6 fois supérieure à celle des Vosges. (6)

La baisse actuelle des effectifs des gynécologues médicaux peut être expliquée par le fait que cette filière a été fermée de 1987 à 2003. (7)

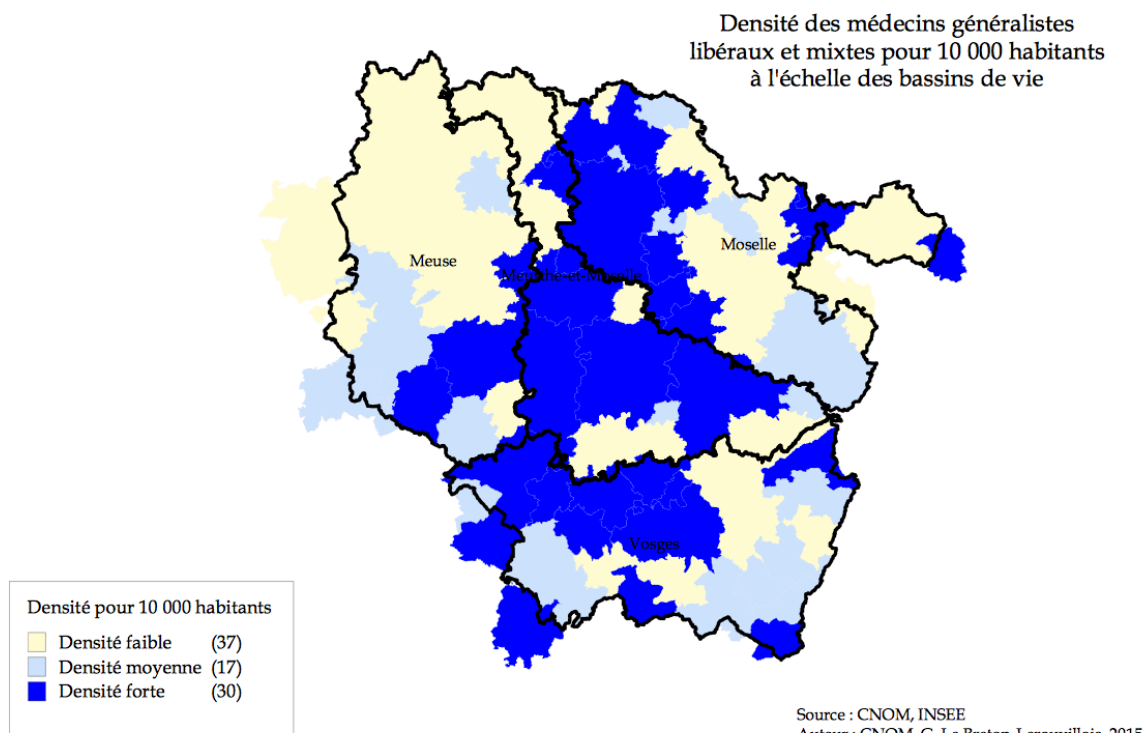
### 1.2. En Lorraine

Selon l'Ordre des Médecins, en 2015, il y a une densité moyenne de 271 médecins pour 100 000 habitants en Lorraine. Dans les Vosges, elle est plus faible. En effet, dans ce département, on compte une densité de 226,9 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants. (8)

Entre 2014 et 2018, on constate qu'à l'issue des ECN, à Nancy, il y a 2 postes d'internes en gynécologie médicale par an. En gynécologie obstétrique, il y a entre 8 et 9 postes par an. Et en médecine générale, il y a entre 130 et 160 postes par an. (8)

En ce qui concerne les médecins généralistes, il y a une baisse des effectifs des praticiens de 10,6% entre 2007 et 2015. (8)

En Lorraine, en 2015, 44% des bassins de vie sont caractérisés par une densité faible de médecins généralistes. (8)



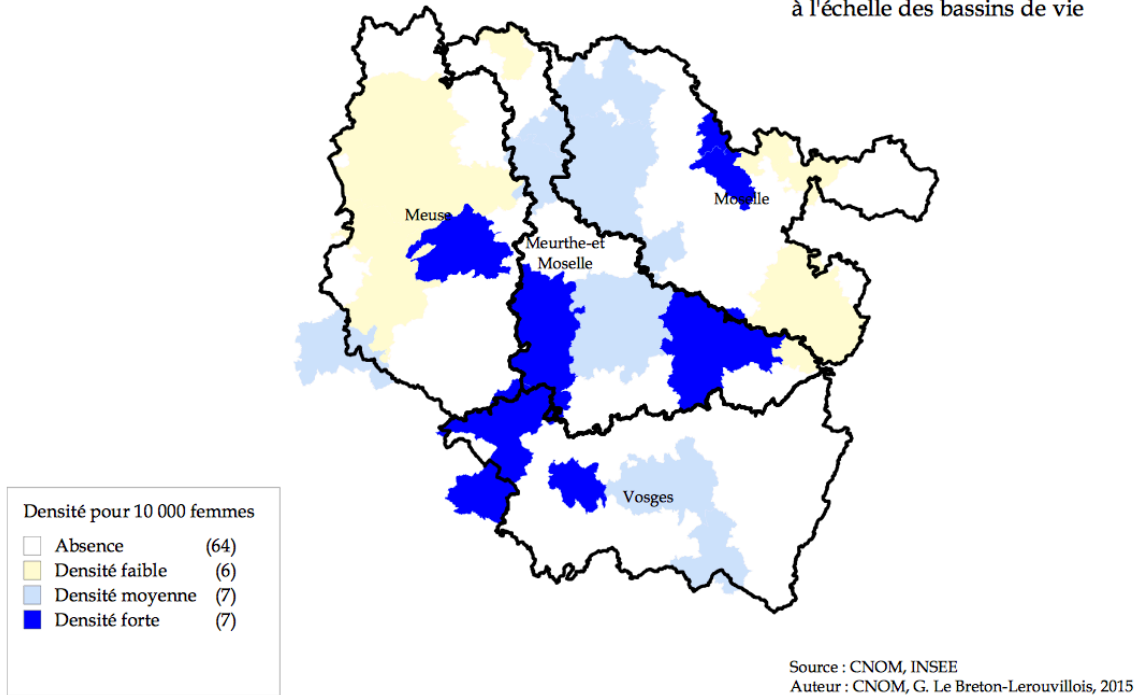
*Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10.000 habitants à l'échelle des bassins de vie en 2015.*

*Source : Conseil National de l'Ordre des médecins, la démographie médicale en région Lorraine. (8)*

En ce qui concerne la gynécologie médicale et obstétrique en Lorraine, on constate une baisse de 25,2% des effectifs entre 2008 et 2015. Une nouvelle baisse de 19,3% est également projetée de 2015 à 2020. Agés en moyenne de 60 ans, 73% des gynécologues sont des femmes.

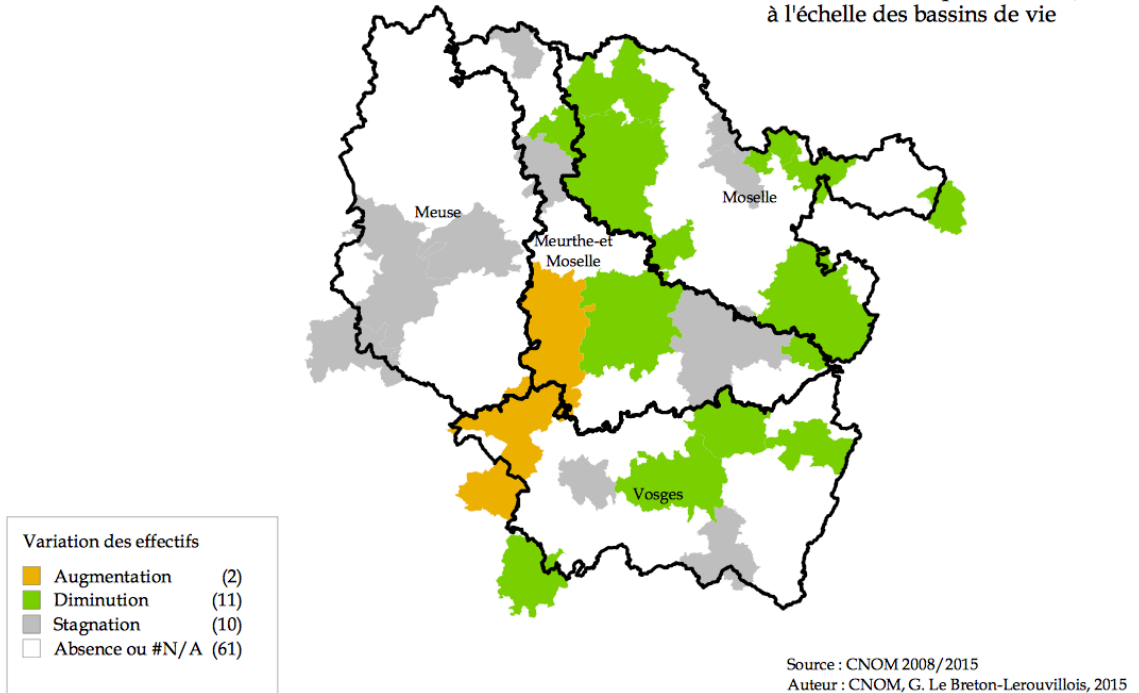
Comparativement à la densité des médecins généralistes, il y a beaucoup moins de bassins de vie en Lorraine comportant une densité moyenne ou forte de gynécologues. Il y a d'ailleurs 64 bassins de vie où il n'y en a aucun.

Densité des gynécologues médicaux  
à l'échelle des bassins de vie



Densité des gynécologues médicaux et obstétriques à l'échelle des bassins de vie en Lorraine en 2015.  
Source : Conseil National de l'Ordre des médecins, la démographie médicale en région Lorraine. (8)

Variation des effectifs des gynécologues  
libéraux et mixtes sur la période 2008/2015  
à l'échelle des bassins de vie



Variation des effectifs des gynécologues médicaux et obstétriques entre 2008 et 2015  
à l'échelle des bassins de vie.  
Source : Conseil National de l'Ordre des médecins, la démographie médicale en région Lorraine. (8)

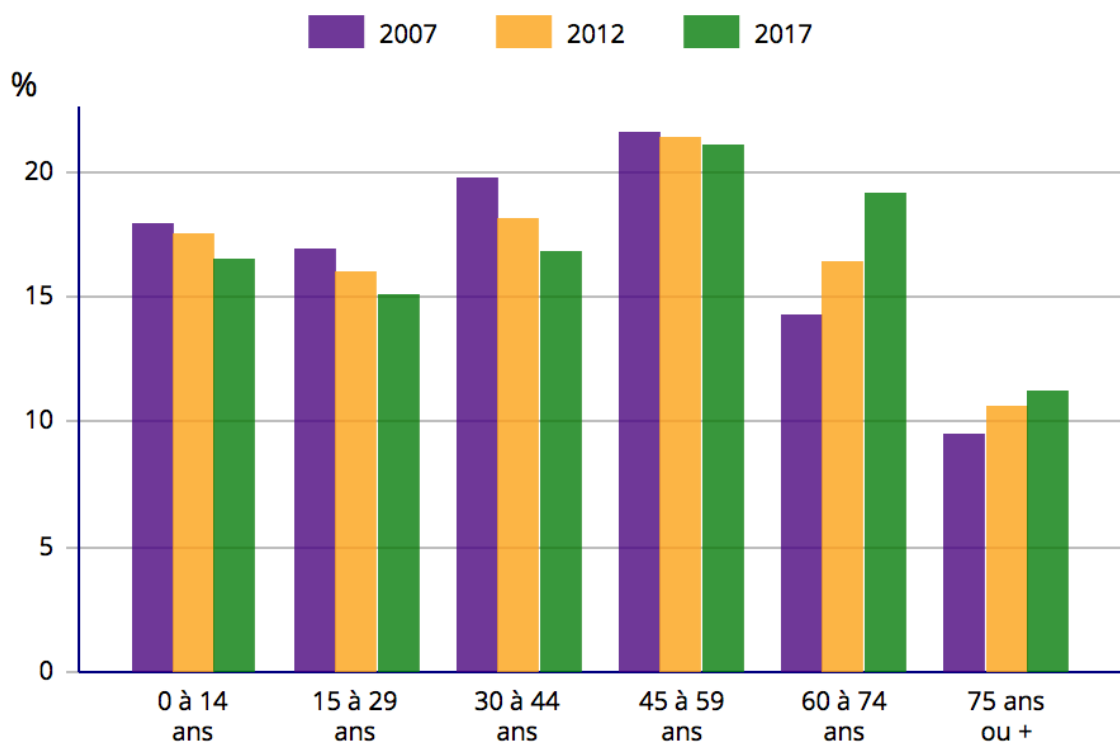
## 1.3. Dans les Vosges

### 1.3.1. La population

Selon l'INSEE, la population dans les Vosges en 2016 s'élève à 369 641 habitants. En 2011, on comptait 378 830 habitants, et 379 975 en 2006. Cette diminution de population se caractérise donc par une baisse annuelle moyenne de 0,1% entre 2006 et 2011 et de 0,5% entre 2011 et 2016. (9)

Parallèlement, on note une augmentation de la proportion des personnes âgées de 60 à 74 ans, ainsi que des personnes âgées de 75 ans et plus entre 2007 et 2017. (10)

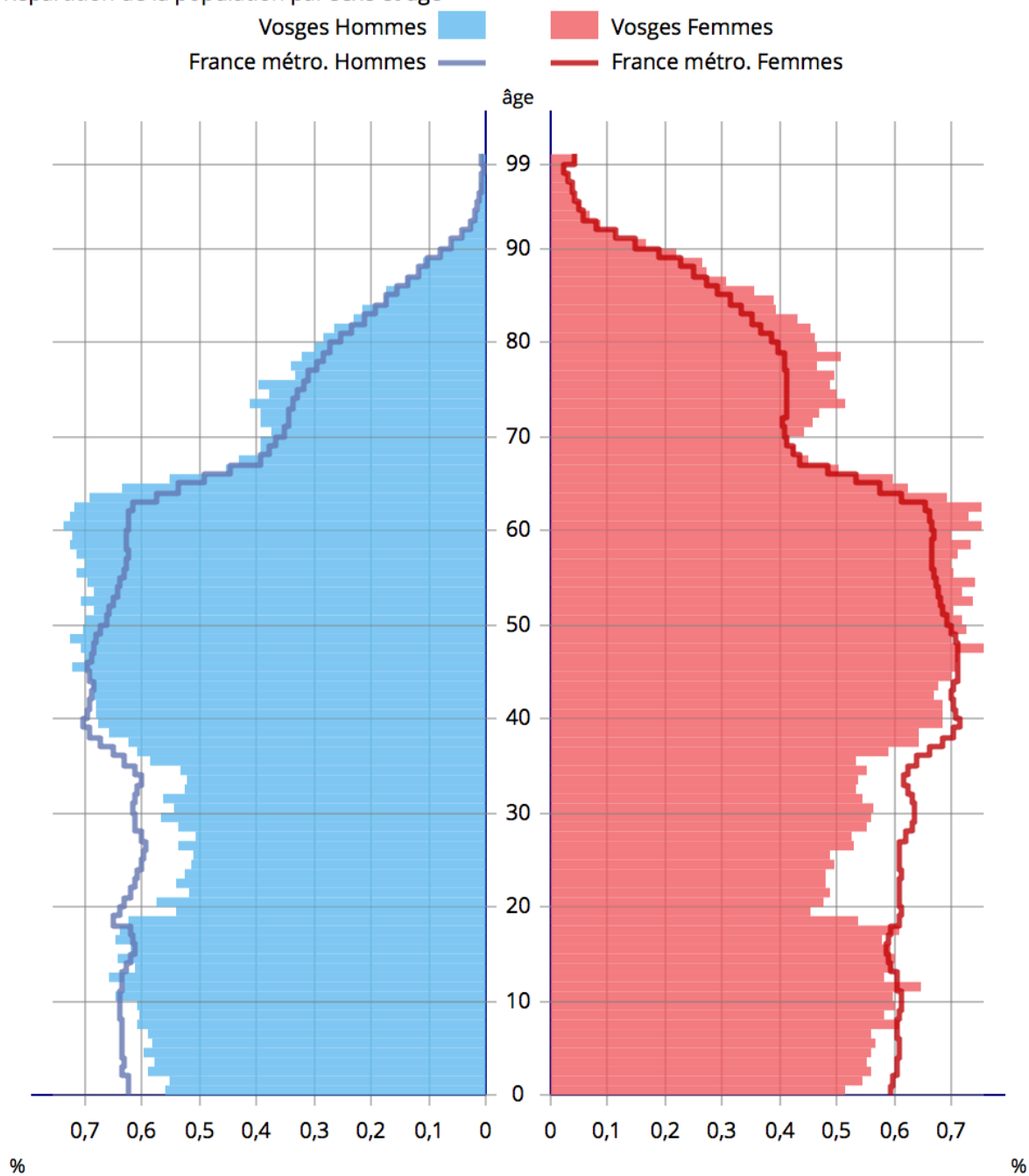
#### POP G2 - Population par grandes tranches d'âges



*Population par grandes tranches d'âges en 2007, 2012 et 2017, Département des Vosges.  
Source : INSEE, Population par grandes tranches d'âge, géographie du 01/01/2020. (10)*

Ce vieillissement de la population est plus marqué dans les Vosges que dans la population générale française.

### Répartition de la population par sexe et âge



*Pyramide des âges dans les Vosges en 2011.  
Source : INSEE, recensement de la population en 2011. (11)*

### 1.3.2. La médecine générale

En 2016, on compte une densité de médecins généralistes de 139,4 pour 100 000 habitants dans les Vosges contre une moyenne de 144,9 en France métropolitaine. Cette densité médicale départementale a cependant augmenté de 0,6% depuis 2012.

Le mode d'exercice des médecins généralistes est majoritairement libéral avec 58,3% d'entre eux effectuant un exercice libéral exclusif et 7,3% effectuant un exercice mixte. (12)

EFFECTIFS 2016 PAR MODE D'EXERCICE							
	Libéraux		Salariés		Mixtes		Total
Ardennes	227	63,9%	107	30,1%	21	5,9%	<b>355</b>
Aube	200	53,5%	131	35,0%	43	11,5%	<b>374</b>
Marne	479	57,6%	283	34,1%	69	8,3%	<b>831</b>
Haute-Marne	122	47,3%	92	35,7%	44	17,1%	<b>258</b>
Meurthe-et-Moselle	649	54,0%	427	35,6%	125	10,4%	<b>1201</b>
Meuse	128	48,5%	100	37,9%	36	13,6%	<b>264</b>
Moselle	792	59,7%	427	32,2%	107	8,1%	<b>1326</b>
Bas-Rhin	1110	64,1%	507	29,3%	116	6,7%	<b>1733</b>
Haut-Rhin	618	61,2%	332	32,9%	59	5,8%	<b>1009</b>
Vosges	305	58,3%	180	34,4%	38	7,3%	<b>523</b>

*Mode d'exercice des médecins généralistes du Grand Est en 2016.  
Source : RPPS au 01.01.2016 – Exploitation ARS Grand Est,  
à partir de l'application « Portrait de territoire » (12)*



L'âge moyen des médecins généralistes dans les Vosges est de 51,2 ans en 2016 contre 52,1 ans en France métropolitaine. On compte 42% de médecins généralistes de plus de 55 ans et 22% de plus de 60 ans, ce qui reste légèrement plus bas que la moyenne nationale. Enfin, le taux de féminisation est de 41%. Celui-ci est légèrement plus bas que la moyenne nationale qui s'élève à 44%. (12)

	Age moyen	Effectif + 55 ans	Effectif + 60 ans	Taux de féminisation
Ardennes	52,8	49%	23%	33%
Aube	53,2	49%	28%	37%
Marne	50,4	38%	20%	43%
Haute-Marne	54,1	50%	31%	35%
Meurthe-et-Moselle	51,1	40%	19%	43%
Meuse	52,7	47%	30%	33%
Moselle	52,7	46%	25%	36%
Bas-Rhin	51,6	43%	22%	40%
Haut-Rhin	52,3	45%	22%	44%
Vosges	51,2	42%	22%	41%
<b>Grand Est</b>	<b>51,9</b>	<b>44%</b>	<b>23%</b>	<b>40%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>52,1</b>	<b>44%</b>	<b>25%</b>	<b>44%</b>

*Age, vieillissement et taux de féminisation des médecins généralistes du grand Est en 2016.*

*Source : RPPS au 01.01.2016 - Exploitation ARS Grand Est, à partir de l'application « Portrait de territoire » (12)*

### 1.3.3. La gynécologie obstétrique et médicale

Entre 2012 et 2016, contrairement à la région Grand Est et à la moyenne en France métropolitaine, il n'y a pas eu d'augmentation du nombre de gynécologues obstétriciens dans les Vosges.

On note en plus une baisse de 35,3% des gynécologues médicaux à cette période pour le département. (12)

Gynécologie obstétrique				Gynécologie médicale			
	2012	2016	% évolution		2012	2016	% évolution
Ardennes	11	13	<b>18,2%</b>	Ardennes	9	8	<b>-11,1%</b>
Aube	16	16	<b>0%</b>	Aube	13	14	<b>7,7%</b>
Marne	41	51	<b>24,4%</b>	Marne	12	12	<b>0%</b>
Haute-Marne	11	12	<b>9,1%</b>	Haute-Marne	10	6	<b>-40,0%</b>
Meurthe-et-M.	53	58	<b>9,4%</b>	Meurthe-et-M.	54	49	<b>-9,3%</b>
Meuse	9	10	<b>11,1%</b>	Meuse	6	6	<b>0%</b>
Moselle	56	55	<b>-1,8%</b>	Moselle	48	41	<b>-14,6%</b>
Bas-Rhin	125	127	<b>1,6%</b>	Bas-Rhin	32	35	<b>9,4%</b>
Haut-Rhin	66	70	<b>6,1%</b>	Haut-Rhin	14	14	<b>0%</b>
Vosges	24	24	<b>0%</b>	Vosges	17	11	<b>-35,3%</b>

*Evolution du nombre de gynécologues obstétriques et médicaux entre 2012 et 2016 dans la région Grand Est.*

*Source : RPPS - nombre de praticiens ayant une activité dans le département (un praticien qui exerce dans deux départements différents est comptabilisé dans chaque département). (12)*

La densité des gynécologues obstétriciens dans les Vosges en 2016 est de 31,8 praticiens pour 100 000 femmes. Ce chiffre est inférieur à la densité moyenne du Grand Est qui est de 34,3 mais légèrement supérieur à la moyenne en France métropolitaine qui se situe à 30,8. (12)

La densité des gynécologues médicaux dans les Vosges est de 6,8 pour 100 000 femmes. Ce chiffre est nettement inférieur à celui du Grand Est qui est de 8 et à celui de la France métropolitaine qui est de 11. (12)

La répartition des différents modes d'exercice des gynécologues obstétriciens entre l'exercice libéral, salarié et mixte est relativement égale dans les Vosges, alors qu'on observe une plus forte proportion de praticiens salariés en France métropolitaine. (12)

Parmi les 11 gynécologues médicaux dans les Vosges, un seul est salarié exclusif. Les 10 autres se répartissent de manière équivalente entre l'activité libérale exclusive et l'activité mixte. (12)

L'âge moyen des gynécologues obstétricaux est de 53,1 ans dans les Vosges, avec notamment 38% des praticiens âgés de plus de 60 ans. En France métropolitaine, la moyenne d'âge des gynécologues obstétriciens est de 47,4 ans, et seulement 15% des praticiens sont âgés de plus de 60 ans. Le taux de féminisation dans les Vosges est bas par rapport à la moyenne nationale, respectivement 29% contre 48%. (12)

	Gynécologie obstétrique			Taux de féminisation
	Age moyen	Effectif + 55 ans	Effectif + 60 ans	
Ardennes	50,8	38%	8%	46%
Aube	47,4	25%	13%	25%
Marne	45,5	25%	6%	65%
Haute-Marne	56	50%	50%	28%
Meurthe-et-M.	47	36%	17%	70%
Meuse	48	40%	10%	28%
Moselle	51,3	49%	18%	71%
Bas-Rhin	50,4	42%	21%	29%
Haut-Rhin	51,9	46%	21%	71%
Vosges	53,1	42%	38%	29%
<b>Grand Est</b>	<b>49,9</b>	<b>41%</b>	<b>20%</b>	<b>42%</b>
<b>France métropo.</b>	<b>47,4</b>	<b>28%</b>	<b>15%</b>	<b>48%</b>

Age, vieillissement et taux de féminisation des gynécologues obstétriciens en France métropolitaine et dans la région Grand Est en 2016.

Source : RPPS au 01.01.2016 - Exploitation ARS Grand Est, à partir de l'application « Portrait de territoire » (12)

On observe la même tendance en gynécologie médicale. En effet, l'âge moyen des gynécologues médicaux Vosgiens est de 59,7 ans, avec un taux de 64% de plus de 60 ans, contre 53% en moyenne France métropolitaine. Le taux de féminisation est de seulement 42% pour une moyenne nationale à 56%.

	Gynécologie médicale			Taux de féminisation
	Age moyen	Effectif + 55 ans	Effectif + 60 ans	
Ardennes	60,8	75%	63%	50%
Aube	60,1	79%	57%	57%
Marne	57,4	83%	67%	47%
Haute-Marne	61	100%	50%	100%
Meurthe-et-M.	62,3	94%	45%	32%
Meuse	61,7	100%	83%	76%
Moselle	58	95%	44%	30%
Bas-Rhin	59,3	89%	29%	72%
Haut-Rhin	60,9	93%	29%	100%
Vosges	59,7	91%	64%	42%
<b>Grand Est</b>	<b>59,7</b>	<b>92%</b>	<b>46%</b>	<b>68%</b>
<b>France métropo.</b>	<b>60,3</b>	<b>91%</b>	<b>53%</b>	<b>56%</b>

Age, vieillissement et taux de féminisation des gynécologues médicaux en France métropolitaine et dans la région du Grand Est en 2016.

Source : RPPS au 01.01.2016 - Exploitation ARS Grand Est, à partir de l'application « Portrait de territoire » (12)

Il y a donc un vieillissement des gynécologues obstétriciens et médicaux plus important dans le département des Vosges par rapport à la moyenne nationale. C'était déjà le cas en 2012 lors de la distribution du premier questionnaire par le Docteur Mélanie BERNHARD. (13)

De plus, depuis la première étude, la densité de gynécologues dans les Vosges est devenue inférieure à la moyenne nationale. L'offre de soins dans cette spécialité tend donc à la fragilité dans ce département.

#### 1.4. La situation médicale locale du Thillot

Le Thillot est une commune de moyenne montagne située dans le sud du département des Vosges. (14)

Elle compte 3 454 habitants en 2016, avec une densité de 228,1 habitants par km<sup>2</sup>. Cette population tend à diminuer avec une baisse du taux annuel moyen de 0,9% entre 2011 et 2016. (15)

La commune du Thillot fait partie de la communauté de communes des ballons des Hautes Vosges regroupant également : Bussang, Ferdrupt, Fresse-sur-Moselle, Le Ménil, Ramonchamp, Rupt-sur-Moselle et Saint-Maurice-sur-Moselle. En 2014, on y compte 15 429 habitants.

La densité médicale en médecine générale de cette communauté de communes en 2016 est de 6,9 praticiens pour 10.000 habitants. Celle-ci a nettement baissé car elle était de 9,1 en 2010. (13)(16)

Sur le plan gynécologique, 2 maternités se trouvent à proximité :

- La maternité du CH de Remiremont, qui est classée niveau 2A. Elle dispose donc d'une unité d'obstétrique et de néonatalogie. Elle se situe à 24 kilomètres du Thillot, soit 24 minutes en voiture. Celle-ci possède également une maison de naissance.
- La maternité du CH d'Epinal, qui est classée niveau 2B. Elle dispose donc de lits de soins intensifs en néonatalogie en plus. Elle se situe à 52 kilomètres du Thillot, soit 41 minutes en voiture. (17)

Il existe aussi un centre périnatal de proximité au centre Hospitalier de Gerardmer. Il s'agit d'une structure qui assure des consultations pré et post-natales ainsi que des cours de préparation à la naissance et des consultations de prévention.

Ce CPP se situe à 30 kilomètres du Thillot, soit 36 minutes en voiture.

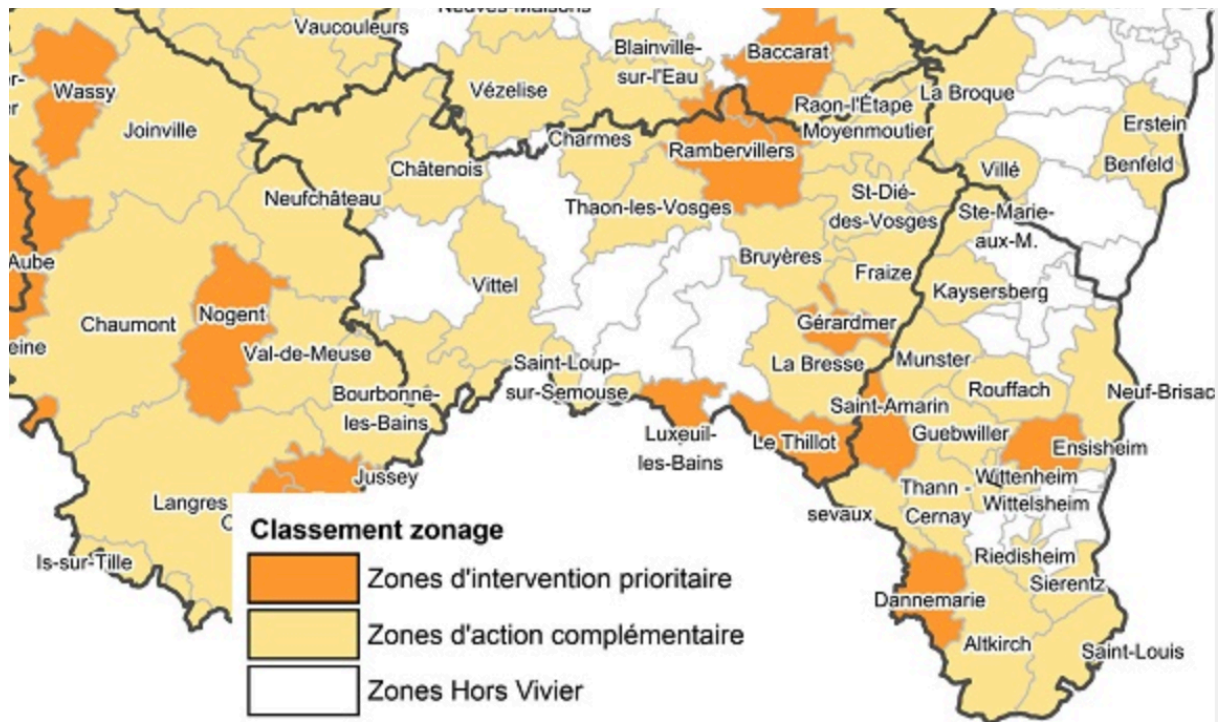
En matière de structure hospitalière à proximité du Thillot, on en dénombre deux :

- Le Centre Hospitalier de Remiremont déjà cité, qui comprend des services de médecine polyvalente, de médecine à orientation pneumologique, de médecine à orientation cardiologique, de médecine à orientation diabétologique, de gériatrie, de soins de suite et de réadaptation, de chirurgie viscérale et orthopédique, d'ORL, de pédiatrie et néonatalogie, de gynécologie obstétrique, d'urgences, de radiologie, ainsi que d'un service d'endoscopie et d'hospitalisation de jour et une unité de soins de longue durée.
- L'hôpital local du Thillot comprenant un service de SSR.

En juin 2018, La communauté de communes des ballons des Hautes Vosges a été classée par l'ARS Grand Est comme « zone d'intervention prioritaire ». Cette catégorie de zonage regroupe les territoires caractérisés par un faible niveau d'accessibilité aux soins (moins de 2,5 consultations par habitant et par an) et les territoires potentiellement fragiles (entre 2,5 et 4 consultations par habitant et par an). Ces zones d'intervention prioritaires concernent 8,7% de la population régionale, soit 483 000 habitants. (18)

Les deux autres catégories sont :

- « Les zones d'action complémentaires ». Celles-ci sont moins impactées par le manque de médecins, mais nécessitent tout de même une mobilisation de moyens pour éviter que la situation ne se détériore. Elles représentent 50,7% de la population régionale, soit 2 810 000 habitants.
- « Les zones hors viviers », caractérisées par une offre de soins considérée comme satisfaisante.



Carte de zonage médecins dans le département des Vosges par l'ARS.  
 Source : DGOS novembre 2017, ARS Grand Est février 2018 (18)

## 2. LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE

### 2.1. Formation

Le DES de Médecine générale voit le jour en 2004, suite au décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Il met alors fin au résidanat qui était ouvert à tous ceux qui se destinaient à la médecine générale, et à ceux qui échouaient au concours de l'internat.

La durée de ce DES est de 3 ans.

Ce même décret crée les Epreuves Classantes Nationales auxquelles tous les étudiants en médecine sont soumis pour accéder à l'internat. La médecine générale devient alors une spécialité médicale. (19)

Jusqu'en 2010, la maquette de formation pratique du DES de médecine générale est composée de 6 stages semestriels. Ils se décomposent en 4 stages hospitaliers, 1 stage ambulatoire auprès d'un médecin généraliste, et 1 stage appelé SASPAS en ambulatoire ou 1 stage professionnalisant réalisé en structure hospitalière avec l'accord du coordonnateur de médecine générale. (19)

Suite à l'arrêté du 10 août 2010, seuls 2 stages restent obligatoirement hospitaliers : les urgences et le stage de médecine adulte. (20)

En 2017, le troisième cycle des études médicales est réformé.

Les 3 ans d'internat de médecine générale se divisent alors en plusieurs phases évolutives. La première année correspond à « la phase socle » où les étudiants doivent réaliser 2 stages de 6 mois : un aux urgences et un chez un praticien de médecine générale en ambulatoire. La deuxième et la troisième année constituent « la phase d'approfondissement ». Les étudiants doivent réaliser 4 stages : un en médecine adulte polyvalente, un en pédiatrie (en ambulatoire ou en hospitalier), un en gynécologie (en ambulatoire ou en hospitalier) et un en SASPAS. Le stage au CHU n'est plus obligatoire.

Dorénavant, l'étudiant est obligé de passer 6 mois dans un service de gynécologie. Ce n'était pas le cas avant cette réforme car les étudiants choisissaient entre un stage en pédiatrie et un stage en gynécologie. (21)

Certains médecins généralistes ayant fini leur cursus n'étaient donc jamais passés dans un service de gynécologie lors de leur internat.

Cette réforme supprime également le mémoire que l'étudiant devait rédiger en plus de la thèse pour valider le DES. Elle supprime aussi les DESC qui sont remplacés par des FST et par la création de nouveaux DES, comme par exemple, le DES de médecine d'urgence.

Cependant, les DU et DIU sont toujours accessibles aux internes et médecins thésés de médecine générale.

A l'Université de Lorraine, il existe un DIU de gynécologie-obstétrique permettant aux médecins généralistes de compléter leur formation. Cet enseignement théorique et pratique a une durée d'un an et répond aux principaux objectifs prioritaires de santé publique tels que le dépistage des cancers, la contraception, la surveillance initiale des grossesses normales ou encore la prise en charge des symptômes et syndromes les plus fréquents et les plus courants dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique. (22)

Pour les médecins généralistes souhaitant aller plus loin et changer de spécialité, il existe un dispositif en France le permettant depuis la parution d'un décret le 19 mars 2004. Il s'agit de la qualification. (23)

Tous les médecins inscrits à l'Ordre des Médecins peuvent demander une qualification et ainsi changer de spécialité. Pour ce faire, ils doivent justifier d'une formation et d'une expérience leur assurant les mêmes compétences que celles requises pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées sollicité. L'obtention de cette qualification relève de la compétence de l'Ordre National des Médecins via des commissions nationales. L'investissement personnel doit être important étant donné qu'il est nécessaire de reprendre une formation complète et d'acquérir la pratique nécessaire dans tous les champs de cette nouvelle spécialité.

Il est possible de revenir à la spécialité initiale pour les médecins qui le souhaitent, à condition de prouver à nouveau leurs compétences et de justifier leur mise à jour dans cette première spécialité. (24)

En février 2010, soit 6 ans après la parution du décret, on dénombrait un total de 1235 médecins ayant changé de spécialité. (25)

Entre 2009 et 2014, 4011 avis ont été rendus avec 73% d'avis favorables en première instance et 38% en procédure d'appel. (25)

La qualification en gynécologie-obstétrique est très rare. En 2014, on estime que la proportion de gynécologues-obstétriciens ayant sollicité ce changement de spécialité correspond à 0,2% du nombre total des médecins exerçant cette spécialité. (26)

Au-delà de leur apprentissage initial au cours de leurs études, tous les médecins doivent continuer leur formation de manière continue pendant toute la durée de leur carrière.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, le DPC remplace la FMC et l'EPP.

Selon la loi de modernisation du système de santé du 8 juillet 2016, initiée par la loi HPST de 2009, relative à l'organisation du DPC des professions de santé, chaque professionnel de santé doit suivre un parcours de DPC sur 3 ans. (27)

Les médecins doivent justifier de 21h de formation par an et un document de traçabilité est établi, consultable par l'Ordre National des Médecins. Si ce dernier considère que les actions de DPC ne sont pas suffisantes, il peut décréter un risque d'insuffisance professionnelle.

Ces formations sont délivrées par environ 250 organismes appelés ODPC et sont indemnisées. (28)

L'objectif du DPC est d'évaluer et d'améliorer les pratiques professionnelles et la gestion des risques, de maintenir et d'actualiser les connaissances et les compétences des professionnelles de santé, et de prendre en compte les priorités de santé publique. (29)

Ainsi, les médecins généralistes peuvent approfondir et mettre à jour leurs connaissances et leur pratique en gynécologie tout au long de leur carrière. En effet, ces organismes proposent chaque année plusieurs formations dont le thème est la santé de la femme, et sont en rapport avec les objectifs actuels de santé publique. (30) (31)



## 2.2. Compétences en gynécologie médicale

La pratique gynécologique fait partie des compétences du médecin généraliste selon les objectifs généraux de formation décrits par le CNGE. « L'étudiant doit connaître la contraception et les problèmes médicaux liés à la procréation, à la grossesse et à la naissance. Il doit participer à la prise en charge de la grossesse et de ses complications. Il doit connaître les problèmes posés par les principales maladies génétiques et participer à l'information de la famille et du malade. L'étudiant doit connaître les principales pathologies de la femme. L'étudiant doit connaître les principaux aspects du développement prénatal et postnatal normal ainsi que certaines anomalies du développement de l'enfant. » (32)

Ainsi, en théorie, les futurs médecins généralistes sont préparés à la pratique gynécologique. Cependant, la réalité est plus contrastée.

Selon l'étude de l'ISNAR-IMG réalisée en 2007 avant la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle, recueillant l'opinion des internes de médecine générale sur leur formation pratique, 91% d'entre eux souhaitent une formation obligatoire à la fois en pédiatrie et en gynécologie, car ils se sentent insuffisamment formés dans ces spécialités. (19)

Les résultats de la thèse de M. JULES-CLEMENT soutenue en 2011 sur la formation gynécologique au cours du DES de médecine générale, montrent que seulement 49% des étudiants répondants déclarent avoir acquis au moins 4 des 5 compétences gynécologiques fondamentales durant leur 3 années de DES de médecine générale.

Ces 5 compétences sont définies par : la prescription d'une contraception, le dépistage des cancers gynécologiques incluant la réalisation de FCU et la prescription de mammographie dans le cadre du dépistage organisé, la prise en charge des urgences gynécologiques et en particulier des dysménorrhées et des douleurs pelviennes, le suivi de grossesse du premier et du deuxième trimestre ainsi que du post-partum, et la prise en charge de la ménopause. (33)

Une étude qualitative publiée en 2013, analysant les déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes, retrouve que la plupart des médecins généralistes se sentent investis dans le suivi gynécologique, notamment préventif. Leur activité en gynécologie est cependant variable selon leur genre, leur formation, leur intérêt et leur lieu d'exercice. Ils aspirent à une reconnaissance de leur activité dans ce domaine, afin que les patientes puissent se tourner plus facilement vers eux. (34)

Selon l'observatoire de la SFMG, en ne comptant que la patientèle féminine, la consultation pour une contraception représenterait 7,3% des consultations de médecine générale, ce qui la classerait en 7<sup>e</sup> position des motifs les plus fréquents. La consultation pour une grossesse ne représenterait que 2,4% des consultations (42<sup>e</sup> position) et les infections gynécologiques ne représenteraient que 2,3% des motifs de consultation (46<sup>e</sup> position). (35)

Selon une enquête réalisée par l'INCa auprès de 600 médecins généralistes interrogés en 2010, 51% d'entre eux déclarent réaliser les FCU à leurs patientes dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus. Parmi eux, 52% évoquent comme raison que réaliser cet acte fait partie du rôle du médecin généraliste, tandis que 21% d'entre eux déclarent que c'est un problème d'accessibilité à un gynécologue.

Selon cette même enquête, 56% des répondants déclarent vérifier systématiquement que leurs patientes concernées ont bien réalisé une mammographie dans le cadre du dépistage organisé et 45% d'entre eux vérifient que les FCU de leurs patientes soient à jour. (36)

Selon plusieurs études réalisées en France, on estime que les médecins généralistes effectueraient 8 à 11% des FCU en France. (37)(38)(39)

D'après la HAS en 2010, la part des médecins généralistes dans la réalisation des FCU en France est difficile à estimer. On peut toutefois supposer que la pratique du geste reste encore principalement du ressort des médecins gynécologues. (40)

Selon une enquête de 2005 réalisée en Bretagne auprès de 300 médecins généralistes libéraux concernant l'évaluation de leur activité en gynécologie, les actes de gynécologie représentent environ 10% de leur activité totale, mais de grandes variations existent d'un médecin à l'autre.

3 répondants sur 4 déclarent pratiquer des examens gynécologiques et 43% d'entre eux estiment ne pas se sentir performants.

Près de 9 médecins sur 10 déclarent poser des spéculums mais seulement 8 sur 10 disent avoir une bonne maîtrise de ce geste.

9 médecins généralistes sur 10 déclarent examiner les seins de leur patiente, mais seulement 6 sur 10 pensent le faire correctement.

Enfin, les trois quarts des répondants réalisent des toucher vaginaux, mais pour 40% d'entre eux, ce geste pose problème, sans qu'ils puissent identifier qu'il s'agisse d'une réticence de leur part, de la patiente ou d'un problème d'interprétation. (41)

Les obstacles déclarés par les médecins généralistes sont de plusieurs natures. Certains sont liés au médecin lui-même (peu d'intérêt pour la gynécologie, manque de compétence), d'autres à leur conditions de travail avec notamment la gestion de plusieurs motifs de consultation. Enfin, on note également des réticences ou manque de confiance des patientes auprès des médecins généralistes pour réaliser ces actes.

Ces différentes études nous questionnent donc à propos des compétences du médecin généraliste dans la réalisation des actes de gynécologie. Elles interrogent sur la qualité de la formation initiale et de la formation continue dans cette spécialité.

Une autre étude réalisée en 2002 sur l'évaluation des besoins de formation en gynécologie des médecins généralistes confirme que ces besoins sont ressentis et de nature variable. Ils sont surtout influencés par la demande des patientes et dépendent également de l'engagement personnel de chaque médecin. (42)

Une autre étude, plus récente, a été réalisée auprès de 206 jeunes médecins des promotions 2012 et 2013 de l'Université de Bordeaux dans le but d'évaluer les compétences cliniques et techniques en gynécologie médicale au cours du DES de médecine générale.

Celle-ci révèle que 50% des répondants pratiquent des prélèvements vaginaux, 53% d'entre eux ne font jamais de FCU et seuls 8% posent des DIU. En revanche, pour la plupart, les compétences semblent acquises pour la palpation des seins, la pose d'un speculum et le toucher vaginal.

L'auteur de l'étude conclut que la formation de certains gestes doit être améliorée. (43)

Qu'en est-il de l'opinion des patientes ?

Dans sa thèse, F. CRETIN-BEN HAYOUN a évalué en 2014 les facteurs déterminants le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique à Paris et en région parisienne.

Parmi les femmes ayant répondu, 92% effectuent leur suivi gynécologique auprès d'un gynécologue et 8% auprès d'un médecin généraliste.

Le choix du gynécologue est réalisé principalement par les femmes jeunes, qui ne se sentent pas forcément à l'aise avec leur médecin généraliste pour aborder les questions de gynécologie, et qui estiment que le gynécologue est plus compétent. Deux tiers d'entre elles ne savent pas si leur médecin généraliste effectue des suivis gynécologiques ou pas.

Les femmes choisissant le médecin généraliste sont souvent plus âgées, n'éprouvent pas de gêne à être examinée par celui-ci et déclarent que la plus grande rapidité pour obtenir un rendez-vous est un facteur influençant leur choix pour leur suivi gynécologique. (44)

Le dépistage des cancers féminins est considéré par les médecins généralistes comme faisant partie de leur rôle de dépistage et de prévention auquel ils accordent une grande importance.

Pourtant, dans la thèse de F. CRETIN-BEN HAYOUN, seulement 11,3% des patientes se tournent vers leur médecin généraliste et 76,4% vers leur gynécologue pour la réalisation de FCU, de palpation mammaire ou de prescription de mammographie. (44)

Pour la contraception, 69% des patientes ayant répondu préfèrent s'adresser à leur gynécologue et 16% à leur généraliste, quel que soit le médecin qui les suit habituellement. (44)

Pour les questions concernant la ménopause, 54,7% des femmes préfèrent s'adresser à leur gynécologue, 18,9% à leur généraliste et 17,9% ne savent pas car elles ne sont pas encore concernées. (44)

On constate que le médecin, que les femmes préfèrent consulter pour le dépistage des cancers féminins et la contraception, est celui qui assure leur suivi gynécologique.

De manière générale dans son étude, les femmes préfèrent très majoritairement s'orienter vers leur gynécologue quel que soit le motif gynécologique, même si la contraception et la ménopause se distinguent légèrement des autres motifs. (44)

Dans la thèse de S MAZAN réalisée en 2012 sur le suivi gynécologique en Midi Pyrénées, 45,6% des femmes pensent que la réalisation du frottis fait partie du rôle du médecin généraliste et 65,1% pensent que l'examen des seins relève également de leur fonction. De même, une grande majorité de patiente (83,8%) pensent que la prescription d'une contraception est du ressort du médecin généraliste et 72,8% estiment que la prise en charge de la ménopause l'est tout autant. (45)

Face à la pénurie actuelle et à venir des gynécologues, le médecin généraliste sera probablement de plus en plus amené à réaliser des actes de gynécologie. Il en a les compétences théoriques et, selon son engagement personnel, les compétences pratiques. Mais plusieurs études réalisées avant 2017 montrent que ces compétences semblent insuffisantes d'après les médecins généralistes eux-mêmes. (42)

La réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales rendant obligatoire le stage de gynécologie-obstétrique pour tous les internes est une première avancée pour améliorer cette formation.

Les patientes se tourneront peut-être alors plus facilement vers leur médecin généraliste si celui-ci se sent plus à l'aise à réaliser des actes de gynécologie et s'il les informe que les médecins généralistes possèdent des compétences dans ce domaine.

### 3. LA PLACE DES SAGES-FEMMES LIBERALES

En France, les études de sage-femme durent 5 ans. Elles comportent une année de PACES suivie de 4 ans dans une école de sages-femmes. En Lorraine, il en existe deux : une à Nancy et une à Metz. (46)

Le nombre de places offertes aux étudiants qui se destinent à la profession de sage-femme est fixé chaque année par arrêté ministériel. En Lorraine, actuellement il y a 24 places à Metz et 25 places à Nancy. Il existe également la possibilité d'admissions directes en cours de cursus sous certaines conditions de diplôme ou de statut via la procédure de passerelle entrante. (47)

L'apprentissage est une formation professionnalisante composée de deux cycles permettant l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme. Chaque cycle est composé de cours théoriques, de stages cliniques réalisés dans des établissements de santé et en milieu extrahospitalier, et d'évaluations.

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétences définies. Le champ de compétence et d'intervention de celles-ci auprès des femmes et des nouveau-nés en bonne santé est établi par le code de la santé publique au travers de la loi du 19 mai 1982, de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, puis de la loi du 21 juillet 2009 ou loi HPST. (48)(49)(50)

La sage-femme réalise la surveillance et le suivi médical de la grossesse, de la déclaration de grossesse jusqu'à l'accouchement, qu'elle assure en toute autonomie. Elle réalise l'entretien prénatal précoce et propose des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elle dispense des soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement et réalise la consultation post-natale et les séances de rééducation périnéo-sphinctérienne.

La sage-femme est spécialiste de la physiologie. Elle adresse donc ses patientes à un médecin lorsqu'elle décèle une pathologie.

Outre le suivi de la grossesse, la sage-femme prescrit la contraception, effectue le suivi de prévention chez la femme en bonne santé et peut effectuer des IVG par voie médicamenteuse.

Elle prescrit et pratique également la vaccination auprès des femmes et des nouveau-nés et peut participer aux activités de PMA dans des conditions définies par décret.

Elle peut également pratiquer des échographies obstétricales après l'obtention d'un DU d'échographie, et des arrêts de travail.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, il y a 28 368 sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre des sages-femmes, dont 22 335 en activité. Plus de la moitié d'entre elles exerce dans des hôpitaux publics, 12% en secteur privé, 5% en PMI et 28% en libéral (dont un tiers cumulant avec une activité salariée). L'exercice libéral est en augmentation

chaque année depuis 2009 d'environ 10% par an, avec un pic en 2011 de 18%. (51)

Les compétences des sages-femmes libérales sont souvent méconnues des médecins généralistes, ce qui pourrait expliquer le peu de suivi gynécologique pratiqué par celles-ci. (52)

Selon une étude réalisée en 2015 auprès de 241 femmes dans les départements de l'Isère et du Rhône, seulement 4% d'entre elles réalisent leur suivi gynécologique auprès d'une sage-femme. Mais 73% se déclarent prêtes à faire ce choix. (53)

Cette même étude révèle que seulement 41% des femmes interrogées ont connaissance de la possibilité de réaliser un suivi gynécologique auprès d'une sage-femme.

A l'heure où les gynécologues se raréfient et où le nombre de sages-femmes libérales augmente, il paraît nécessaire d'informer les patientes et les médecins généralistes sur les compétences de ces dernières, afin de les inclure davantage dans le parcours de soins.

## L'ESSENTIEL

### CE QUE L'ON CONSTATE

- Vieillesse de la population française, particulièrement marqué dans les Vosges
- Baisse progressive du nombre de gynécologues en France, touchant principalement les gynécologues médicaux
- Dans les Vosges : densité faible de médecins généralistes mais qui tend à augmenter
- Le Thillot : territoire classé zone d'intervention prioritaire = faible niveau d'accessibilité aux soins
- Chez les médecins généralistes : sentiment de formation insuffisante en gynécologie
- Sages-femmes libérales compétentes pour réaliser les suivis gynécologiques et suivis de grossesse normale mais peu sollicitées

### LES PERSPECTIVES

- ➔ Augmentation des pathologies onco-gynécologiques à prévoir/anticiper
- ➔ Amélioration de la formation des médecins généralistes en gynécologie grâce à la réforme du 3<sup>e</sup> cycle
- ➔ Disponibilité/proximité : possibilité d'effectuer le suivi gynécologique (FCU, dépistage, contraception, grossesse normale) par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales

## 4. LE SUIVI GYNECOLOGIQUE HORS PATHOLOGIE

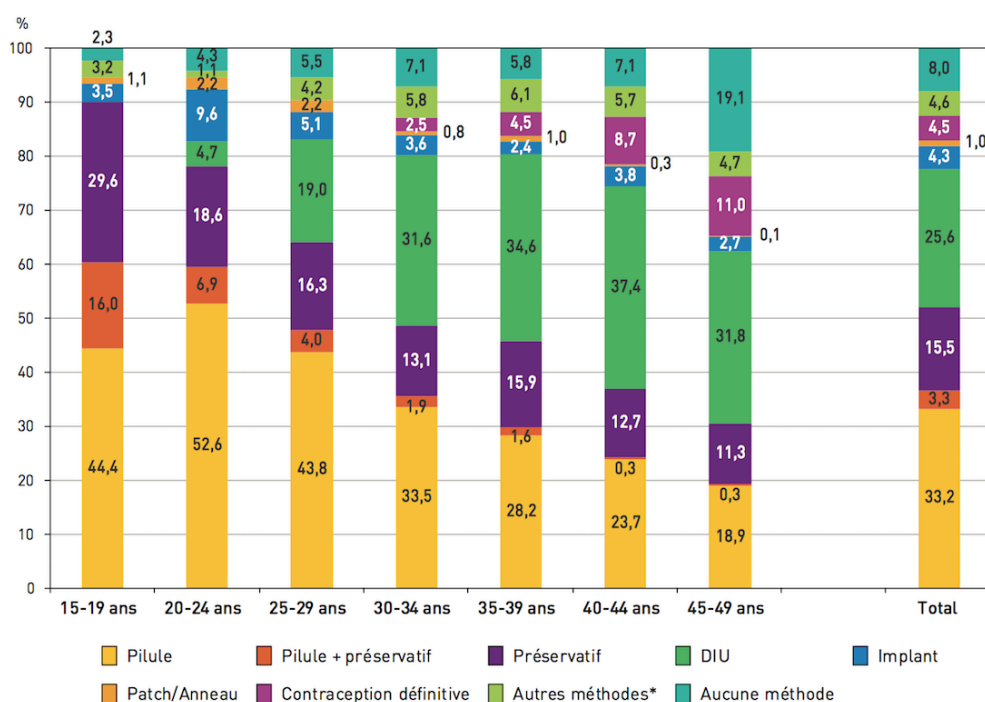
### 4.1. La contraception

#### 4.1.1 Généralités

La couverture contraceptive en France est élevée. En 2013, 97% des femmes fertiles, actives sexuellement et sans désir de grossesse, utilisent un moyen de contraception, majoritairement médical. (54)

Les méthodes contraceptives évoluent aux différents moments de la vie des femmes. Ainsi, on peut observer en France en 2016 que le préservatif et l'association préservatif/pilule sont les plus utilisés chez les jeunes femmes entre 15 et 19 ans. La pilule seule est la plus utilisée chez les femmes entre 20 et 24 ans, et le DIU est la méthode de contraception la plus utilisée chez les femmes entre 35 et 49 ans. (55)

**FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge**



\* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Femmes de 15 à 49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France (55)



Les choix contraceptifs ont évolué au cours des dernières années.

Les pratiques de prescription ont changé suite à la parution de nouvelles recommandations, mais aussi après la médiatisation de la iatrogénie de la contraception orale et le déremboursement de certaines pilules œstro-progestatives. (56)

Bien que ces pratiques de prescription aient changé, la DREES n'a pas enregistré d'élévation significative du taux d'IVG en France. (57)

On peut observer que la pilule, qui reste le moyen de contraception le plus utilisé en France en 2016, représente 40,8% des méthodes contraceptives des femmes entre 15 et 49 ans en 2010, et 33,2% en 2016. Quant au DIU, il est passé de 18,7% des moyens de contraception utilisés en 2010 à 25,6% en 2016. (55)

L'efficacité pratique des méthodes contraceptives diminue avec le temps, quelle que soit la méthode utilisée. Le moyen le plus touché par cette baisse d'efficacité est l'utilisation de spermicides, et le plus épargné est le DIU. (58)

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017, il existe une cotation spécifique dans les actes cliniques des médecins généralistes correspondant à la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans.

Cette consultation est valorisée afin de permettre au praticien de délivrer une explication claire et exhaustive sur les différents choix de contraception possibles à l'adolescente, et sur les mesures de prévention des IST. L'éducation thérapeutique a également une place importante dans cette consultation. Un support visuel concernant les différents choix de contraception constitue une aide précieuse à la décision. (59)

L'examen clinique comprend l'examen général, la taille, le poids, l'IMC, la mesure de la tension artérielle, ainsi que la recherche de signes d'hirsutisme. L'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la première consultation sauf en cas de symptômes ou d'antécédents le justifiant. (60) (61)

Selon la HAS, le choix de la méthode contraceptive utilisée doit être réévaluée à chaque consultation, en fonction des facteurs de risques notamment cardiovasculaires que présente la patiente, ses souhaits, sa situation personnelle, ainsi que l'apparition ou l'évolution d'une éventuelle contre-indication à sa contraception actuelle. (62)

Il est recommandé d'informer les patientes sur la différence entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique de la contraception. En effet, en France, l'efficacité théorique de la contraception orale est de 99,7% et son efficacité pratique n'est que de 97,6%. (63)

L'efficacité des différents moyens contraceptifs est évaluée par l'indice de Pearl. Actuellement, on estime que le plus faible taux d'échec de toutes les méthodes contraceptives réversibles est détenu par les œstro-progestatifs à condition qu'ils soient correctement utilisés. (64)

Le risque d'échec, qui augmente avec le temps, est principalement lié à une mauvaise observance et à une mauvaise utilisation de la méthode. Ces deux facteurs sont les principales causes de recours à la pilule contraceptive d'urgence et à l'IVG en France. (65)(66)

La qualité de la communication entre le médecin et la patiente est primordiale. Il est important de l'informer sur l'efficacité, les risques, le coût, la durée d'action et l'aspect pratique de chaque contraception afin qu'elle puisse faire le meilleur choix adapté à son mode de vie. (67)

Selon une étude réalisée aux Etats-Unis, si le praticien affiche son choix de contraception lors de la consultation, il diminue la satisfaction de la patiente et pourrait diminuer la persistance contraceptive. (68)

#### 4.1.2. Méthodes hormonales : œstro-progestatifs

##### 4.1.2.1. Les différentes méthodes

###### La pilule œstro-progestative :

Toutes les pilules œstro-progestatives actuelles sont des pilules combinées associant dans chaque comprimé un œstrogène et un progestatif. Ce dernier est à dose constante ou à dose variable selon les jours de prise, d'où le terme de pilule monophasique, biphasique ou triphasique. (64)

On retrouve donc un œstrogène synthétique, l'éthinyl-œstradiol, ou un œstrogène naturel, l'œstradiol (ou le valérate d'œstradiol en quadriphasique).

Le dosage de l'éthinyl-œstradiol varie entre 15 et 40 microgrammes pour les pilules minidosées et jusqu'à 50 microgrammes pour les pilules normodosées.

Le progestatif utilisé est un dérivé de la 19-nortestostérone dont il existe trois générations :

- Première génération : lynestrénol et noréthistérone (une seule pilule commercialisée en France en triphasique),
- Deuxième génération : lévonorgestrel et norgestrel,
- Troisième génération : désogestrel, gestodène et norgestimate.

Les autres pilules combinées, communément appelées « de quatrième génération » par erreur, utilisent un dérivé de la progestérone : de la drospirénone, de l'acétate de chlormadinone, du diénogest ou de l'acétate de normégestrol. (69)

La pilule doit être prise quotidiennement à heure fixe, ce qui peut s'avérer contraignant pour la patiente.

Lors de la prescription, il est recommandé que le praticien l'éduque vis-à-vis des oublis de prise, en expliquant la conduite à tenir si la situation se présente, afin d'éviter une grossesse non désirée.

### L'anneau vaginal :

Le NUVARING est un anneau contraceptif d'environ 5 cm de diamètre, en plastique souple, qui s'insère dans le vagin et libère lentement les hormones localement puis dans la circulation sanguine.

Il délivre une association d'éthinyl-œstradiol et d'étonogestrel. (70)

Il présente moins de risque d'oubli que la pilule. Il est laissé en place pendant trois semaines et changé toutes les quatre semaines. Cette méthode de contraception est composée d'un progestatif de troisième génération et n'est pas remboursée par les caisses. Ses risques et contre-indications sont les mêmes que pour la pilule œstro-progestative. Son utilisation est déconseillée chez les femmes présentant une insuffisance périnéale. (71)

On note une baisse progressive de son utilisation depuis 2011. (72)

### Le dispositif transdermique :

Cette contraception est sous forme de patch libérant de l'éthinyl-œstradiol et de la norelgestromine. (73)

Il se change une fois par semaine et doit être posé trois semaines sur quatre. Il peut donc se montrer moins contraignant que la pilule pour les patientes. Comme pour l'anneau vaginal, et contrairement à la pilule, son efficacité n'est pas altérée par la survenue de vomissements ou de diarrhée. Il est également composé d'un progestatif de troisième génération et n'est pas remboursé par les caisses. Son efficacité peut être diminuée chez les femmes de plus de 90 kg. Il présente les mêmes risques et contre-indications que la pilule et l'anneau vaginal. (74)

#### 4.1.2.2. Efficacité et contre-indications

Les œstro-progestatifs agissent grâce à trois mécanismes d'action. Ils bloquent l'ovulation en inhibant la sécrétion des gonadotrophines LH et FSH par rétrocontrôle négatif, diminuent l'épaisseur de l'endomètre qui le rend inapte à la nidation, et ont une action sur la glaire cervicale qui est alors plus épaisse et bloque le passage des spermatozoïdes. (64)

La contraception œstro-progestative est considérée comme ayant la meilleure efficacité, avec un indice de Pearl entre 0 et 0,07% si la méthode est bien utilisée. (64)

En revanche, leurs contre-indications sont nombreuses. (64)

Les contre-indications absolues sont les suivantes :

- Accidents ou antécédents thromboemboliques artériels ou veineux,
- Prédilection héréditaire ou acquise aux thromboses veineuses ou artérielles,
- Lupus évolutif, connectivites, porphyries,
- Affections vasculaires, cardiaques, cérébrales ou oculaires,
- Valvulopathies, troubles du rythme thrombogènes,
- Hypertension artérielle non contrôlée,
- Diabète compliqué de micro ou de macro-angiopathie,
- Tumeur maligne connue ou suspectée du sein, de l'utérus ou autre tumeur hormono-dépendante,
- Affections hépatiques sévères ou récentes,
- Hémorragies génitales non diagnostiquées,
- Tumeurs hypophysaires (à discuter au cas par cas),
- Migraines avec aura,
- Tabagisme ou migraines sans aura chez les femmes de plus de 35 ans.

L'obésité, le diabète non compliqué et la dyslipidémie sont des contre-indications relatives, où le risque cardio-vasculaire global doit être pris en compte.

La contraception œstro-progestative est la plus utilisée en France. Mais sa consommation a nettement diminué depuis 2011 et à la suite de la polémique médiatique sur les pilules de troisième génération en décembre 2012.

#### 4.1.2.3. La polémique de 2012

En 1995, l'Organisation Mondiale de la Santé a mis en garde la communauté scientifique d'une augmentation importante de survenue d'accidents thromboemboliques sous contraception œstro-progestative, tout particulièrement chez les patientes utilisatrices de pilules de troisième génération. (75)

En 2007, la Commission de transparence de la HAS, concluait à un SMR important et une absence d'ASMR pour les contraceptifs œstro-progestatifs de troisième génération et préconisait leur prescription en deuxième intention après ceux de première et deuxième génération, compte tenu du risque thromboembolique veineux plus élevé.

En septembre 2012, la Commission de transparence de la HAS émet un nouvel avis, considérant que le SMR des contraceptifs œstro-progestatifs de troisième génération est insuffisant pour une prise en charge par la solidarité nationale. (76)

Suite à ces recommandations, Marisol Touraine, alors Ministre de la Santé, annonce en septembre 2012 la fin du remboursement des COP de troisième

génération à partir de septembre 2013, afin de donner le temps aux patientes de changer leur contraception avec l'aide de leur médecin si elles le souhaitent.

Le débat a été relancé à l'échelle nationale, juste après cette mesure, en décembre 2012, lorsqu'une jeune femme porte plainte contre le laboratoire commercialisant la pilule de troisième génération qu'elle prenait lorsqu'elle fut victime d'un AVC massif.

Cet accident est survenu en 2006. En 2010, quatre ans après son AVC, une thrombophilie est diagnostiquée chez cette jeune femme. Il est démontré que le principal facteur de risque d'accident thrombo-embolique veineux est la présence d'une thrombophilie constitutionnelle. (77)

Chez les patientes présentant cette anomalie, la prise d'une COP de n'importe quelle génération va exercer un effet synergique sur le risque d'accident thrombo-embolique veineux. (78)

Chez cette jeune femme, ce sur-risque n'a pas pu être anticipé car il n'est pas recommandé de réaliser un bilan de thrombophilie avant la prescription d'une contraception œstro-progestative s'il n'existe pas d'antécédent familial vasculaire. (63)

En effet, en l'absence d'antécédent familial de thrombophilie, l'évaluation des risques cardio-vasculaires avant la prescription d'une COP s'effectue uniquement à l'aide de l'interrogatoire et de l'examen clinique d'après les recommandations de la HAS. (79)

Si cette mutation avait été connue auparavant, elle aurait constitué une contre-indication absolue à la prescription d'une COP.

Mais il faut savoir que le risque thrombo-embolique lié à la COP n'est pas en cause dans cette affaire, car cette jeune femme a porté plainte en raison de la survenue d'un AVC ischémique et non d'une thrombose veineuse.

Il est démontré que les anomalies génétiques responsables de thrombophilie augmentent également le risque d'IDM et d'AVC ischémique, notamment chez les patients jeunes et chez les femmes. Mais ce risque est défini comme modeste. (80)

Cette affaire a été largement médiatisée et le TGI estime que c'est un accident médical non fautif. Il ne retient pas la responsabilité du laboratoire et condamne l'office national d'indemnisation des accidents médicaux à lui verser une somme d'argent provisoire en attendant une nouvelle audience. Depuis cet événement, plusieurs plaintes ont été déposées par d'autres utilisatrices de COP de troisième génération. (81)

Depuis les recommandations de la HAS de 2012 et à la suite de cette polémique, il y a une forte diminution d'utilisation de COP de troisième génération au profit de celles de première et deuxième génération. Effectivement, selon l'ANSM, la part de marché de ces dernières représente 52% en 2012 et 79% en 2015. Tandis que la part des COP de troisième et quatrième génération passe de 48% en 2012, à 21% en 2015.

En parallèle, le taux d'utilisatrices de COP de première et deuxième génération faiblement dosées en œstrogène est passé de 24,7% en 2012 à 41,5% en 2015. (82)

En ce qui concerne le risque artériel :

On estime qu'il est faible sous COP avec 1 accident sur 10 000 utilisatrices par an.

Une méta-analyse réalisée en 2013 conclut à deux fois plus de risque d'AVC ischémique pour les femmes utilisatrices de COP par rapport aux non utilisatrices, sans preuve d'augmentation du risque d'AVC hémorragique ou d'IDM. (83)

Une étude de cohorte danoise publiée en 2012, conclut, quant à elle, à un sur-risque d'IDM pour les utilisatrices de COP par rapport aux non utilisatrices, avec la mise en évidence de la responsabilité du dosage d'éthinyl-œstradiol plutôt que du type de progestatif. (84)

Une revue de la littérature publiée en 2013, met, quant à elle, en évidence le fait que les COP de première génération sont associées à un risque artériel plus élevé que les COP de deuxième et troisième génération. (85)

En dehors de l'utilisation d'une COP, il faut rappeler qu'il existe des facteurs de risque d'événement artériel chez les femmes : âge de plus de 35 ans, migraine, tabac, obésité, HTA, diabète, dyslipidémie et antécédents familiaux au premier degré d'accident vasculaire.

Le risque cardio-vasculaire global doit donc être pris en compte avant la prescription d'une COP. Son utilisation est contre-indiquée chez la femme de plus de 35 ans fumeuse ou avec des migraines. (62)

En ce qui concerne le risque thrombo-embolique veineux :

Selon une méta-analyse publiée en 2013, on estime que le risque annuel d'événement est de 3 sur 10 000 années-femmes (soit 3 événements pour 10 000 femmes sur une période d'un an) chez les femmes ne prenant aucune contraception oestro-progestative, alors qu'il est estimé à 7 sur 10 000 années-femmes chez les patientes utilisatrices d'une contraception œstro-progestative. Il est estimé à 29 sur 10 000 années-femmes lors de la grossesse et du post-partum.

Ce risque serait directement lié au dosage d'éthinyl-œstradiol et au type de progestatif associé. (86)

Il est maximal la première année d'utilisation de la COP puis se stabilise après 4 ans de prise.

Globalement, d'après une cohorte danoise réalisée sur une période de 8 ans, les femmes utilisatrices de COP de deuxième génération présentent trois fois plus

de risque d'évènement thrombo-embolique veineux par rapport aux femmes non utilisatrices de COP. Et les utilisatrices de COP contenant du désogestrel s'exposent à six fois plus de risque. Celles qui prennent une COP contenant du désogestrel ont deux fois plus de risque de présenter un évènement thrombo-embolique que les femmes utilisatrices d'une COP de deuxième génération à même taux d'éthinyl-œstradiol. (87)

Les études réalisées n'ont pas pu prouver une meilleure tolérance des COP de troisième et quatrième génération par rapport aux COP de première et deuxième génération.

Sachant que les COP de troisième génération présentent un risque plus élevé de survenue d'accidents thrombo-emboliques veineux, il est recommandé de prescrire une pilule contenant du lévonorgestrel ou du norgestrel en première intention. (77)

D'ailleurs, l'ANSM recommande en première intention de prescrire une pilule contenant du lévonorgestrel avec le dosage le plus faible d'éthinyl-œstradiol (20 microgrammes). (82)

#### 4.1.3. Méthodes hormonales : progestatifs seuls

##### 4.1.3.1. Les différentes méthodes

###### La pilule microprogestative :

Les différentes pilules microprogestatives ne sont composées que d'un progestatif : le lévonorgestrel ou le désogestrel. Celui-ci est faiblement dosé et doit être pris en continu.

Ces pilules agissent grâce à trois mécanismes d'action, opérant principalement au niveau utérin : amincissement de l'endomètre, épaissement de la glaire cervicale, et pour certaines, blocage de l'ovulation.

Leur prise par voie orale doit impérativement être quotidienne et à la même heure, car leur retard de prise ne doit pas dépasser 3h (à l'exception des pilules à base de désogestrel où le délai de 12h est admis). Au-delà, une contraception mécanique doit être associée pendant au moins une semaine. (64)

###### L'implant sous-cutané :

L'implant ou NEXPLANON, est un bâtonnet souple de 4 cm de long et 2 mm de diamètre, radio-opaque, qui s'insère au niveau du bras par voie sous-cutané par un professionnel de santé (médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme) formé à ce geste. L'implant libère de l'étonogestrel et doit être changé tous les trois ans. (88)

Il constitue une méthode pratique d'utilisation pour les femmes déclarant des problèmes d'observance ou une contre-indication aux œstro-progestatifs. Ce dispositif est remboursé par les caisses d'Assurance Maladie. (89)

Il doit être palpable après sa pose et avant son retrait.

L'ANSM a modifié le résumé des caractéristiques de ce dispositif en 2016 suite à dix-huit cas recensés de migration de NEXPLANON dans les vaisseaux sanguins et dans la paroi thoracique des patientes. L'organisme rappelle aux praticiens l'importance d'une formation pratique à la pose de ces implants avant d'en mettre à des patientes, et la conduite à tenir si celui-ci n'est plus palpable. (90)

L'indice de Pearl de l'implant est de 0,05 selon l'OMS, donc d'une grande efficacité pour éviter les grossesses non désirées.

#### L'injection intra-musculaire :

Un seul progestatif injectable est disponible en France, il s'agit de DEPO PROVERA constitué d'acétate de médroxyprogestérone. (91)

L'injection intra-musculaire permet une couverture contraceptive de 12 semaines. Toute grossesse doit être exclue avant chaque nouvelle injection tous les trois mois. Le retour à la fertilité peut être différé de trois à douze mois après la fin théorique d'activité du produit, ce qui peut être une contrainte pour les utilisatrices. Son indication est réservée aux femmes ayant besoin d'un contraceptif à longue durée d'action lorsque les autres méthodes contraceptives ne peuvent être utilisées. (92)

Bien que ce moyen soit peu utilisé en France, il faut savoir que la commission de transparence de la HAS a considéré en 2015 que le SMR était important et a émis un avis favorable au maintien de son remboursement par l'Assurance Maladie. (93)

#### Le DIU au lévonorgestrel :

En France, il existe trois DIU disponibles libérant du lévonorgestrel : MIRENA, KYLEENA et JAYDESS, tous les trois remboursés par l'Assurance Maladie. Ce dernier est plus petit (convient aux nullipares), plus faiblement dosé et peut rester en place pendant trois ans. KYLEENA est de taille et de dosage intermédiaires. MIRENA est le plus gros et le plus fortement dosé. Ils peuvent tous deux rester en place pendant 5 ans. (91)

La pose et le retrait s'effectuent par un médecin généraliste formé, une sage-femme ou un gynécologue.

KYLEENA est le plus récent, il est disponible depuis 2018. La Commission de transparence de la HAS estime que le SMR est important mais sans véritable amélioration par rapport aux deux autres (classé ASMR V). (94)

L'action des DIU hormonaux se fait grâce à deux mécanismes locaux : l'épaississement de la glaire cervicale et la diminution de l'épaisseur de



l'endomètre. Ils peuvent également parfois bloquer l'ovulation au même titre que les micro-progestatifs oraux car les minimales quantités d'hormones peuvent avoir un passage dans le sang. (95)

En plus des contre-indications relatives aux progestatifs, les DIU au lévonorgestrel sont soumis aux contre-indications des dispositifs intra-utérins, à savoir, une inflammation pelvienne, une infection génitale basse, une anomalie congénitale ou acquise de l'utérus, une dysplasie cervicale ou une affection maligne du col ou du corps utérin, des saignements vaginaux d'étiologie inconnue, un antécédent d'endométrite du post-partum ou d'avortement septique au cours des trois derniers mois, et bien entendu une grossesse suspectée ou avérée.

#### 4.1.3.2. Cas particulier des macroprogestatifs

Les macroprogestatifs n'ont pas l'AMM en France pour la contraception. Ils sont indiqués dans les mastopathies bénignes, les fibromes utérins, l'endométriose, l'adénomyose, les ménométrorragies fonctionnelles et l'hyperplasie simple endométriale. Leur action contraceptive est assurée pour une administration d'au moins 20 jours sur 28. Leur principal effet secondaire est la survenue d'une aménorrhée. Les progestatifs sont fortement dosés et les plus utilisés sont l'acétate de chlormadinone, la promégestone, l'acétate de nomégestrol et l'acétate de cyprotérone. Ce dernier a obtenu l'AMM pour le traitement de l'hyperandrogénie modérée à sévère. Les pilules macroprogestatives sont fréquemment proposées chez les femmes en période périménopausiques. (96)

En février 2019, l'ANSM publie une lettre destinées aux professionnels de santé (médecins généralistes, endocrinologues, gynécologues, neurologues, neurochirurgiens et pharmaciens) pour avertir que les données de pharmacovigilance ont mis en évidence des cas de méningiomes associés à l'utilisation d'acétate de chlormadinone ou d'acétate de normégestrol à des doses thérapeutiques. Une enquête épidémiologique sera conduite dans les prochains mois pour évaluer l'existence ou non d'un sur-risque pour les utilisatrices par rapport à la population générale car, pour le moment, juste l'association entre les cas de méningiomes et l'utilisation de ces macroprogestatifs a été mise en évidence. Parallèlement, une enquête de pharmacovigilance pour préciser ce risque est déjà en cours. (97)

Ainsi, les nouvelles recommandations précisent que l'utilisation de ces deux macroprogestatifs est contre-indiquée en cas d'existence ou d'antécédent personnel de méningiome. De plus, en cas de survenue de méningiome chez les femmes qui utilisent ces molécules, le traitement devra être immédiatement et définitivement arrêté. Les patientes doivent être informées de l'existence du risque de méningiome et la balance bénéfice/risque devra être réévaluée. L'ANSM précise également que ces traitements doivent être prescrits dans le respect des indications autorisées par l'AMM (la contraception n'en faisant pas

partie), et aux doses les plus faibles possibles sur une durée la plus courte possible. (97)

En 2008, une étude française mettait déjà en évidence l'association entre la survenue des méningiomes et l'utilisation d'acétate de cyprotérone avec une inhabituelle absence de progression des tumeurs après l'arrêt du traitement. (98)

Depuis, plusieurs études ont été réalisées (cohortes rétrospectives cas-témoin, étude de cas) mettant en évidence un taux d'incidence de méningiomes plus élevé chez les utilisatrices d'acétate de cyprotérone à forte dose par rapport à la population générale. Certains résultats de ces articles révèlent aussi une stabilisation et une régression des tumeurs après l'arrêt du traitement. (99)

Au vu de toutes ces données, il paraît logique et nécessaire que les pilules macroprogestatives ne soient plus utilisées hors AMM, notamment dans un but contraceptif.

#### 4.1.3.3. Efficacité et contre-indications

Les contre-indications aux progestatifs seuls sont moins nombreuses que pour les œstro-progestatifs. On retrouve :

- Les cancers du sein et de l'endomètre,
- L'insuffisance hépatique,
- Les accidents thrombo-emboliques veineux récents,
- Le méningiome par principe de précaution.

Les microprogestatifs ont un indice de Pearl (théorique) compris entre 1 et 2 selon la Société Française d'Endocrinologie et de 0,3 selon l'OMS (avec en pratique un indice à 8). (100)

Il n'y a pas de données pour les macroprogestatifs, car aucune étude à grande échelle n'a été réalisée pour évaluer leur efficacité dans cette indication (hors AMM). (64)

Contrairement aux œstro-progestatifs, les microprogestatifs ne présentent pas d'effets secondaires métaboliques. Leur principal inconvénient est la survenue de troubles des règles avec spottings, irrégularités menstruelles ou aménorrhée.

Si la pilule microprogestative, l'implant et le DIU ne présentent pas d'augmentation de risque de MTEV, ce n'est en revanche pas le cas pour l'injection intramusculaire d'après une méta-analyse réalisée en 2012. (101)

De plus, l'injection trimestrielle est la seule contraception microprogestative à être contre-indiquée chez les femmes ayant au moins deux facteurs de risque cardio-vasculaires ou un antécédent d'accident artériel ischémique. (63)

#### 4.1.4. Méthodes barrière

##### Les préservatifs masculins et féminins :

Leur avantage est qu'ils offrent une double protection. Ils ont une action de prévention contre les grossesses non désirées et contre les IST. Cependant, on peut noter que leur efficacité en matière de contraception est moindre par rapport aux autres méthodes. En effet, l'indice de Pearl théorique du préservatif masculin est de 3, en pratique il est évalué à 14. Pour le préservatif féminin, l'efficacité est encore moindre. (96)

Leur efficacité pratique dépend énormément de leur condition d'utilisation et de la motivation des couples qui l'utilisent. Il est déconseillé d'utiliser le préservatif masculin avec le préservatif féminin.

Le préservatif féminin est une gaine en polyuréthane ouverte à une extrémité et fermée à l'autre. Il peut être posé plusieurs heures avant un rapport sexuel et retiré plusieurs heures après. Il n'est malheureusement pas aussi disponible dans les pharmacies que le préservatif masculin. (102)

##### Les spermicides :

Ce sont des substances chimiques qui inactivent ou détruisent les spermatozoïdes. Ils se présentent sous forme de crèmes, gels, mousses ou ovules, à introduire dans le vagin quelques minutes avant le rapport sexuel. Leur efficacité seule est faible. Cette méthode est plus souvent utilisée combinée avec un autre moyen contraceptif barrière tel que le préservatif ou le diaphragme. (91)

Le plus utilisé et étudié dans le monde est le nonoxynol-9. Il n'est plus commercialisé en France, car il peut être responsable de lésions vaginales augmentant le risque de transmission de l'infection au VIH. Le seul encore commercialisé en France sous forme de crème et d'ovule est le chlorure de benzalkonium. Il est nécessaire d'informer les patientes que ces substances ne protègent pas des IST. (103)

##### Le diaphragme :

Il s'agit d'une membrane ronde en latex très fin qui se place au fond du vagin, de manière à recouvrir le col avant chaque rapport sexuel et de bloquer mécaniquement les spermatozoïdes.

##### La cape cervicale :

Elle s'utilise de la même manière que le diaphragme à la différence qu'elle est à usage unique.

La cape et le diaphragme ne protègent pas des IST. Leur efficacité est plus grande si elles sont associées à une crème spermicide.

Le diaphragme est associé à plus d'infections urinaires et la cape à plus de difficulté d'insertion et de retrait. (104)

#### 4.1.5. Méthodes naturelles

Les méthodes naturelles sont celles qui n'utilisent aucun dispositif ou matériel médical interférant dans le système reproductif.

Leur prévalence reste faible (6% d'utilisatrices) et stable depuis plusieurs années. (105)

##### Le retrait ou coitus interruptus :

Il s'agit de retirer le pénis du vagin avant l'éjaculation.

Les avantages de cette méthode sont la simplicité de réalisation, son coût inexistant et l'absence de contre-indication. L'indice de Pearl est de 4 mais son taux d'échec réel peut aller jusqu'à 27%. (106)

##### L'allaitement ou méthode MAMA :

Elle repose sur l'aménorrhée lactationnelle, secondaire à l'anovulation induite par l'allaitement. L'efficacité est de 98% si la naissance date de moins de 6 mois, si la femme est en aménorrhée et si l'allaitement est complet et exclusif. Les patientes doivent être informées que le risque de grossesse augmente si ces trois conditions ne sont pas respectées. (63)(107)

##### Méthode de la glaire cervicale ou méthode « Billings » :

A l'approche de l'ovulation, la glaire cervicale devient plus abondante, plus limpide et plus élastique. Après l'ovulation, elle est plus épaisse pour empêcher le passage des spermatozoïdes. La méthode Billings consiste à éviter tout rapport sexuel lorsque la glaire cervicale se modifie et jusqu'à quatre jours après cette modification. (108)

##### La méthode des deux jours ou « Two-Day Method » :

Elle se base sur la méthode Billings. La patiente se considère comme « très fertile » si la glaire est abondante et limpide la veille et le jour même, « fertile » s'il ne s'agit uniquement que de la veille ou du jour-même, et « peu fertile » si la glaire ne présente pas ces caractéristiques depuis la veille. Cette méthode est très peu efficace en pratique. (108)

#### La méthode de la température :

La température de la femme augmente de 0,5°C lors de l'ovulation. Cette hausse correspond à l'élévation de la progestérone dans le sang. La méthode de la température consiste à mesurer la température chaque matin afin de repérer le moment de l'ovulation. Les rapports non protégés sont possibles trois jours après la montée de la température. Cette méthode repose donc sur le fait de limiter les rapports non protégés en phase post-ovulatoire. (108)

#### La méthode du calendrier ou méthode « Ogino Knaus » :

Selon l'OMS, il s'agit de la méthode traditionnelle. Elle consiste à noter le début et la fin des cycles pendant six à douze mois, pour pouvoir déterminer la période à risque. Le premier jour est déterminé par la soustraction de 20 jours au cycle le plus court et le dernier jour est déterminé par la soustraction de 10 jours au cycle le plus long. Par exemple, pour une femme chez qui le cycle le plus court est de 25 jours et le plus long de 33 jours, la période de fécondité s'étend du 5<sup>e</sup> au 23<sup>e</sup> jour du cycle. (108)

#### L'utilisation de kits de repérage de la période fertile :

La méthode repose sur le repérage dans les urines du pic de LH. L'efficacité de cette méthode est obtenue dans la mesure où les rapports sont protégés jusqu'au pic de LH, étant donné que la majorité des conceptions surviennent quand les rapports ont lieu avant ce pic. Le prix de ces moniteurs varie de 25 à plus de 300 euros en fonction de la complexité des appareils.

Une étude comparative et randomisée sur douze mois publiée en 2012 a été effectuée pour comparer cette méthode à la méthode Billings. Les résultats montrent un taux de grossesse à 6,8% avec la méthode du moniteur (Clear Blue Easy Fertility Monitor) et de 18,5% avec la méthode Billings. (109)

Il est recommandé d'informer les patientes que l'efficacité des méthodes naturelles est moindre par rapport aux contraceptions hormonales et au DIU.

#### 4.1.6. Le DIU au cuivre

Contrairement aux DIU hormonaux, le DIU au cuivre n'a qu'une action mécanique. Il crée une inflammation locale au niveau de l'endomètre, ce qui empêche l'implantation de l'œuf dans l'utérus. (63)

Il peut être posé à n'importe quel moment du cycle à partir du moment où une grossesse est formellement éliminée, bien qu'il soit recommandé de le poser à la fin des règles car le col est ouvert et la pose est plus facile.

Il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une prémédication avant la pose d'un DIU. Les patientes doivent être informées que cet acte peut être douloureux, et que les règles sont parfois plus longues et plus douloureuses, notamment au cours des six premiers mois.

Il n'est pas non plus recommandé de réaliser un dépistage d'IST systématiquement avant la pose. En revanche, en présence de facteurs de risque d'IST, un dépistage de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae* peut être réalisé avant sa pose. (63)

Les contre-indications du DIU au cuivre sont :

- Toute grossesse suspectée ou avérée,
- Une infection en post-partum ou après un avortement,
- Une maladie inflammatoire pelvienne en cours,
- Une cervicite ou une infection à chlamydia ou gonocoque en cours,
- Une tuberculose génito-urinaire avérée,
- Des saignements vaginaux inexplicables,
- Une maladie trophoblastique gestationnelle maligne,
- Un cancer du col utérin ou de l'endomètre,
- Toute anomalie anatomique utérine entraînant l'impossibilité d'y insérer un DIU,
- Des fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine,
- Une hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif.

Il n'est pas recommandé de poser un DIU dans la période de post-partum ou lorsque la patiente a un risque très important d'infections sexuellement transmissibles. (63)

Ce moyen de contraception est l'un des plus efficaces. Son indice de Pearl est de 0,6 et en pratique il est de 0,8, c'est-à-dire une efficacité de plus de 99%. Il a l'avantage d'éviter les contraintes liées à l'observance. (63)

#### 4.1.7. La contraception d'urgence

Le DIU au cuivre peut également être utilisé dans le cadre d'une contraception d'urgence. C'est d'ailleurs le moyen le plus efficace dans cette indication. Il peut être posé dans les cinq jours après un rapport sexuel non protégé ou en cas de risque d'échec d'une autre contraception. Son avantage est d'offrir ensuite une contraception à plus long terme. (110)

Les deux autres méthodes sont hormonales et sont représentées par le lévonorgestrel et l'ulipristal d'acétate. Leur efficacité n'est pas totale et elle

dépend surtout de la précocité de la prise vis-à-vis du rapport non protégé. C'est pour cela qu'il est recommandé de réaliser un test de grossesse en cas de retard de règles après la prise d'une contraception d'urgence hormonale. (110)

Dans les soixante-douze premières heures après un rapport sexuel non protégé, les deux hormones peuvent être proposées. Au delà de cette période, et en l'absence de contraception au long cours, la prescription d'ulipristal d'acétate est recommandée. (111)

Si l'ulipristal d'acétate est utilisé et qu'une contraception hormonale est envisagée ensuite, il est recommandé d'utiliser une contraception additionnelle de type mécanique pendant les douze jours qui suivent la prise de l'ulipristal. (111)

#### 4.1.8. La stérilisation à visée contraceptive

D'après la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption de grossesse et à la contraception, la stérilisation peut être pratiquée sur une personne majeure, quel que soit son âge, son nombre d'enfants ou son statut marital.

Le délai de réflexion entre la demande initiale et la réalisation du geste est de 4 mois incompressibles. Il faut s'assurer que la volonté de la personne est « libre, motivée et délibérée », puis l'orienter vers un médecin qui pratique cet acte. (112)

##### La stérilisation chez l'homme :

La vasectomie est la seule méthode disponible chez l'homme. Elle consiste à couper ou obturer les canaux déférents aboutissant à une azoospermie. Cette méthode est efficace au bout de 8 à 16 semaines. C'est pourquoi il est recommandé d'utiliser une méthode contraceptive pendant cette période et de réaliser un spermogramme afin de s'assurer de l'azoospermie. Cette méthode doit être présentée comme permanente et irréversible. Un recours à une opération restauratrice est possible mais le résultat est aléatoire. (91)

##### La stérilisation chez la femme :

Plusieurs méthodes sont disponibles en France : la ligature des trompes, l'électrocoagulation, la pose d'anneaux ou de clips.

Il faut informer les patientes que ces interventions n'ont pas d'impact sur l'équilibre hormonal ou le désir sexuel. Elles ne protègent pas contre les IST, tout comme la stérilisation masculine.

Les trois méthodes sont immédiatement efficaces. Le taux de grossesses non souhaitées pour 100 femmes la première année après le geste est de 0,5%. (91)

La stérilisation définitive est la contraception la plus utilisée dans le monde, alors qu'elle ne représente que 5% des choix contraceptifs en France. (54)

### 4.3. La grossesse

#### 4.3.1. Une compétence du médecin généraliste

Selon les recommandations de la HAS, le médecin généraliste peut prendre en charge une grossesse sans risque dès le diagnostic s'il a une formation théorique et pratique suffisante, et peut l'adresser à un spécialiste si besoin. (113)

Il est recommandé qu'il exerce dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les ressources locales. (113)

Les situations à risque à rechercher selon la HAS sont : (113)

- Des facteurs de risque généraux (facteurs individuels et sociaux, risques professionnels et antécédents familiaux),
- Des antécédents personnels gynécologiques préexistants,
- Des antécédents personnels liés à une grossesse précédente,
- Une exposition à des toxiques (alcool, tabac, drogues, médicaments tératogènes),
- Des facteurs de risque médicaux (diabète gestationnel, troubles de la coagulation, HTA gravidique),
- Des maladies infectieuses (toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis),
- Des facteurs de risques gynécologiques et obstétricaux (cancer du sein, hématome rétroplacentaire, incompatibilité foeto-maternelle).

Dans chacun de ces cas et selon les protocoles établis par accord professionnel, soit l'avis auprès d'un médecin spécialiste ou d'un gynécologue-obstétricien est à solliciter, soit le suivi régulier est à réaliser auprès d'un gynécologue obstétricien.

Pour les grossesses à faible risque, la HAS préconise de réaliser 8 consultations prénatales et trois échographies. La première consultation est à effectuer avant 10 SA et la deuxième avant 15 SA. Les consultations du 4<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> mois sont les consultations prénatales intermédiaires et la dernière consultation du 9<sup>e</sup> mois permet d'identifier les risques obstétricaux. La consultation du 7<sup>e</sup> mois est de préférence réalisée là où se déroulera l'accouchement et la consultation de pré-anesthésie se déroule lors du 8<sup>e</sup> mois. (113)

Ces consultations permettent d'établir le niveau de risque de la grossesse en cours par l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires prescrits.

L'un des objectifs est également d'élaborer progressivement le projet de naissance. Le plan de périnatalité 2005-2007 a permis la mise en place de l'entretien prénatal précoce qui s'effectue lors du 4<sup>e</sup> mois de grossesse. Celui-ci constitue la première étape de la préparation à la naissance et à la périnatalité. Cet entretien se fait de manière individuelle ou en couple. Il n'est pas obligatoire, mais doit être systématiquement proposé lors du suivi de la grossesse. Il est



réalisé par une sage-femme ou un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel il appartient.

Lors de cet entretien, on fait le point sur le projet de naissance du couple, on repère les situations de vulnérabilité chez la mère ou le père de manière à proposer un support social ou psychologique, et on apprécie la santé globale de la femme enceinte. L'objectif de la création de cet entretien est d'identifier individuellement les questionnements, les représentations et les attentes des futurs parents par rapport à la grossesse et à la naissance. (114)

La cinquième partie du plan de périnatalité 2005-2007 tient compte de la reconnaissance des professionnels de la naissance, et notamment des médecins généralistes sur le suivi de la grossesse en proposant de renforcer la formation de ces derniers en matière de prise en charge des femmes enceintes. (114) (115)

Il y a donc une volonté nationale de donner une place plus importante au médecin généraliste en matière de périnatalité, notamment sur le suivi de la femme enceinte.

#### 4.3.2. En pratique peu de suivis

Les médecins généralistes suivent globalement peu de grossesses. Certains ne le proposent pas car ils n'ont pas envie ou par manque de formation. Beaucoup de femmes ignorent qu'un médecin généraliste peut suivre des grossesses.

En effet, dans sa thèse présentée en 2013, C. HOULE constate que beaucoup de patientes ignorent qu'un médecin généraliste peut suivre des grossesses, et ignorent si leur médecin traitant en suit ou pas. Dans son étude, une patiente sur trois pense que le médecin généraliste n'est pas assez qualifié pour suivre une grossesse, et un peu plus d'une sur quatre est persuadée qu'il n'en a pas le droit. On s'aperçoit donc aussi que beaucoup de patientes doutent des compétences des médecins généralistes pour le suivi d'une grossesse. (116) (117)

Selon une enquête réalisée auprès de 329 femmes habitants dans les Landes et ayant accouché dans les maternités de Bayonne et Dax entre novembre 2006 et février 2007, la moitié des femmes méconnaissent les pratiques de leur médecin généraliste en matière de suivi gynécologique ou de grossesse. (118)

Parallèlement, on constate que les médecins généralistes ne se sentent pas tous compétents pour suivre une grossesse. Dans l'étude de C. BOULNOIS réalisée en 2010, 12% des médecins interrogés ne se sentent pas capables techniquement de suivre une grossesse, 13% déclarent ne pas être à jour à propos des nouvelles recommandations, 10% estiment que ce suivi est trop contraignant en terme de temps, 23% ont peur du risque médico-légal, 35% ont peur de ne pas déceler une pathologie et 21% ont peur d'avoir une mauvaise nouvelle à annoncer. (119)

L'un des freins pour certaines femmes à être suivies par leur médecin généraliste, au delà des compétences ou de la formation, est la gêne occasionnée par l'examen gynécologique. C'est surtout le cas lorsqu'elles connaissent leur médecin traitant depuis longtemps.

L'enquête de périnatalité de 2010 révèle que 4,7% des femmes font leur suivi intégral chez le médecin généraliste, 66,8 % ont consulté principalement un gynécologue obstétricien et 11,7 % une sage-femme. (120)

Pourtant, la HAS rappelle que le pronostic materno-fœtal est le même en cas de suivi systématique des grossesses à bas risque par les gynécologues, les médecins généralistes ou les sages-femmes. (121)

La littérature met d'ailleurs en évidence l'existence d'un avantage si le suivi est assuré par un groupe restreint de professionnels. La femme enceinte se sent en confiance et l'idéal serait même de réaliser ce suivi par une seule personne. (122) (123)

Le suivi de la grossesse ne consiste pas seulement à détecter à temps une souffrance fœtale. C'est aussi être attentif à d'éventuelles souffrances maternelles qu'elles soient psychologiques, physiques ou sociales.

Par son rôle central et sa possibilité de suivre l'ensemble de la famille, le médecin généraliste est le mieux placé pour comprendre l'environnement dans lequel se développe la grossesse.

C'est ce qu'évoquent dans une étude les femmes qui ont choisi de faire suivre leur grossesse par un médecin généraliste. Le lien privilégié avec le praticien renforce leur confiance. Elles estiment avoir besoin de disponibilité et d'informations claires. Elles soulignent comme avantages l'aspect relationnel médecin-patiente, l'approche moins médicalisée et plus humaine de la grossesse, ainsi que les capacités d'empathie. (124)

On note également que la pérennité du suivi est importante car l'un des bénéfices évoqué est le suivi ensuite du nouveau-né par le médecin traitant, qui est bien souvent le médecin de la famille. (124)

#### 4.4. La ménopause

La ménopause est un phénomène naturel qui est défini par une aménorrhée d'au moins un an, associée dans 50 à 70% des cas à un syndrome climatérique regroupant bouffées de chaleur, sécheresse vaginale et douleurs articulaires. (64)

Ces symptômes sont liés à une carence œstrogénique, secondaire à l'épuisement du capital folliculaire ovarien.

Elle survient en moyenne à 51 ans, et un an plus tôt chez les fumeuses. (64)

Le diagnostic est clinique devant une femme de 50 ans présentant des bouffées de chaleur. Aucun examen biologique ne doit être prescrit pour confirmer le diagnostic, sauf en cas d'antécédent d'hystérectomie, où l'aménorrhée n'est pas interprétable.

Avant l'âge de 45 ans, le dosage de la FSH est systématique pour ne pas méconnaître une autre étiologie de l'aménorrhée. On peut parler d'IOP lorsque la ménopause se déclare avant l'âge de 40 ans. (64)

L'hypoestrogénie entraîne à court terme des bouffées de chaleur, des douleurs ostéoarticulaires, des troubles fonctionnels urinaires, des troubles de l'humeur, une asthénie et une sécheresse cutanéomuqueuse. A long terme, elle provoque une déminéralisation osseuse avec des risques de fracture et une augmentation du risque cardio-vasculaire. (64)

Le THM a pour but de limiter les conséquences de la carence œstrogénique. Il réduit les bouffées de chaleur, augmente la qualité de vie des patientes et a un effet positif sur l'atrophie de la muqueuse vaginale et la sexualité. Il prévient la survenue de l'ostéoporose en augmentant la densité minérale osseuse de 2 à 5% dans les premières années de traitement et diminue le risque de fractures ostéoporotiques de 40% après 5 ans de traitement. (64)

Cependant, ce traitement présente également des risques. Il augmente le risque de survenue du cancer du sein, le risque d'accident veineux thrombo-embolique ainsi que le risque d'AVC ischémique et le risque de lithiases biliaires. (64)

En France, l'œstrogène le plus utilisé est l'œstrogène naturel, le 17 beta estradiol. Chez les femmes non hystérectomisées, il doit être couplé avec un progestatif.

Ses contre-indications sont nombreuses. Il ne peut être prescrit en cas d'antécédent de : (64)

- Cancer hormono-dépendant (cancer du sein ou de l'endomètre),
- AVC ischémique,
- MTEV,
- Affection hépatique aiguë ou chronique,
- Hémorragie génitale sans diagnostic établi. (64)

La HAS recommande un traitement à dose minimale efficace et le plus court possible, réévalué tous les ans. (125)

A l'heure actuelle, la majorité des patientes ne s'orientent pas vers leur médecin traitant pour parler de la ménopause mais vers leur gynécologue. Elles souhaitent que le médecin soit une femme, en âge d'être elle-même ménopausée, patiente, disponible et honnête. (126)

Les médecins généralistes éprouvent une certaine difficulté à prendre en charge la ménopause depuis la publication de l'étude américaine WHI en 2002, qui conclut à un sur-risque de cancer du sein et d'AVC ischémique chez les patientes

sous THM. A noter qu'en France, nous n'utilisons pas les mêmes molécules qu'aux Etats-Unis. (127)

Aujourd'hui, plus de quinze ans après, les études sont plus rassurantes et montrent un réel bénéfice au THM. (128)

Selon une étude qualitative réalisée dans le Limousin, le principal frein à la prescription du THM par les généralistes, en plus des risques liés au traitement, est la réticence des patientes à prendre ce traitement. (129)

## L'ESSENTIEL

### CE QUE L'ON SAIT

- Baisse d'efficacité des moyens contraceptifs dans le temps / changement de méthode selon l'âge et depuis les recommandations de 2012
- Risques thrombo-emboliques et artériels sous COP
- Association décrite entre la survenue de méningiomes et la prise de progestatifs
- Médecin généraliste compétent pour suivre des grossesses à bas risque mais peu de suivis
- THM bénéfique malgré plusieurs contre-indications

### CE QUE L'ON PEUT FAIRE

- ➔ Informer les patientes sur les différents choix de contraception sans montrer de préférence / prendre en compte leur mode de vie et les contre-indications / réévaluer / être flexible
- ➔ Si prescription de COP : levonorgestrel avec le dosage le plus faible d'éthinyl-œstradiol en 1<sup>ère</sup> intention
- ➔ Pas de prescription hors AMM / évaluer la balance bénéfices-risques avant de prescrire
- ➔ Renforcer la formation en gynécologie et informer les patientes des compétences du médecin généraliste

## 5. DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES CANCERS FEMININS

### 5.1. Généralités

En France, les cancers représentent la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme. (130)

Le plan cancer 2014-2019 a pour ambition de donner à chacun les mêmes chances de guérison et de mettre plus rapidement les innovations au service des malades. (131)

Il comprend 17 objectifs regroupés autour de 4 grandes priorités de santé qui sont :

- Guérir plus de personnes malades,
- Préserver la continuité et la qualité de vie,
- Investir dans la prévention et la recherche,
- Optimiser le pilotage et les organisations,

Le 5<sup>e</sup> rapport réalisé en avril 2019 faisait état de 73% des objectifs de ce plan réalisés, avec notamment la généralisation du programme national du dépistage du cancer de l'utérus et la prise en charge à 100% du test de dépistage pour les femmes ne l'ayant pas réalisé depuis plus de trois ans.

Le 6<sup>e</sup> et dernier rapport réalisé en juin 2020 fait état de 90% des objectifs réalisés. Les premières invitations au dépistage du cancer du col de l'utérus ont été envoyées aux femmes de 25 à 65 ans. La HAS recommande dorénavant d'étendre la vaccination anti-HPV aux garçons entre 11 et 14 ans révolus, avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans. (132)

### 5.2. Le cancer de l'ovaire

#### 5.2.1. Epidémiologie et généralités

Le cancer de l'ovaire touche majoritairement les femmes de plus de 45 ans. L'âge médian du diagnostic est 65 ans. En France, en 2017, on compte 4714 nouveaux cas et plus de 3100 décès. Il est au 8<sup>e</sup> rang en terme de fréquence chez la femme et au 5<sup>e</sup> rang en terme de mortalité. (133)

Le cancer de l'ovaire est une maladie longtemps asymptomatique, ce qui rend son diagnostic précoce très difficile. Les trois quarts des patientes sont diagnostiquées à un stade évolué (stade III ou IV de FIGO), lorsque la maladie s'est diffusée au-delà des ovaires, au niveau du péritoine ou à distance.

Ce diagnostic souvent tardif explique le pronostic sombre. La survie à 5 ans tous stades confondus est estimée à 43%.

Il n'existe à ce jour aucun test de dépistage satisfaisant. (133)

Comme tous les cancers, son diagnostic de certitude repose sur l'examen anatomo-pathologique. Plus de 90% des cancers de l'ovaire sont des adénocarcinomes et sont divisés en 5 principaux sous-types selon la classification de l'OMS : séreux de haut grade, endométrioïdes, à cellules claires, mucineux et séreux de bas grade.

Le cystadénome séreux est la forme histologique la plus fréquente. (133)

Son évolution se fait essentiellement par envahissement péritonéal et extension lymphatique. On note tout d'abord une bonne réponse initiale au traitement par chirurgie ou chimiothérapie chez 80% des patientes. Cependant, 70% d'entre elles présentent une récurrence dans les deux ans, avec le plus souvent l'apparition d'une carcinose péritonéale. (133)

Le principal facteur de risque du cancer de l'ovaire est la prédisposition génétique, avec notamment la mutation des gènes BRCA1 et BRCA2 et le Syndrome de Lynch. 15 à 20% des cancers de l'ovaire de haut grade surviendraient dans un contexte de prédisposition génétique.

Les autres facteurs de risque sont :

- L'âge supérieur à 50 ans,
- La nulliparité,
- La surcharge pondérale et l'obésité,
- Les règles précoces,
- La ménopause tardive,
- Les antécédents d'irradiation pelvienne.

Les facteurs protecteurs sont liés à toutes les situations qui diminuent l'ovulation : la contraception orale, la grossesse, et l'allaitement. (133)

### 5.2.2. Diagnostic

Le diagnostic de cancer de l'ovaire peut être suspecté à un stade précoce lors d'un suivi gynécologique ou d'un examen d'imagerie avec la découverte d'une masse annexielle. Mais le plus souvent, la découverte du cancer se fait tardivement avec des symptômes plus ou moins spécifiques.

Il faut y penser devant un inconfort ou des douleurs abdominales, des douleurs pelviennes, des saignements et pertes vaginales anormales, l'augmentation du périmètre abdominal pouvant être en rapport avec de l'ascite, des troubles du transit, des symptômes urinaires, des signes de compression veineuse ou radriculaire aboutissant à un œdème du membre inférieur, une thrombose veineuse profonde ou une sciatgie.

Enfin, d'autres symptômes comme la dyspnée secondaire à un épanchement pleural ou l'altération de l'état général peuvent être retrouvés chez les patientes ayant une maladie évoluée.

Les tumeurs ovariennes peuvent atteindre une taille importante avant de provoquer des symptômes. Ceux-ci peuvent être très variés et ne sont pas spécifiques. Ils doivent alerter le médecin lorsqu'ils sont d'apparition récente, perdurent et ne sont pas expliqués. (133)

A l'interrogatoire, on recherche les antécédents personnels et familiaux de cancer du sein ou de l'ovaire évoquant une mutation du gène BRCA1 ou BRCA2, de cancers colorectaux, de l'endomètre, de l'intestin grêle, de l'estomac, du foie ou des voies urinaires évoquant un syndrome de Lynch. Le syndrome de Lynch (ou HNPCC) touche les gènes MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 et EPCAM, intervenant dans la réparation des erreurs liées à la réplication de l'ADN. (133) (134)

L'examen physique doit être complet incluant notamment l'examen abdominal et gynécologique, la palpation des aires ganglionnaires et le toucher pelvien. Il doit également évaluer l'état général de la patiente et mesurer son poids. (133)

Le bilan initial devant une suspicion de cancer de l'endomètre comprend une échographie abdomino-pelvienne et endovaginale, associée si besoin à une IRM pelvienne en cas de masse ovarienne suspecte de malignité ou indéterminée en échographie. Le scanner TAP a sa place dans le bilan d'extension. On réalise également le dosage des marqueurs tumoraux, en particulier le CA-125. (133)

Pour les patientes de plus de 75 ans, on évalue le degré de fragilité grâce à une échelle ou un questionnaire, comme par exemple l'onco G8, puis en fonction du résultat, une évaluation oncogériatrique est réalisée.

Les différents stades de la maladie sont définis selon la classification de FIGO. Il existe plusieurs modalités thérapeutiques et la stratégie repose sur cette classification. La prise en charge thérapeutique est ensuite décidée en RCP, en accord avec la patiente. (133)



### 5.2.3. Classification FIGO

La classification FIGO utilisée dans le cancer de l'ovaire regroupe 4 stades qui dépendent de l'envahissement anatomique du cancer. Le stade I correspond à une tumeur limitée aux ovaires, le stade II à une atteinte pelvienne sans atteinte du péritoine, le stade III à une atteinte du péritoine ou des adénopathies métastatiques rétropéritonéales, et enfin le stade IV à une dissémination métastatique.

<b>CLASSIFICATION FIGO (FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE) 2014<sup>a</sup> ET CORRESPONDANCES AVEC LA CLASSIFICATION TNM/AJCC DU CANCER DE L'OVAIRE, DE LA TROMPE OU PÉRITONÉAL PRIMITIF, 2017 (8<sup>E</sup> ÉDITION)</b>		
<b>STADES FIGO</b>	<b>TNM</b>	<b>DESCRIPTION</b>
<b>Stade I</b>	<b>T1</b>	■ <b>Tumeur limitée aux ovaires (un ou les 2) ou à 1 ou 2 trompes de Fallope</b>
Stade IA	T1a	■ Tumeur limitée à un seul ovaire ; capsule intacte, sans tumeur à la surface de l'ovaire ou de la trompe ; pas de cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
Stade IB	T1b	■ Tumeur limitée aux 2 ovaires ou aux 2 trompes de Fallope ; capsules intactes, sans tumeur à la surface des ovaires ou des trompes ; pas de cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
Stade IC	T1c	■ Tumeur limitée à 1 ou 2 ovaires ou trompes de Fallope avec au moins l'un des éléments suivants :
Stade IC1	T1c1	■ Rupture chirurgicale
Stade IC2	T1c2	■ Rupture capsulaire préopératoire ou tumeur à la surface de l'ovaire ou de la trompe
Stade IC3	T1c3	■ Cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
<b>Stade II</b>	<b>T2</b>	■ <b>Tumeur concernant un ou 2 ovaires ou trompes de Fallope avec extension pelvienne ou cancer péritonéal primitif</b>
Stade IIA	T2a	■ Extension et/ou greffe utérine et/ou tubaire et/ou ovarienne
Stade IIB	T2b	■ Extension à d'autres organes pelviens, incluant le côlon sigmoïde et le rectum
<b>Stade III<sup>a</sup></b>	<b>T3 et/ou N1</b>	■ <b>Tumeur concernant un ou 2 ovaires ou trompes de Fallope ou cancer péritonéal primitif avec diffusion cytologiquement ou histologiquement confirmée au péritoine en dehors du pelvis et/ou adénopathies métastatiques rétropéritonéales</b>
Stade IIIA1	N1	■ Adénopathies métastatiques rétropéritonéales uniquement
Stade IIIA1i	N1a	■ Adénopathies métastatiques ≤ 10 mm dans leur plus grande dimension
Stade IIIA1ii	N1b	■ Adénopathies métastatiques > 10 mm dans leur plus grande dimension
Stade IIIA2	T3a N0/N1	■ Envahissement péritonéal extrapelvien (au-dessus du pelvis) microscopique avec ou sans adénopathies rétropéritonéales, incluant l'envahissement des intestins
Stade IIIB	T3b N0/N1	■ Métastases péritonéales macroscopiques au-delà du pelvis ≤ 2 cm dans leur plus grande dimension, incluant l'envahissement des intestins en dehors du pelvis avec ou sans adénopathies rétropéritonéales
Stade IIIC	T3c N0/N1	■ Métastases péritonéales au-delà du pelvis > 2 cm dans leur plus grande dimension et/ou adénopathies métastatiques rétropéritonéales (incluant l'extension de la tumeur à la capsule du foie et de la rate sans envahissement parenchymateux d'autres organes)
<b>Stade IV</b>	<b>M1</b>	■ <b>Métastases à distance (autres que les métastases péritonéales)</b>
Stade IVA	M1a	■ Epanchement pleural avec cytologie positive
Stade IVB	M1b <sup>b</sup>	■ Métastases parenchymateuses et métastases aux organes extra-abdominaux (incluant les adénopathies inguinales et les adénopathies en dehors de la cavité abdominale)

a Métastase à la capsule du foie : T3 / stade III ; b Métastase au parenchyme du foie : M1 / stade IV

Classification FIGO 2014

Source : FIGO Committee on Gynecologic Oncology (135)

#### 5.2.4. Traitement et prise en charge globale

En règle générale, et sous réserve des décisions prises en RCP, dans les stades précoces (de IA à IIA), la chirurgie est réalisée seule ou associée à une chimiothérapie adjuvante de type carboplatine et paclitaxel.

Dans les stades avancés (de IIB à IV), la chirurgie est associée à la chimiothérapie adjuvante ou néoadjuvante, ainsi qu'à une thérapie ciblée par bevacizumab, un anti-angiogénique, dans les stades les plus avancés.

Les traitements spécifiques liés au cancer doivent toujours être couplés aux soins de support. Le médecin généraliste veille à la qualité de vie de la patiente, en se préoccupant du soulagement des symptômes physiques (douleurs, effets secondaires des traitements, dénutrition) et en prenant en compte ses souffrances psychologiques. (133)

Il est recommandé d'informer les patientes atteintes d'un cancer de stade IA de bas grade en âge de procréer de la possibilité d'un traitement conservateur pour préserver la fertilité. Toutefois, il existe un risque de récurrence de 6 à 13% au niveau de l'ovaire controlatéral et l'annexectomie unilatérale est associée à une diminution de la réserve ovarienne. En cas de stade IC, il peut être possible de réaliser une annexectomie bilatérale avec préservation utérine afin d'envisager ultérieurement une grossesse par don d'ovocytes. (133)

Chez les patientes plus âgées, sous réserve des comorbidités, la chirurgie complète est recommandée. Chez les patientes de plus de 70 ans, une chimiothérapie première peut être proposée en cas de comorbidités importantes ou de carcinose péritonéale étendue nécessitant une chirurgie initiale complexe. (136)

En cas de suspicion de syndrome de Lynch ou de mutation de gène BRCA1 ou BRCA2 ou si une mutation tumorale a été mise en évidence, la patiente doit être orientée vers une consultation d'oncogénétique.

Ces patientes se verront ensuite proposer une stratégie de suivi spécifique par surveillance ou par chirurgie préventive en cas de mutation de gène BRCA1 ou BRCA2. (133)

Les soins et le suivi des patientes sont partagés avec le médecin généraliste. Il intervient dans toutes les phases du parcours de soin. Il coordonne les traitements symptomatiques, participe aux soins palliatifs, au soutien des aidants et accompagne les patientes pour les démarches administratives. Il doit également reconnaître, traiter et déclarer les effets indésirables suspects des traitements réalisés.

Ces effets indésirables sont pour la plupart mentionnés dans le RCP de l'AMM des molécules correspondantes. On retient pour la chirurgie les complications habituelles d'une chirurgie pelvienne, notamment thromboemboliques ou digestives.

En ce qui concerne la chimiothérapie conventionnelle, on retrouve l'asthénie, les toxicités digestives, hématologiques et neurologiques avec la mise en évidence de neuropathies périphériques, et également les mucites qui peuvent entraîner une hospitalisation en cas d'atteinte sévère.

En cas de traitement par anticorps anti-VEGF (le bevacizumab), les effets indésirables à rechercher sont notamment l'HTA, la néphropathie avec protéinurie sévère, les maladies thromboemboliques artérielles et veineuses, les neutropénies sévères, l'ostéonécrose de la mâchoire nécessitant des soins bucco-dentaires avant l'instauration du traitement, ou encore un syndrome confusionnel révélant une encéphalopathie postérieure.

Tous ses effets indésirables sont à rechercher, traiter et déclarer afin de décider d'une diminution ou d'un arrêt total du traitement en fonction de la balance bénéfiques/risques. (133)

La prise en charge des patientes doit être globale. La recherche et le traitement de la douleur doit être systématique, ainsi que l'accompagnement au sevrage tabagique car celui-ci majore le risque de complications des traitements et la survenue d'autres cancers.

Face à cette maladie de pronostic sombre, les soins palliatifs peuvent être proposés tôt, y compris lorsque les traitements spécifiques sont poursuivis. Le rôle du médecin généraliste est d'accompagner la patiente en fin de vie et de coordonner l'action des soignants tout en pouvant faire appel à l'EMSP et l'HAD.

Les patientes doivent être informées de la possibilité de faire appel à une personne de confiance, et de rédiger des directives anticipées. (133)

Le suivi des patientes est alterné entre le médecin généraliste, le gynécologue et l'équipe spécialisée qui a réalisé le traitement. Il comprend l'examen clinique complet et le dosage sérique du CA-125. Il est important de garder en tête que 70% des patientes présentent une récurrence dans les deux ans. (133)

### 5.3. Le cancer du sein

#### 5.3.1. Epidémiologie

Le cancer du sein est le premier cancer féminin en terme d'incidence avec 54 062 nouveaux cas en 2015. La survie globale a été améliorée grâce aux progrès thérapeutiques depuis les années 2000 et au dépistage organisé qui permet une découverte du cancer à un stade plus précoce. La survie globale à 5 ans est d'environ 87%. On estime le nombre de décès en 2017 à 11 883 en France. La mortalité a diminué de 1,5% par an entre 2005 et 2012. Seul un cancer sur 10 est diagnostiqué à un stade avancé. Les cancers précoces sont diagnostiqués plus

fréquemment chez les femmes entre 50 et 74 ans (correspondant à la classe d'âge du dépistage organisé), et les stades plus avancés après l'âge de 74 ans. (137) (138) (139)

### 5.3.2. Facteurs de risque et protecteurs

Les facteurs de risque :

Le premier facteur de risque de cancer du sein chez la femme est l'âge de plus de 50 ans.

D'après la HAS, Les facteurs de risque nécessitant un dépistage spécifique sont : (140)

- Une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2 identifiée dans la famille,
- Des antécédents familiaux de cancers du sein avec un score d'Eisinger supérieur à 3 en l'absence de mutation génétique identifiée dans la famille,
- Un antécédent personnel de cancer du sein invasif, de carcinome canalaire ou lobulaire in situ, ou d'hyperplasie lobulaire atypique,
- Un antécédent personnel d'irradiation thoracique à haute dose (dont l'irradiation pour la maladie de Hodgkin)

CALCUL DU SCORE D'EISINGER ET CONDUITE À TENIR	
Mutation BRCA1/2 identifiée dans la famille .....	5
Cancer du sein chez une femme avant 30 ans .....	4
Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans .....	3
Cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans .....	2
Cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans .....	1
Cancer du sein chez un homme .....	4
Cancer de l'ovaire avant 70 ans .....	4

**RÉSULTATS**

**3 ou + :**  
consultation d'oncogénétique

**Inférieur à 3 :**  
dépistage organisé

Les cotations doivent être additionnées pour chaque cas de la même branche parentale (paternelle ou maternelle)

Source : Cancer du sein, quelles modalités de dépistage, pour quelles femmes ? INCa 2015 (141)

Pour les femmes présentant l'un de ces facteurs de risque, la HAS recommande des stratégies de dépistage spécifiques. Le suivi est globalement plus précoce, plus fréquent et sans limite de durée. (140)

D'autres facteurs ont été décrits comme associés à une augmentation modeste ou modérée du cancer du sein mais ne nécessitent pas de suivi spécifique : (140)

- Les lésions mammaires prolifératives non atypiques et les lésions non prolifératives,
- La consommation d'alcool et de viandes grasses,
- L'absence de grossesse menée à terme ou une grossesse tardive,
- La prise d'un traitement hormonal substitutif ou d'une contraception hormonale,
- Le diabète de type II,
- L'obésité

Certains facteurs incriminés comme la densité mammaire après la ménopause, les déodorants, le travail de nuit, le port de soutien-gorge ou la taille des seins ont fait l'objet de plusieurs études. Celles-ci n'ont pas démontré de lien suffisamment robuste avec la survenue du cancer du sein. (140)

Enfin, le tabac, la consommation de certains aliments ou les prothèse en silicone ne sont pas associés au risque de survenue de cancer du sein. (140)

La contraception œstro-progestative augmente légèrement le risque de cancer du sein (RR = 1,2). Ce risque disparaît 10 ans après la fin de la prise de contraception. En revanche elle diminue le risque de survenue d'un cancer de l'ovaire ou de l'endomètre. (142)

#### Les facteurs protecteurs :

En parallèle, on a identifié des facteurs protecteurs comme l'activité physique et une alimentation équilibrée, l'allaitement maternel de plus d'un an cumulé et la naissance du premier enfant avant l'âge de 30 ans. (140)

### 5.3.3. Prévention

#### 5.3.3.1. Le dépistage organisé

Depuis 2004, il existe un programme national de dépistage organisé du cancer du sein. Celui-ci s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans sans facteur de risque spécifique. Il consiste à la réalisation, tous les deux ans, d'une mammographie bilatérale avec une seconde lecture, ainsi que d'un examen clinique par le radiologue. Depuis 2019, les mammographies doivent être réalisées en format numérique. (143)

Cet examen est pris en charge à 100% par l'assurance maladie. Les patientes ne sont pas dans l'obligation de le faire mais y sont invitées par courrier. (138) (140)

En 2017, le taux de participation au dépistage dans la population-cible est de 49,9%. L'objectif européen est de 70%. Après une augmentation de participation, on constate une stagnation depuis 2008. (138)

En 2018, le taux de participation est estimé à 50,3%. (144)

Plusieurs facteurs de renoncement ont été décrits : un revenu faible, un niveau de qualification socioprofessionnel bas, vivre en zone rurale et avoir entre 50-54 ans et 70-74 ans.

Les facteurs de participation sont : l'incitation par le médecin traitant ou les proches, avoir déjà participé à un dépistage, avoir un antécédent familial de cancer du sein, un niveau d'études égal ou supérieur au baccalauréat et de vivre en couple.

Les motifs évoqués par les femmes qui ne réalisent pas le dépistage sont variés : peur de la maladie, négligence, renoncement aux soins ou problèmes organisationnels. (145)

Le dépistage organisé fait encore débat aujourd'hui. En effet, les mammographies systématiques favorisent les sur-diagnostic et les effets anxiogènes du dépistage.

La question des cancers radio-induits a également été posée, d'autant plus que le sein est l'organe le plus radiosensible en terme de nombre absolu de cancers radio-induits.

Le risque est plus élevé chez les femmes jeunes et chez les femmes présentant des mutations de BRCA1 et BRCA2.

Toutefois, après la prise en compte de nombreuses études effectuées retrouvant essentiellement un risque important chez les femmes jeunes de moins de 40 ans, la HAS estime que la balance bénéfique/risque en terme de mortalité est en faveur du maintien du dépistage organisé par une mammographie tous les deux ans chez les femmes de 50 à 74 ans. (140) (146)

### 5.3.3.2. Le dépistage individuel

On estime que 10 à 15% des femmes réalisent un dépistage spécifique et ne participent donc pas au programme de dépistage organisé. Il s'agit de femmes ayant des facteurs de risque élevés et très élevés déjà cités. Celles-ci ont une surveillance clinique plus rapprochée et plus précoce. Elles réalisent également des imageries plus fréquentes.

### 5.3.3.3. La chirurgie préventive

Pour certaines femmes présentant des facteurs de risque très spécifiques, comme une mutation génétique identifiée, une mastectomie prophylactique peut être proposée en stratégie de prévention primaire. (140)

### 5.3.4. Diagnostic

La découverte du diagnostic peut être faite lors d'une mammographie dans le cadre du programme de dépistage organisé. Elle peut également être clinique avec la palpation d'un nodule dur, irrégulier et indolore au niveau d'un sein par un médecin. En effet, il est recommandé par la HAS d'effectuer une palpation mammaire par le médecin généraliste ou le gynécologue une fois par an chez toutes les femmes à partir de l'âge de 25 ans, qu'elles présentent des facteurs de risque ou non. L'examen clinique doit inclure l'inspection et la palpation mammaire incluant les aires ganglionnaires. (146)

L'auto-palpation par la patiente ne fait pas l'objet de recommandations françaises mais n'est pas proscrite. Elle est d'ailleurs détaillée dans de nombreux sites de vulgarisation médicale. La HAS et l'OMS estiment que l'auto-palpation n'est pas efficace dans le dépistage. (147) (148)

La fondation de recherche contre le cancer du sein, en revanche, préconise de faire cet examen une fois par mois, en précisant qu'elle ne se substitue pas à un examen médical. (149)

Si cette technique ne fait pas l'objet de recommandations officielles, on estime toutefois que pour 34% des patientes, la découverte du cancer du sein est faite à la suite de signes d'appel. Dans 34% des cas également, cette découverte est faite lors du dépistage organisé, dans 26% des cas lors d'un dépistage individuel et dans 6% des cas de manière fortuite. (145)

Quel que soit le mode de découverte, la suspicion clinique doit être suivie par la réalisation d'une mammographie bilatérale avec au moins deux incidences (de face et oblique externe). La seconde lecture permet un dépistage de 9% des cancers.

La conclusion de cet examen utilise la classification ACR et est classée comme suit en fonction du degré de suspicion de malignité : (145)

- ACR 0 : pas de conclusion, des investigations supplémentaires sont nécessaires,
- ACR 1 : examen normal,
- ACR 2 : anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire,
- ACR 3 : anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée,

- ACR 4 : anomalie indéterminée ou suspecte indiquant une vérification histologique,
- ACR 5 : anomalie évocatrice d'un cancer.

L'échographie mammaire permet de caractériser plus précisément la nature d'une lésion repérée par la mammographie. Elle explore également les aires ganglionnaires axillaires. L'examen est indolore et dure moins de 30 minutes. (145)

L'IRM mammaire n'est pas systématique, sauf en cas d'antécédent de radiothérapie thoracique, de prédisposition génétique avérée ou en cas d'antécédent de cancer du sein nécessitant une consultation d'oncogénétique. Elle n'est pas préconisée en première intention en cas de masse palpable. (145)

Le diagnostic de cancer sera confirmé par l'examen histologique effectué suite à la biopsie.

L'examen anatomo-pathologique précise le type de cancer, s'il est d'origine canalaire, lobulaire ou d'une autre forme plus rare. Il permet de savoir s'il est invasif ou in situ, précise le statut des récepteurs hormonaux, s'il existe une surexpression de HER 2 et l'index de prolifération. (145)

Les cancers dits « triple négatifs » c'est-à-dire avec des récepteurs hormonaux (œstrogènes et progestérone) négatifs et sans surexpression de HER 2 sont généralement de moins bon pronostic car ils présentent moins de possibilités thérapeutiques que les autres. (145)

Le bilan d'extension regroupe le scanner TAP, la scintigraphie osseuse, le marqueur tumoral CA 15.3 et une imagerie cérébrale en fonction de l'examen clinique. Le PET scanner est réalisé en cas de doute sur les images scannographiques. (137)

### 5.3.5. Classification et traitement

Le traitement repose sur la chirurgie, la radiothérapie externe, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et la thérapie ciblée. Ces traitements sont discutés et validés en RCP pour chaque patiente.

Le stade du cancer est défini par la classification TNM. T désignant la taille de la tumeur, N le nombre de ganglions atteints et M la présence ou non de métastases.



<b>Stade 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Stade IA</b>	T1	N0	M0
<b>Stade IB</b>	T1	N1mi	M0
<b>Stade IIA</b>	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
<b>Stade IIB</b>	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
<b>Stade IIIA</b>	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
<b>Stade IIIB</b>	T4	qqSN	M0
	qqST	N3	M0
<b>Stade IV</b>	qqST	qqSN	M1

*Classification TNM du cancer du sein, par stade UICC  
Source : Réseau régional de Cancérologie Onco Hauts de France (150)*

T1 désigne une tumeur de moins de 2 cm de grand axe.

T2 désigne une tumeur entre 2 et 5 cm de grand axe.

T3 désigne une tumeur de plus de 5 cm de grand axe.

T4 désigne une tumeur de n'importe quelle dimension avec une extension directe à la paroi thoracique ou à la peau.

N1 correspond à un envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires ou un ganglion sentinelle positif sans signe clinique.

N2 correspond à un envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires ou un envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux.

N3 correspond à un envahissement des ganglions axillaires et mammaires internes homolatéraux, ou à un envahissement de plus de 10 ganglions axillaires, ou un envahissement ganglionnaire sous-claviculaire ou sus-claviculaire homolatéral, ou à un envahissement de plus de 3 ganglions axillaires avec un ganglion sentinelle positif.

M1 désigne la présence de métastases à distance.

A la différence de la classification TNM qui est clinique, la classification pTNM est faite en post-opératoire à partir des analyses histologiques de la pièce opératoire et des ganglions. Elle permet de préciser la stratégie thérapeutique décidée en RCP.

En règle générale, en cas de carcinome invasif non inflammatoire et non métastatique, le premier traitement est la chirurgie, puis le traitement médical adjuvant en cas de tumeur de mauvais pronostic, puis la radiothérapie externe et enfin la surveillance. (150)

En cas de cancer inflammatoire, la chimiothérapie (associée à l'anti-HER 2 pour les cancers surexprimant HER 2) est réalisée en premier, ensuite la chirurgie, puis la radiothérapie, et enfin l'hormonothérapie en cas de récepteurs hormonaux positifs. (150)

Les modalités de chirurgie sont décidées en fonction de la taille de la tumeur et des résultats du ganglion sentinelle ou du curage ganglionnaire. Elle est conservatrice dans les situations où cela est possible. En cas de mastectomie, la chirurgie reconstructrice est le plus souvent réalisée de manière différée.

Le Trastuzumab est un anti-HER 2. Il s'agit d'un anticorps monoclonal utilisé en thérapie ciblée qui permet d'inhiber la prolifération des cellules cancéreuses exprimant l'HER 2.

Cette classe thérapeutique est innovante et a permis de réduire la mortalité due au cancer du sein.

Le Trastuzumab est administré de manière hebdomadaire ou toutes les trois semaines durant un an aux patientes ayant un cancer du sein invasif dont les résultats anatomo-pathologiques concluent à une tumeur HER 2 +. (151) (152)

En cas de cancer du sein HER 2 positif avec un risque élevé de récurrence, il peut être décidé d'ajouter du pertuzumab, un autre anticorps monoclonal.

Le lapatinib, qui est un inhibiteur de la protéine kinase, peut être utilisé dans les cancers métastatiques HER 2 positifs.

En cas de rechute chez les patientes ayant un cancer à un stade avancé et ayant reçu du trastuzumab et un taxane séparément ou en association, le trastuzumab emtansine (un anti-HER 2 couplé à un cytotoxique) peut leur être proposé. Il est classé ASMR II en monothérapie par l'HAS, par rapport à l'association lapatinib et capécitabine (une chimiothérapie orale). (153)

En cas de traitement chirurgical conservateur, la radiothérapie du sein est systématique. Elle permet d'éviter les rechutes. En fonction des atteintes, une irradiation axillaire et/ou pariétale peut être décidée en RCP. (150)

L'hormonothérapie est utilisée en cas de tumeur ayant des récepteurs hormonaux positifs. Généralement, pour les femmes ménopausées, on utilise un inhibiteur de l'aromatase et pour les femmes non ménopausées du Tamoxifène, qui est un anti-œstrogène. L'hormonothérapie est prescrite pour une durée d'au moins 5 ans. Les études actuelles montreraient un bénéfice à la poursuivre plus longtemps. (150)

Les chimiothérapies utilisées sont variées. Il existe plusieurs lignes en cas de rechute. En première ligne et en l'absence de contre-indication, on retrouve souvent les anthracyclines et les taxanes. (150)

### 5.3.6. Suivi et prise en charge globale

La surveillance carcinologique repose sur un examen clinique tous les 4 à 6 mois pendant 5 ans en alternance entre les différents médecins qui ont pris en charge la patiente, puis tous les ans.

Une mammographie de contrôle est à réaliser une fois par an.

Le médecin généraliste veille à ce que ce suivi soit fait. Il surveille également la patiente pendant toutes les phases de traitement et détecte les éventuels effets secondaires ou complications de chaque traitement.

Les principales complications de la chirurgie à connaître sont les infections, les hématomes, le lymphœdème, les troubles sensitivo-moteurs, et les troubles psychologiques ainsi qu'une altération de la vie sexuelle. (145)

Après un curage axillaire ou un lymphœdème, les patientes doivent être conseillées par rapport à certaines précautions à prendre. Il faut éviter de porter des charges lourdes, éviter les prises de sang et la prise de la tension du côté opéré, désinfecter immédiatement une plaie ou une coupure et porter des gants pour jardiner. Elles doivent savoir identifier les signes de lymphangite devant les amener à consulter. Le médecin généraliste, qui est en première ligne, a pour rôle d'éduquer la patiente à ce sujet.

La radiothérapie entraîne souvent des réactions cutanées pouvant laisser des séquelles. L'utilisation de savons naturels et de pommades émollientes peuvent leur être conseillées. On peut aussi observer des œsophagites radiques et des pneumopathies aiguës, plus rares, plusieurs semaines après la fin de l'irradiation. Enfin, il faut savoir que les séquelles de radiothérapie peuvent survenir plusieurs années plus tard et peuvent provoquer une dysthyroïdie radio-induite, ainsi qu'une toxicité pulmonaire et cardiaque.

D'ailleurs, la fonction cardiaque en cas de traitement par Trastuzumab et/ou anthracyclines est à surveiller régulièrement pendant le traitement, et davantage si on y associe une radiothérapie pariétale ou mammaire gauche. (145) (150)

Les effets secondaires des chimiothérapies sont fonction de la molécule utilisée. Pour la plupart d'entre elles, on note une perte d'appétit, une asthénie importante, une alopecie, une fragilité unguéale, des stomatites, une toxicité hématologique et cardiovasculaire. (150)

L'hormonothérapie augmente le risque d'accidents thrombo-emboliques et entraîne des symptômes de ménopause liés au blocage hormonal. Le tamoxifène augmente le risque de cancer de l'endomètre et les inhibiteurs de l'aromatase

peuvent provoquer des douleurs articulaires et favoriser la survenue d'une ostéoporose. (150)

Les effets indésirables les plus fréquents avec la thérapie ciblée sont les douleurs abdominales, la fatigue, les céphalées. Une surveillance par échocardiographie doit se faire tous les trois mois, car le Trastuzumab peut diminuer la fraction d'éjection ventriculaire gauche. (150)

Outre la recherche et le traitement des effets indésirables et l'information des patientes, le médecin généraliste décèle les récurrences, organise les soins de support nécessaires et prend en charge le soutien psychologique des patientes avec l'aide de psychologues si nécessaire. Il s'occupe également de l'aspect social avec la demande de prise en charge à 100% dans le cadre de l'ALD.

Chez les femmes non ménopausées, il faut proposer une contraception non hormonale dès le diagnostic de malignité. Pour limiter le lymphœdème, en plus des mesures préventives, des séances de kinésithérapie peuvent être prescrites. Chez la femme ménopausée, il y a bien évidemment une contre-indication à la prescription d'un THM après un cancer du sein.

#### 5.4. Le cancer du col de l'utérus

##### 5.4.1. Epidémiologie

En France, le cancer du col de l'utérus est le 12<sup>e</sup> cancer féminin le plus fréquent. (154)

On dénombre plus de 3000 nouveaux cas et plus de 1000 décès par an. (155)

Environ trois quarts des cas sont diagnostiqués chez des femmes jeunes, âgées de 25 à 64 ans. Le dépistage a un taux de couverture d'environ 60% en France, ce qui est insuffisant. (154)

##### 5.4.2. Infection à HPV

Les HPV sont des virus à ADN de petites tailles, très résistants, qui infectent les épithéliums cutanés et les muqueuses. On en dénombre environ 40 types. Ils sont classés selon leur potentiel oncogène.

A l'heure actuelle, 12 HPV sont considérés comme cancérogènes avérés, et parmi eux, les HPV 16 et 18 sont les plus fréquents.

L'infection à HPV est sexuellement transmissible et on estime que 80% des hommes et femmes sexuellement actifs seront un jour infectés par l'un de ces virus au cours de leur vie. Environ 90% des virus ne sont plus détectables spontanément après 2 ans. La manifestation clinique d'une contamination sexuelle à HPV est l'apparition de condylomes. Mais elle n'est pas systématique.

En plus du cancer du col de l'utérus, l'infection à HPV peut être le précurseur de cancers anogénitaux et de cancers de l'oropharynx.

Le cancer du col de l'utérus se développe à cause notamment de la persistance d'une infection à HPV de haut risque, qui crée des lésions précancéreuses puis un cancer invasif. Ce cancer se caractérise par une évolution lente et par des lésions précancéreuses curables. (154)

#### 5.4.3. Dépistage

En juillet 2019, la HAS a mis à jour ses recommandations en terme de dépistage. Avant, il s'effectuait par une analyse cytologique via un frottis cervico-utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans, à trois ans d'intervalle après deux frottis normaux à un an d'intervalle.

Dorénavant, la HAS recommande en première intention chez les femmes de plus de 30 ans de réaliser le test HPV. Ce test cible l'ADN du virus HPV par biologie moléculaire. Il peut être fait par prélèvement cervical par le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage femme, ou par auto-prélèvement vaginal (méthode à privilégier chez les femmes insuffisamment dépistées). (156)

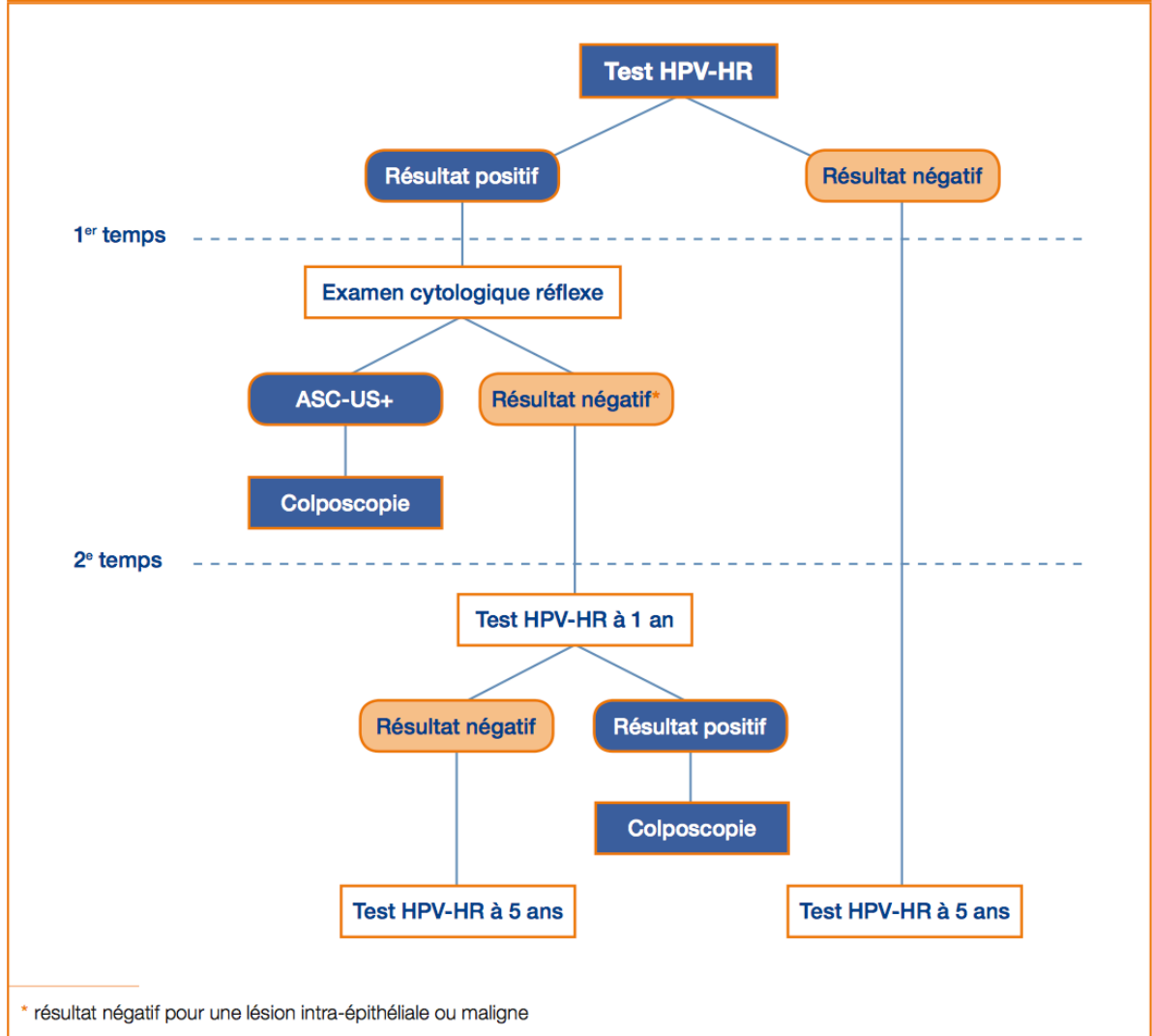
Pourquoi le test HPV après 30 ans ?

Il présente une meilleure sensibilité que la cytologie, il est considéré comme plus efficace chez les femmes de plus de 30 ans et sa protection est estimée plus longue en cas de résultat négatif.

Il est effectué tous les 5 ans en cas de test négatif.

Si le test est positif, on effectue alors une analyse cytologique. Si les résultats de la cytologie montrent des lésions de type ASCUS ou plus sévères, alors une colposcopie doit être réalisée. Si l'analyse cytologique est normale, un nouveau test HPV est à réaliser l'année suivante, puis à nouveau après 5 ans si celui-ci est négatif. (156)

Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU



Source : *Evaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus*. Haute Autorité de Santé. (156)

#### 5.4.4. Lésions précancéreuses

Les CIN affectent l'épithélium malpighien du col de l'utérus et sont le plus souvent situées sur l'exocol. Elles sont classées selon le degré de désorganisation de l'épithélium en 3 stades : CIN1, CIN2 et CIN3.

CIN1 correspond à des lésions intraépithéliales de bas grade (LSIL) et CIN2 et CIN3 correspondent à des lésions de haut grade (HSIL). La plupart des lésions de bas grade régressent ou n'évoluent pas, tandis que les lésions de haut grade ont une plus forte probabilité d'évoluer vers un cancer invasif. (154)

Les lésions de bas grade (CIN1) peuvent être surveillées ou détruites. En revanche, les lésions de haut grade (CIN2 et CIN3) sont systématiquement

traitées, le plus souvent par conisation. Si la patiente envisage une grossesse, la portion du col retirée est la plus réduite possible. Et sous certaines conditions, la destruction par vaporisation laser ou cryothérapie peut être proposée pour éviter la conisation.

La surveillance après le traitement reste indispensable. (154)

#### 5.4.5. Cancer invasif

Les cancers du col de l'utérus sont des carcinomes épidermoïdes (85%) ou des adénocarcinomes (15%). (154)

Le principal facteur de risque est l'infection à HPV. Le cancer invasif se développe généralement 10 à 15 ans après une infection à HPV.

Les autres facteurs pouvant favoriser le développement de ce cancer sont : les rapports sexuels précoces, la multiplicité des partenaires, la multiparité, le tabagisme, l'utilisation prolongée des contraceptifs oraux, les infections par Chlamydia trachomatis ou HSV-2 et l'immunosuppression. (154)

Les circonstances de découverte sont l'apparition de métrorragies indolores, souvent provoquées par des rapports sexuels, des pertes muco-purulentes, des douleurs pelviennes ou des complications urologiques dans les formes avancées. (142) (154)

L'examen clinique retrouve au speculum une tumeur bourgeonnante friable ou ulcérée, saignant au contact avec une base indurée. (142)

L'IRM pelvienne et lombo-aortique est l'examen de référence dans l'évaluation pré-thérapeutique. Le PET scanner peut être réalisé pour les tumeurs volumineuses avec un risque de métastases à distance. La cystoscopie et la rectoscopie peuvent être réalisées en cas de doute sur un envahissement de la vessie ou du rectum par la tumeur. Pour les carcinomes épidermoïdes, on dose le SCC qui sera utile pour le suivi. L'ACE est quant à lui élevé dans les adénocarcinomes. (154) (157)

#### 5.4.6. Traitement et prise en charge globale

Le traitement du cancer du col est fonction du stade de la maladie. Celle-ci est définie par la classification de FIGO qui est basée sur l'examen clinique.

Le stade I est strictement limité au col. On distingue le stade Ia : cancer micro-invasif et le stade Ib : cancer invasif.

Le stade II correspond à un cancer ayant dépassé le col.

Le stade III correspond à une atteinte du tiers inférieur du vagin et/ou une extension jusqu'à la paroi pelvienne.

Le stade IV désigne une extension tumorale au-delà du pelvis ou une atteinte de la muqueuse vésicale ou rectale.

Comme pour tous les cancers, le dossier de la patiente doit être présenté en RCP avant de valider le traitement. (157)

Plusieurs stratégies thérapeutiques sont possibles. Elles reposent sur la chirurgie (conservatrice si c'est possible), sur la radio-chimiothérapie concomitante pelvienne et lombo-aortique, et la curiethérapie. La chimiothérapie standard en première ligne est l'association cisplatine/paclitaxel couplée à la thérapie ciblée par bévacizumab. En cas de contre-indication au cisplatine, comme l'insuffisance rénale par exemple, il peut être remplacé par le carboplatine. (158)

#### 5.4.7. Suivi

La surveillance est essentiellement clinique. Un suivi psychologique doit également être proposé.

Pour les patientes ayant eu un traitement conservateur de l'utérus, le frottis de surveillance est systématique après 6 mois, puis 12 mois, puis une fois par an. Dans les autres cas, le frottis systématique n'est pas recommandé. En cas de cancer épidermoïde, le dosage du SCC peut être utile s'il était élevé au moment du diagnostic. (154)

Le pronostic du cancer du col de l'utérus est variable et dépend de l'atteinte. La survie à 5 ans est entre 80 et 90% au stade I, et entre 15 et 30% au stade IV. (142)

#### 5.4.8. Vaccination

Depuis 2008, la vaccination préventive est proposée aux jeunes filles âgées de 11 à 14 ans avant les premiers rapports sexuels, avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans. Celle-ci permet d'éviter la contamination par l'HPV 16 et l'HPV 18.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021, la vaccination contre le papillomavirus sera étendue à tous les garçons de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans. (132) (154)



## 5.5. Le cancer de l'endomètre

### 5.5.1. Epidémiologie

Le cancer de l'endomètre est le cancer gynécologique pelvien le plus fréquent en France. On compte 7 275 nouveaux cas en 2012, ce qui le place au 4<sup>e</sup> rang des cancers féminins en terme d'incidence. (159)

Les principaux facteurs de risque sont l'obésité, le diabète, le syndrome de Lynch et un traitement par Tamoxifène pendant plus de 5 ans.

La découverte de la maladie se fait en moyenne à 68 ans.

Le pronostic des stades localisés est bon, on note 95% de survie à 5 ans. Tous stades confondus, la survie à 5 ans est de 76%.

Histologiquement, 80% des tumeurs sont des adénocarcinomes endométrioïdes. (159) (160)

### 5.5.2. Diagnostic

Le diagnostic est suspecté devant des métrorragies spontanées, le plus souvent post-ménopausiques.

Il n'existe pas de moyen de dépistage du cancer de l'endomètre à l'heure actuelle. L'examen clinique doit être complet et l'examen au spéculum élimine un saignement cervico-vaginal. (161)

On réalise une échographie pelvienne à la recherche d'une hypertrophie endométriale, puis une hystéroscopie avec des biopsies pour avoir une preuve histologique de malignité. (161)

Le bilan d'extension comprend une IRM pelvienne, afin d'estimer le degré d'infiltration du myomètre, d'invasion du stroma cervical et pour explorer les ganglions lombo-aortiques. Un scanner TAP est réalisé en cas de contre-indication à l'IRM. En cas d'extension régionale et à distance, le dosage du CA-125 et un PET Scanner peuvent être réalisés. (159) (162)

### 5.5.3. Classification et modalités thérapeutiques

Chez les patientes de plus de 75 ans, une évaluation oncogériatrique doit être réalisée avant le passage du dossier en RCP.

Les modalités thérapeutiques sont en fonction du type histologique de la tumeur et du stade clinique de la maladie. Ce dernier est défini par la classification de FIGO. (163)

FIGO (2009)	DESCRIPTION	TNM (2009)
Stades I*	Tumeur limitée au corps utérin	T1
IA	Tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre	T1a
IB	Tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre	T1b
Stades II*	Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus	T2
Stades III*	Extension locale et/ou régionale comme suit :	T3 et/ou N1
IIIA	Séreuse et/ou annexes**	T3a
IIIB	Envahissement vaginal et/ou paramétrial**	T3b
IIIC	Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux**	N1
IIIC1	Ganglions pelviens	
IIIC2	Ganglions para-aortiques +/- ganglions pelviens	
Stades IV*	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance	T4 et/ou M1
IVA	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale	T4
IVB	Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux	M1

\* : grades 1, 2 ou 3 ; \*\* : les résultats de la cytologie péritonéale doivent être rapportés séparément et ne modifient pas la classification.

*Classification FIGO et correspondances TNM.*

*Source : Prise en charge chirurgicale primaire des cancers de l'endomètre.*

*Recommandations SFOG-CNGOF (164)*

On dénombre deux types histologiques : (162)

- Les tumeurs de type I, plus fréquentes et souvent moins agressives. Les plus fréquentes sont les adénocarcinomes endométrioïdes. Ces tumeurs sont généralement de bas grade.
- Les tumeurs de type II, généralement de haut grade. C'est le cas par exemple des carcinomes à cellules claires. Environ 10 à 15% ont une mutation du gène codant la protéine p53 (protéine ayant un rôle d'anti-prolifération et d'apoptose de la cellule).

La chirurgie est le traitement de référence des cancers de l'endomètre tant que le stade et l'état de la patiente le permettent. La pièce opératoire est ensuite analysée en anatomo-pathologie. La recherche d'instabilité des microsatellites doit être faite chez les patientes de moins de 50 ans, ou avec un antécédent familial de cancer colorectal ou du spectre du syndrome de Lynch.

L'anatomopathologie confirme également le type de la tumeur pour l'indication du traitement adjuvant. (163)

La radiothérapie externe et la curiethérapie sont réalisées en adjuvant en fonction du stade de la maladie. En cas de contre-indication à la chirurgie, la

radiothérapie externe couplée à la curiethérapie est à proposer. Pour les patientes présentant un état général très altéré, une curiethérapie seule peut être envisagée. (163)

La chimiothérapie est réalisée dans les stades avancés avant ou après la radiothérapie. Elle est généralement à base de carboplatine et paclitaxel. (163)

#### 5.5.4. Surveillance et mesures associées

La surveillance après le traitement est clinique et s'effectue en alternance entre le médecin généraliste et l'équipe qui a pris en charge la patiente. Outre la recherche de complications ou de récurrence, il est important de prévenir la survenue d'un 2<sup>e</sup> cancer. Chez les femmes de 50 à 74 ans, la participation au dépistage du cancer du sein et du colon doit être encouragée.

Une consultation d'oncogénétique doit être réalisée en cas de découverte de Syndrome de Lynch. (163)

## L'ESSENTIEL

### CE QUE L'ON SAIT

- Depuis juillet 2019 : test HPV tous les 5 ans à partir de 30 ans
- 70% de récurrence des cancers de l'ovaire dans les 2 ans
- Cancer du sein : 1<sup>er</sup> cancer féminin en terme d'incidence / taux de participation au dépistage organisé : 50%, insuffisant
- Cancer de l'endomètre : 1<sup>er</sup> cancer gynécologique en terme d'incidence / Très bon pronostic en cas de stade localisé
- Dépistage cancer du col : taux de participation 60%, insuffisant
- Vaccination contre HPV étendue aux garçons à partir de 2021

### LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE

- ➔ Incitation par le médecin traitant au dépistage organisé = Augmentation du taux de participation
- ➔ Vigilance / surveillance des récurrences de cancer par le médecin traitant qui est en 1<sup>ère</sup> ligne
- ➔ Coordination du suivi / Prise en charge médico-psycho-sociale et des symptômes d'inconfort / Recherche et traitement des complications et effets indésirables des traitements / Accompagnement en fin de vie
- ➔ Prévention primaire par la vaccination

## 6. PREVENTION DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

### 6.1. Epidémiologie

En France, les infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes sont l'herpès génital, les infections à *Chlamydia trachomatis* et gonocoque, la syphilis, la trichomonose et le papillomavirus. Le nombre des IST hors VIH est globalement en hausse depuis les années 2000. En effet, les systèmes de surveillance montrent une augmentation des infections à gonocoque et à *Chlamydia trachomatis* ainsi qu'une augmentation des cas de syphilis. (165)

Entre 2015 et 2017, le nombre d'infections à gonocoque a augmenté de 70%, et celui des infections à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de 15%. Le nombre de diagnostics de syphilis, quant à lui, reste stable. (166)

En ce qui concerne l'épidémie du VIH en France, la prévalence est estimée à 0,4% chez les adultes de 15 à 49 ans. En 2017, ce sont environ 6400 personnes qui ont découvert leur séropositivité VIH, soit 9,6 découvertes pour 100 000 habitants. (166)

### 6.2. Les infections à gonocoque et *Chlamydia trachomatis*

En 2016, on compte environ 267 000 personnes atteintes par le *Chlamydia* en France, soit un taux de 491 pour 100 000 habitants. Les plus touchées sont les jeunes femmes entre 15 et 24 ans, résidant en Ile-de-France et dans les départements d'Outre-mer.

Le gonocoque en 2016 touche environ 49 600 personnes en France. L'infection se transmet principalement chez les adolescents et jeunes adultes également, avec une prédominance chez les hommes, à l'exception des Départements d'Outre Mer. (166)

Ces deux infections bactériennes se transmettent lors de rapports sexuels non protégés. Elles peuvent évoluer à bas bruit ou donner des tableaux de cervicite, salpingite, endométrite ou rectite chez la femme, et urétrite, orchio-épididymite, prostatite, ou rectite chez l'homme. Plus rarement, des manifestations extra-génitales peuvent s'observer comme des arthrites septiques ou réactionnelles, des conjonctivites et ulcérations cornéennes, des éruptions cutanées pustuleuses ou des atteintes péri-hépatiques avec le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis. (167)

Le diagnostic bactériologique s'effectue par des prélèvements locaux génitaux ou extra-génitaux pour les formes disséminées et par analyse d'urine.

Le traitement antibiotique s'accompagne de mesures associées, à savoir des recommandations d'abstinence sexuelle ou de rapports protégés jusqu'à la

guérison, de dépistage et de traitement des partenaires, ainsi que d'un contrôle clinique de la guérison. (167)

### 6.3. L'infection à herpès virus

Actuellement, la prévalence en France de l'infection à HSV-2 chez l'adulte est d'environ 15 à 20%. L'herpès génital est également dû au virus HSV-1 dans un tiers des cas. (167)

Lors de la primo-infection, les formes symptomatiques ne concernent qu'un tiers des cas et correspondent à des lésions génitales érythémato-vésiculeuses très douloureuses, rapidement ulcérées et recouvertes d'un exsudat blanchâtre. Lors des récurrences, les lésions sont localisées le plus souvent au site de la primo-infection et sont généralement moins intenses. (167)

Le diagnostic est clinique. L'examen direct par PCR sur un prélèvement local peut être indiqué en cas de forme atypique. La sérologie n'a aucun intérêt pour confirmer le diagnostic. (167)

Le traitement repose sur l'administration pendant quelques jours d'un antiviral tel que le valaciclovir. En cas de récurrences fréquentes, c'est à dire plus de six fois par an, le traitement antiviral peut être prescrit au long cours pour une durée de six mois à un an, mais ne permet pas d'éradiquer le virus. (167)

### 6.4. La syphilis

Entre 2015 et 2017, le nombre de diagnostics de syphilis récente, c'est à dire résultant d'une contamination datant de moins d'un an, est stable. Cette infection par *Treponema pallidum* est plus fréquente chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. En effet, ils représentent 81% des cas. On constate en revanche une légère augmentation des cas chez les femmes hétérosexuelles. Une co-infection avec le VIH est découverte dans 10% des cas. (166)

L'infection est classée selon ses manifestations cliniques (stade primaire, secondaire et tertiaire) ou selon le temps écoulé depuis la contamination quand celui-ci peut être estimé (précoce si moins d'un an, ou tardive). La syphilis non symptomatique est qualifiée de « latente ». (167)

La syphilis primaire correspond au chancre qui apparaît en moyenne trois semaines après la contamination, associé le plus souvent à une ou plusieurs adénopathies. Les symptômes disparaissent ensuite spontanément.

La syphilis secondaire témoigne de la dissémination hémotogène du tréponème et apparaît classiquement entre 6 semaines et un an après le chancre. Les signes cliniques peuvent être multiples. Les manifestations cutanéomuqueuses sont les plus fréquentes avec l'apparition d'une roséole, de syphilides ou de plaques muqueuses. Tous les autres organes peuvent être touchés. C'est pourquoi la syphilis est qualifiée de « grande simulatrice ».

La syphilis tertiaire est très rare. Elle correspond à une granulomatose qui peut atteindre tous les organes.

La neurosyphilis peut être présente à tous les stades de la maladie.

La syphilis congénitale est plus fréquente en cas de syphilis précoce que tardive. Elle est observée en cas de syphilis secondaire ou latente chez la mère. (167)

Le principal outil diagnostique est la sérologie VDRL-TPHA. Le traitement repose sur une antibiothérapie bien menée par pénicilline G ou doxycycline. Ce traitement doit également être couplé aux mesures associées préventives identiques à celles des autres IST et au contrôle biologique de la guérison. (167)

#### 6.5. L'infection à trichomonas vaginalis

La trichomonose est une infection parasitaire observée le plus souvent chez les femmes. Elle provoque des vulvo-vaginites et des cervicites, plus rarement des urétrites. Elle se diagnostique par prélèvements locaux et se traite par métronidazole en première intention. Le traitement du partenaire doit également être conseillé, ainsi que la recherche des autres IST qui peuvent être associées.

#### 6.6. L'infection par le VIH

En France métropolitaine, l'épidémie de VIH est considérée comme concentrée. Elle est peu fréquente dans la population générale mais touche des groupes de personnes particuliers. Parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2017, 56% ont été contaminés par rapport hétérosexuels (parmi eux, 75% sont des personnes nées à l'étranger, principalement en Afrique subsaharienne), 41% ont été contaminées lors de rapports entre hommes et 2% sont des usagers de drogue injectable. (168)

Sur le plan géographique, on constate que l'épidémie est forte en Guyane avec 109 découvertes par an pour 100 000 habitants, ainsi qu'en Martinique, Guadeloupe, Mayotte et Ile de France avec 20 découvertes pour 100 000 habitants. Comparativement, dans la population générale en France métropolitaine, on compte 6 découvertes pour 100 000 habitants.

Tout rapport sexuel avec une personne infectée par le VIH est à risque de transmission. Un seul contact peut suffire à transmettre la maladie. Les facteurs augmentant ce risque sont le rapport anal et la présence d'une lésion génitale ou d'un saignement. Si la charge virale est élevée lors du rapport, ou s'il existe une autre IST, le risque de transmission augmente également. Seule l'utilisation des préservatifs féminins ou masculins permettent de prévenir la transmission sexuelle. (167)

L'évolution de l'infection au VIH se divise en 3 phases : (167)

- La primo-infection, survenant généralement 10 à 15 jours après la contamination, où le tableau clinique est souvent polymorphe. On retrouve par ordre décroissant de fréquence : une fièvre, un syndrome pseudo-grippal persistant, une asthénie, une polyadénopathie, une pharyngite, une éruption maculopapuleuse, des ulcérations génitales, des signes digestifs à type de douleurs abdominales, de la diarrhée, des nausées et des vomissements. Les signes neurologiques sont plus rares. Sur le plan biologique on retrouve des anomalies de l'hémogramme avec, par ordre décroissant de fréquence : une thrombopénie, une leucopénie, une lymphopénie ou une hyperlymphocytose avec un syndrome mononucélosique, et une cytolysé hépatique. Durant cette phase, la réplication virale est intense.
- La phase chronique peut durer plusieurs années. Les événements cliniques sont mineurs. On peut retrouver des manifestations cutanéomuqueuses, une altération de l'état général, des sueurs nocturnes, une diarrhée chronique. Les signes biologiques sont inconstants. On retrouve une nouvelle fois des anomalies de l'hémogramme. Lors de cette phase, le risque de contamination des partenaires est très grand car la réplication virale est active.
- Le stade SIDA correspond à la survenue d'une pathologie opportuniste majeure, qu'elle soit infectieuse ou tumorale. Ces affections sont d'autant plus fréquentes que le taux de lymphocytes T CD4 du patient est inférieur à  $200/\text{mm}^3$ . Dans les pathologies opportunistes, on retrouve par ordre décroissant de lymphocytes T CD4 : la candidose buccale, la tuberculose, la maladie de Kaposi, les lymphomes, la candidose œsophagienne, la pneumocystose, la toxoplasmose cérébrale, l'infection à CMV, les infections à mycobactéries atypiques, la cryptococcose neuroméningée, la LEMP à JC virus.

Le diagnostic biologique se fait en deux temps. Après accord du patient, on effectue les sérologies VIH 1 et 2 par test ELISA. Si elles sont négatives, il y a absence d'infection au VIH, sauf en cas d'une exposition datant de moins de 6 semaines, auquel cas le test sera à refaire.

Si le test est positif, alors le biologiste réalise de lui-même un test de confirmation par Western-Blot. Si ce deuxième test est positif, alors on effectue un second prélèvement chez le patient avant de poser le diagnostic



de séropositivité au VIH. Ce second prélèvement est obligatoire et élimine une éventuelle erreur de prélèvement. Si les résultats sont concordants, le diagnostic peut alors être posé.

Si le résultat du Western-Blot est négatif, on recherche alors l'ARN plasmatique du VIH. Si celui-ci est négatif, on effectue de nouvelles sérologies à 6 semaines. Si celui-ci est positif, la primo-infection est probable et on effectue de nouvelles sérologies immédiatement. (167)

Les résultats des tests doivent être annoncés par le médecin ayant demandé les analyses. La consultation doit être dédiée à cette annonce. Si le diagnostic n'est pas établi, alors la consultation doit être l'occasion d'informer le patient sur les moyens de prévention des IST et la conduite à tenir en cas de conduites à risque.

Si le diagnostic d'infection au VIH est confirmé, l'annonce doit être franche et sincère, sans brutalité. L'information du patient doit être claire, loyale et appropriée sur l'évolution de la maladie, les perspectives de traitement, la transmission, les mesures de prévention et sur les conséquences par rapport à la vie familiale. Le professionnel de santé est tenu au secret professionnel. Il a donc pour mission de convaincre le patient d'annoncer sa séropositivité à ses partenaires afin d'organiser leur dépistage. (167)

Depuis quelques années, de nouveaux tests de dépistage existent : (169)

- le TROD : c'est un test simple à lecture visuelle qui permet d'avoir une réponse dans les 30 minutes. Un résultat positif nécessite une confirmation par sérologie. Un test négatif ne peut pas être interprété en cas de prise de risque dans les trois derniers mois.
- L'autotest vendu en pharmacie : il s'agit d'un TROD effectué à domicile et dont l'interprétation est effectuée directement par le patient.

Le traitement repose sur une trithérapie d'antirétroviraux qui doit être maintenue à vie. Tous les patients infectés par le VIH ont une indication de traitement antirétroviral quel que soit le taux de lymphocytes T CD4, même si ce taux est supérieur à 500/mm<sup>3</sup>. La prescription initiale doit être faite par un médecin hospitalier.

En cas de prise de risque datant de moins de 48h, le patient doit se rendre aux urgences pour bénéficier d'un éventuel traitement prophylactique post-exposition. (167)

## 6.7. Les hépatites B et C

La prévalence de ces deux infections est faible en France. On compte actuellement une prévalence de 0,65% pour le VHB et de 0,84% pour le VHC. Le VHD est très rare et concerne moins de 2% des sujets infectés par l'hépatite B. Le

risque de la transmission sexuelle du VHC est augmenté en cas de rapports sexuels traumatiques, d'une séropositivité au VIH ou d'une co-infection avec une autre IST. (167)

Ces deux virus peuvent entraîner des hépatites aiguës, voire des hépatites fulminantes et, à long terme, des fibroses hépatiques, des cirrhoses et des carcinomes hépatocellulaires. Le VHD ne peut infecter qu'un patient déjà infecté par le VHB. Il majore le risque d'hépatite fulminante et d'évolution vers la cirrhose et le CHC. (167)

Le diagnostic biologique se fait par sérologies et recherche des charges virales. Pour l'hépatite B, le profil sérologique est spécifique d'une infection aiguë ou chronique. Pour l'hépatite C, la persistance d'ARN VHC circulant après six mois d'évolution définit l'infection chronique. (167)

Le traitement antiviral et la prise en charge globale doivent être réalisés avec la coordination d'un spécialiste. L'objectif est de freiner l'évolution vers la cirrhose et le CHC. En ce qui concerne l'hépatite B, l'éradication du virus est impossible car celui-ci reste intégré dans le noyau cellulaire. (167)

La prévention de la transmission se base sur l'utilisation des préservatifs, ainsi que sur la vaccination pour l'hépatite B. Le schéma vaccinal classique se fait chez le nourrisson à 2, 4 et 11 mois. On peut également vacciner les enfants et les adultes avec trois injections espacées de 1 mois entre la première et la deuxième, et de 5 mois entre la deuxième et la troisième. Dans l'entourage d'un cas d'hépatite B, on peut faire trois injections rapprochées suivies d'un rappel à 12 mois. (167)

#### 6.8. En pratique en médecine générale

La prévention de ces IST fait partie des priorités de santé publique compte tenu de l'augmentation du nombre de cas en France. Elle repose tout d'abord sur les conseils du médecin généraliste et sur l'éducation des patients avec notamment l'utilisation de préservatifs afin d'éviter la contamination. L'identification des potentielles prises de risques ou la survenue de symptômes évocateurs d'infection doit également amener les patients à consulter. Le dépistage constitue l'un des piliers de la prévention et permet de diagnostiquer les formes pauci symptomatiques. (170)

En 2018, Santé Publique France a lancé une campagne digitale « Un préservatif, ça peut te sauver la vie. Gardes-en toujours sur toi. » (171)

Depuis le 10 décembre 2018, les préservatifs peuvent être pris en charge par l'assurance maladie s'ils sont prescrits par un médecin ou une sage-femme. (172)

Le dépistage du VIH en France connaît une forte activité. En 2016, 5,6 millions de sérologies et 56 000 TROD sont effectués. On compte environ 73 000 autotests

vendus en pharmacie cette année-là. Cependant, la découverte de la séropositivité VIH est encore trop souvent tardive. En effet, en 2017, 30% des cas de séropositivité VIH sont découverts à un stade avancé de l'infection. (168)

Selon les recommandations de la HAS de 2009, l'ensemble de la population générale de 15 à 70 ans doit s'être vue proposer au moins une fois dans sa vie un test de dépistage de VIH, hors exposition à un risque d'infection. (173)

Les catégories de personnes qui sont plus à risque doivent se faire tester régulièrement. Pour certaines catégories de personnes considérées comme les plus à risque, une prophylaxie pré-exposition (PrEP) peut être proposée et réduit ainsi les risques de contamination. (174)

Cette mise en place récente de traitement préventif dans les populations à risque est l'un des facteurs expliquant la diminution du nombre de découverte d'infection au VIH en 2018. (175)

Selon plusieurs études, on estime que le dépistage des IST en médecine générale n'est pas optimal.

D'après la thèse de D. VAUTRIN, bien que 79% des médecins généralistes semblent connaître les populations cibles les plus à risque d'IST, seulement 29% de ces patients font l'objet de dépistage à l'initiative du médecin. (176)

D'après la thèse de P. TOULY, seulement 33,3% des médecins généralistes réalisent le dépistage du gonocoque chez les patients symptomatiques et seulement 40,9% d'entre eux dépistent systématiquement le Chlamydia trachomatis de manière concomitante, alors qu'il est recommandé de faire un dépistage annuel à toutes les jeunes femmes de 15 à 25 ans et les hommes de 15 à 30 ans. Ce dépistage doit être renouvelé tous les ans en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire. (170) (177) (178)

Les difficultés à proposer un test de dépistage par les médecins généralistes peuvent être expliquées par plusieurs appréhensions : un manque de formation, un malaise par rapport au sujet, ou un manque de temps pour aborder la sexualité en consultation. Pour certains, cela peut aussi être une appréhension à devoir annoncer un résultat positif. De plus, il faut rappeler que le dépistage du gonocoque n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale. Certains médecins peuvent donc se montrer réticents à prescrire un test de dépistage payant à leurs patients.

Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans la prévention et le dépistage des IST car il reçoit en consultation un large éventail de la population. Une actualisation des connaissances des médecins via des formations spécifiques permettrait d'améliorer la prévention des IST dans la population générale et les populations cibles. D'ailleurs, dans la thèse de D. VAUTRIN, 79% des médecins généralistes interrogés y seraient favorables. (176)

## 7. L'ENDOMETRIOSE

### 7.1. Définition et histoire naturelle

L'endométriose est définie par la présence de stroma endométrial en dehors de l'utérus. En raison de cette définition histologique, la prévalence de l'endométriose est difficile à estimer dans la population générale et les études sont plutôt hétérogènes. On estime cette prévalence en France à 10%. (179)

L'endométriose est une maladie multifactorielle qui associe des facteurs génétiques, environnementaux et liés aux menstruations. Elle est favorisée par des premières règles précoces, des cycles courts et un volume menstruel important. Le risque de survenue d'endométriose pour les apparentées au premier degré est 5 fois plus élevé que dans la population générale. Néanmoins, il n'est pas recommandé d'effectuer un dépistage systématique chez ces patientes. (179)

La survenue de symptômes douloureux dans l'endométriose n'est pas obligatoire. (179)

### 7.2. Diagnostic

Le médecin doit penser au diagnostic d'endométriose devant certains symptômes rapportés par la patiente : (179)

- Des dysménorrhées intenses, responsables d'absentéisme régulier et résistantes aux antalgiques de palier I,
- Des dyspareunies profondes,
- Des douleurs à la défécation et des signes fonctionnels urinaires surtout pendant les règles,
- Une infertilité.

L'endométriose symptomatique est associée à une altération de la qualité de vie. Il est recommandé d'évaluer cet impact dans la prise en charge thérapeutique.

Les examens à réaliser en cas de suspicion d'endométriose sont un examen clinique gynécologique et une échographie pelvienne en première intention.

En deuxième intention, on peut réaliser une IRM pelvienne qui est complémentaire à l'échographie endovaginale. L'IRM permet de détecter une endométriose pelvienne profonde ainsi qu'une atteinte urinaire. La réalisation de ces examens est à discuter en fonction du type d'endométriose recherchée.

En cas de suspicion d'atteinte digestive, une echo-endoscopie rectale ou un coloscanner peuvent être réalisés. Il n'y a pas d'indication à réaliser une coloscopie, sauf pour éliminer un diagnostic différentiel. (179)

Dans le cas où l'endométriose est fortement suspectée et que les examens d'imagerie ne sont pas concluants, une cœlioscopie diagnostique peut être discutée. Si celle-ci est normale, le diagnostic d'endométriose est éliminé. Si des lésions typiques sont retrouvées, elles sont alors biopsiées. Il n'est pas recommandé de réaliser des biopsies sur des tissus macroscopiquement sains.

Il existe plusieurs classifications des stades de l'endométriose. La plus utilisée est la classification de l'American Fertility Society révisée. Elle permet de corréler les lésions de l'endométriose et le pronostic d'infertilité, mais ne prend pas en compte le caractère évolutif et inflammatoire de la maladie. (180)

<b>1 - Lésions péritonéales</b>		
Superficielles	Profondes	
< 1 cm	1	2
1 à 3 cm	2	4
> 3 cm	4	6
<b>2 - Lésions ovariennes</b>		
Ovaire droit	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
Ovaire gauche	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
<b>3 - Adhérences</b>		
Ovaire droit	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Ovaire gauche	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Trompe droite	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
Trompe gauche	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
* Si le pavillon de la trompe est complètement immobilisé (adhèrent sur toute la circonférence), compter 16		
<b>4 - Oblitération du Douglas</b>		
Partielle	4	
Totale	40	
Stade de l'endométriose	degré de sévérité	Score AFS
Stade I	endométriose minimale	1 - 5
Stade II	endométriose modérée	6 - 15
Stade III	endométriose moyenne	16 - 40
Stade IV	endométriose sévère	> 41

*Classification de l'American Fertility Society révisée*  
Source : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (180)

La classification française FOATI, moins utilisée, prend en compte le facteur inflammatoire. (180)

Facteurs principaux	0	1	2	3
F ( foyer-péritoine) Diamètre cumulé	Sans lésion	< 1cm	1 à 5 cm	< 5 cm ou profond
O (endométriome ovarien) Mensuration par échographie ou autre imagerie*	Sans lésion	< 1 cm	1-5 cm	< 5 cm ou bilatéral
A (adhérence) avant toute lyse*	Sans lésion	Mobilité trompe et ovaire conservée	Conservation partielle mobilité trompe et/ou ovaire	Absence mobilité trompe et/ou ovaire
T (trompe = HSG ou autre)**	Sans lésion	Occlusion partielle (proximale ou distale)	Occlusion totale d'un côté + partielle de l'autre	Occlusion totale, bilatérale et permanente
I (inflammation)**	Hypervascularisation, Saignement au contact + si > 50 % de lésions rouges, sinon –			
C.D.S (cul-de-sac)	Sans lésion	Lésions superficielles des ligaments utérosacrés	Lésions profondes des ligaments utérosacrés	Septum recto-vaginal
Autres : E (intestins) U (urinaires)				
* Ajouter D, G si lésions unilatérales ou très asymétriques ** Facteurs additionnels				

*Classification FOATI de l'endométriose*

*Source : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (180)*

Les organes les plus souvent touchés dans l'endométriose profonde sont les ovaires, les ligaments utérosacrés, le rectum, la vessie et le vagin. Dans de très rares cas, d'autres organes à distance peuvent être atteints comme les poumons ou le cerveau.

Selon l'INSERM, seulement deux cas d'atteinte cérébrale ont déjà été rapportés (communiqué datant de 2019). (181)

### 7.3. Traitements

Le traitement de l'endométriose doit être global, c'est à dire, médical, psychologique et social.

#### 7.3.1. Traitements hormonaux

Les traitements hormonaux recommandés en première intention sont la contraception par œstroprogestatifs ou le DIU au levonorgestrel. (179)

La pilule œstroprogestative en prise cyclique permettrait de réduire le volume des endométriomes d'environ 50% à 6 mois. (179)

Il n'y a pas de preuve permettant de recommander systématiquement un traitement hormonal en pré-opératoire pour prévenir le risque de complication chirurgicale, de faciliter la chirurgie ou de réduire le risque de récurrence. (179) Certaines équipes utilisent cependant de la triptoreline avant la chirurgie au cas par cas.

#### 7.3.2. Traitement chirurgical et fertilité

Le traitement chirurgical est discuté au cas par cas et selon les attentes de la patiente. Celui-ci est préférentiellement réalisé par coelioscopie. En cas d'atteinte extra-pelvienne, un avis spécialisé est demandé. (179)

En cas d'infertilité dans un contexte d'endométriose, la prise en charge en AMP par FIV est nécessaire. L'ICSI n'est pas à privilégier en première intention par rapport à la FIV classique.

De même, la chirurgie de l'endométriose n'est pas réalisée systématiquement pour augmenter les chances de FIV.

Celle-ci est discutée en réunion de concertation médico-chirurgicale en cas d'endométriose profonde après plusieurs échecs de FIV afin de réaliser l'intervention avant une nouvelle tentative. (179)

L'incidence de l'endométriose est d'environ 40% chez les femmes présentant une infertilité. (180)

En cas d'atteinte ovarienne, il semblerait que la maladie diminue le stock folliculaire. La préservation de la fertilité avec congélation d'ovocytes doit être discutée avec la patiente selon ses attentes. (179)

### 7.3.3. Traitement antalgique

L'endométriose provoque des douleurs chroniques.

Le traitement médicamenteux repose sur des antalgiques de palier I et II voire III en cas d'endométriose douloureuse. La prescription d'AINS au long cours n'est pas recommandée compte tenu de ses effets secondaires gastriques et rénaux. En cas de douleur d'origine neuropathique, un traitement spécifique peut être prescrit, comme la prégabaline par exemple. (179)

### 7.3.4. Traitements non médicamenteux

Les régimes alimentaires ou les suppléments vitaminiques n'ont pas encore fait preuve de leur efficacité dans l'endométriose douloureuse.

L'acupuncture, l'ostéopathie et le yoga ont montré une amélioration de la qualité de vie des patientes. (179)

La prise en charge de la douleur doit le plus possible se faire par une approche pluridisciplinaire. (179)

L'endométriose ne devient jamais cancéreuse, mais a un impact important sur la qualité de vie des patientes. A l'heure actuelle, aucun traitement ne peut la guérir, mais nous disposons de plusieurs méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses pour soulager la douleur et améliorer la qualité de vie des patientes. (179)



## L'ESSENTIEL

### CE QUE L'ON SAIT

- VIH : nombreux dépistages mais 30% des cas découverts à un stade avancé
- PrEP : réduit le risque de contamination / participe à la baisse du nombre de nouveaux cas répertoriés en 2018
- Gonocoque et Chlamydia : plus fréquents et pourtant moins dépistés que le VIH
- Endométriose : prévalence 10% / symptômes douloureux non obligatoires / incidence de 40% chez les femmes présentant une infertilité / Impact important sur la qualité de vie

### CE QUE L'ON PEUT FAIRE

- ➔ Penser au dépistage systématique des IST chez les 15-30 ans / penser à l'analyse d'urine en plus des sérologies
- ➔ Encourager la formation des médecins généralistes qui le souhaitent sur la prévention des IST
- ➔ Endométriose : approche pluridisciplinaire / penser à la prise en charge non médicamenteuse en plus du traitement hormonal et des antalgiques

# PROTOCOLE DE L'ETUDE

## 1. INTERETS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

En 2011, Le Docteur M. BERNHARD a réalisé une étude qualitative sur l'évaluation du suivi gynécologique des femmes fréquentant la maison médicale du Thillot avant la mise en place d'une consultation spécifique en gynécologie. L'étude montra que les patientes de ce secteur étaient bien suivies sur le plan gynécologique par rapport à la moyenne nationale. Ce travail avait été réalisé avant que le Docteur E. VIALTEL s'installe au Thillot et ne propose des consultations spécifiques en gynécologie. (13)

L'intérêt de cette thèse est d'évaluer le suivi gynécologique des femmes du secteur du Thillot, une zone rurale, à l'heure où les gynécologues médicaux et obstétriciens se font de plus en plus rares. Nous avons vu précédemment que le milieu rural est un frein pour la réalisation des mammographies de dépistage (145). On sait également que la couverture des FCU est insuffisante en France (154). Dans ces conditions, il est intéressant d'évaluer le suivi gynécologique des femmes depuis la création d'une consultation spécifique en gynécologie à la maison médicale.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le suivi gynécologique des femmes majeures, fréquentant la maison médicale du Thillot dans les Vosges après la mise en place d'une consultation spécifique en gynécologie. Et l'objectif secondaire est de comparer ces résultats à ceux décrits dans la thèse du Docteur M. BERNHARD avant la mise en place de cette consultation spécifique.

## 2. MATERIEL ET METHODES

### 2.1. Mise en place des consultations spécialisées en gynécologie

Le Docteur E. VIALTEL s'est installée à la maison médicale en 2012. Encore non thésée en 2011, elle a commencé son activité en fin d'année comme remplaçante sur les jours de repos de chacun des médecins.

### 2.3. Elaboration du questionnaire

Afin de pouvoir comparer les résultats avec ceux décrits dans la thèse du Docteur BERNHARD, nous avons décidé de rédiger le même questionnaire que celui distribué en 2011 (annexe 1).

En effet, les recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus et du dépistage du cancer du sein n'ont pas changé entre 2011 et la période de distribution du deuxième questionnaire. La HAS recommandait de réaliser un FCU entre 25 et 65 ans tous les trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle. (182)

Nous avons vu que ces recommandations ont changé en juillet 2019, avec la réalisation de tests HPV tous les 5 ans pour les femmes âgées de 30 à 65 ans. (155)

La HAS recommande toujours de réaliser une mammographie bilatérale tous les 2 ans pour les femmes âgées de 50 à 74 ans ne présentant pas de symptôme ou de facteur de risque de cancer du sein. (147)

A partir de 25 ans, il est également toujours recommandé de réaliser une palpation des seins annuellement par un médecin. (146)

Les recommandations concernant le suivi gynécologique régulier ne faisant pas encore l'objet d'un consensus précis, nous avons défini comme suivi régulier une consultation tous les deux ans, comme dans le premier questionnaire.

### 2.4. Lieu de l'étude

L'étude a été réalisée dans la même maison médicale que pour le premier questionnaire. Elle se situe au Thillot, dans les Vosges. Elle est qualifiée de maison pluridisciplinaire, car elle est composée de 5 médecins généralistes, 1 dentiste, 1 IDE ASALEE, 2 cabinets de 2 IDE et 2 secrétaires médicales. En 2011, elle était composée de 6 médecins généralistes, 1 dentiste, 4 IDE, 2 psychologues et 2 secrétaires médicales. Elle accueille toujours des internes en médecine générale.

Les gynécologues les plus proches se trouvent à Remiremont à 24 kilomètres, puis Epinal à 52 kilomètres équivalent à 41 minutes en voiture, et Gerardmer à 31 kilomètres, équivalent à 45 minutes en voiture (hors période hivernale).

### 2.5. Population et distribution du questionnaire

Les questionnaires ont été distribués par les secrétaires médicales aux femmes adultes fréquentant la maison médicale durant l'ouverture du secrétariat. Le critère d'inclusion était toutes les femmes de plus de 18 ans arrivant dans le cabinet médical, qu'elles soient patientes, accompagnatrices ou sur leur lieu de travail.

Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 15h à 19h, et le samedi de 9h à 12h. Un secrétariat à distance gère les appels entre ces plages horaires.

Le critère d'exclusion est toutes les femmes mineures et les femmes majeures ayant déjà répondu une fois au questionnaire.

L'étude a été réalisée entre le 19 octobre 2018 et le 19 juin 2019, ce qui correspond à 8 mois.

La durée de l'étude était initialement de 2 mois, pour être dans les mêmes conditions que la première. Malheureusement, le nombre de questionnaires récoltés étant très faible, nous avons décidé d'augmenter la durée pour avoir un échantillon plus important et donc une meilleure puissance statistique.

## 2.6. Analyse statistique

Une fois tous les questionnaires recueillis, les résultats ont été intégrés dans un tableur Excel, puis leur analyse a été effectuée par un médecin du DIM du CHU de Nancy avec le test de Fisher.

L'étude ne peut pas être définie comme comparative à la première, car la population ayant répondu au deuxième questionnaire n'est pas la même qu'au premier. Les résultats seront tout de même confrontés à ceux de l'étude du Docteur BERNHARD à titre d'information.

Mon étude concerne donc l'analyse du deuxième questionnaire, réalisé 7 ans après l'arrivée du Docteur VIALTEL à la maison médicale du Thillot. Elle est le seul praticien effectuant des consultations spécifiques en gynécologie médicale dans les 25 kilomètres aux alentours.

## ANALYSE STATISTIQUE DU SECOND QUESTIONNAIRE

### 1. RESULTATS

195 questionnaires ont été recueillis.

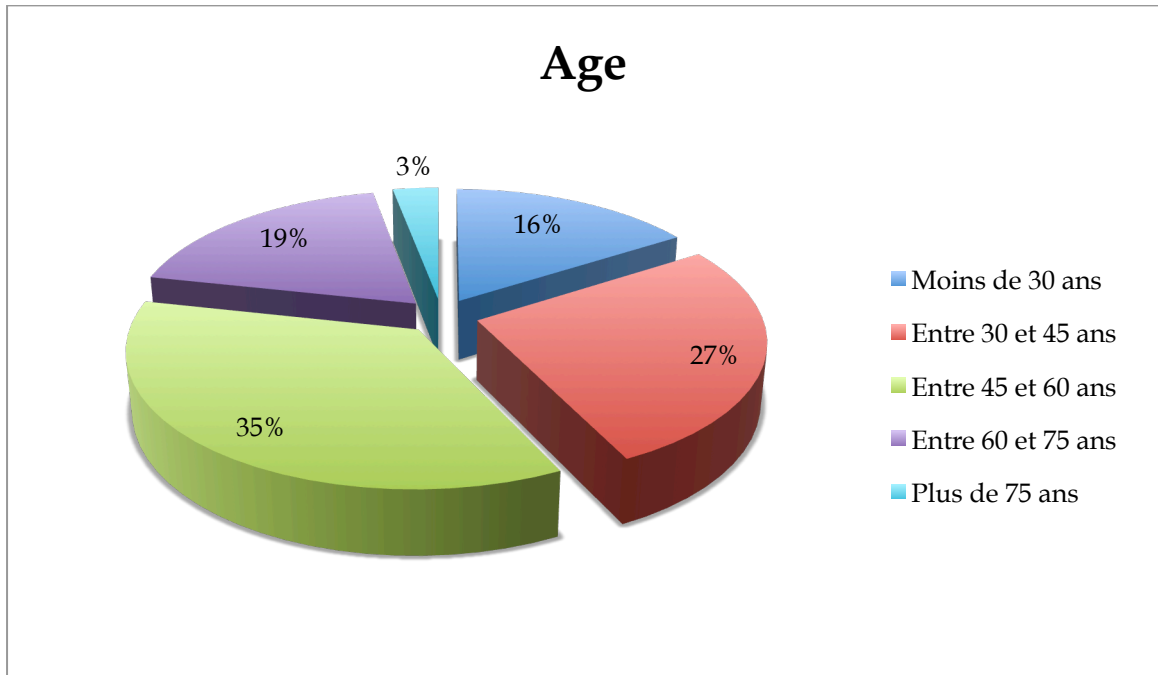
La distribution s'est révélée assez contraignante pour les secrétaires qui étaient victimes d'un manque de temps à cause de leur charge de travail. Les questionnaires n'étaient que rarement disposés dans la salle d'attente ou à la vue des personnes qui se présentaient au secrétariat. La diffusion était donc secrétaire-dépendante.

Par ailleurs, cette nouvelle édition de questionnaire a été globalement bien accueillie, les refus étaient rares et concernaient, la plupart du temps, les femmes ayant déjà répondu.

#### 1.1. Age

Sur 194 réponses, 31 ont moins de 30 ans (16%), 52 ont entre 30 et 45 ans (26,8%), 69 ont entre 45 et 60 ans (35,6%), 36 ont entre 60 et 75 ans (18,6%) et 6 ont plus de 75 ans (3%). L'âge moyen des répondantes est de 48 ans et l'âge médian est de 47 ans.

Age	%	n
Moins de 30 ans	16,0	31
Entre 30 et 45 ans	26,8	52
Entre 45 et 60 ans	35,6	69
Entre 60 et 75 ans	18,6	36
Plus de 75 ans	3,0	6



## 1.2. Profession

Les différentes catégories socio-professionnelles ont été regroupées selon la nomenclature de l'INSEE de la manière suivante :

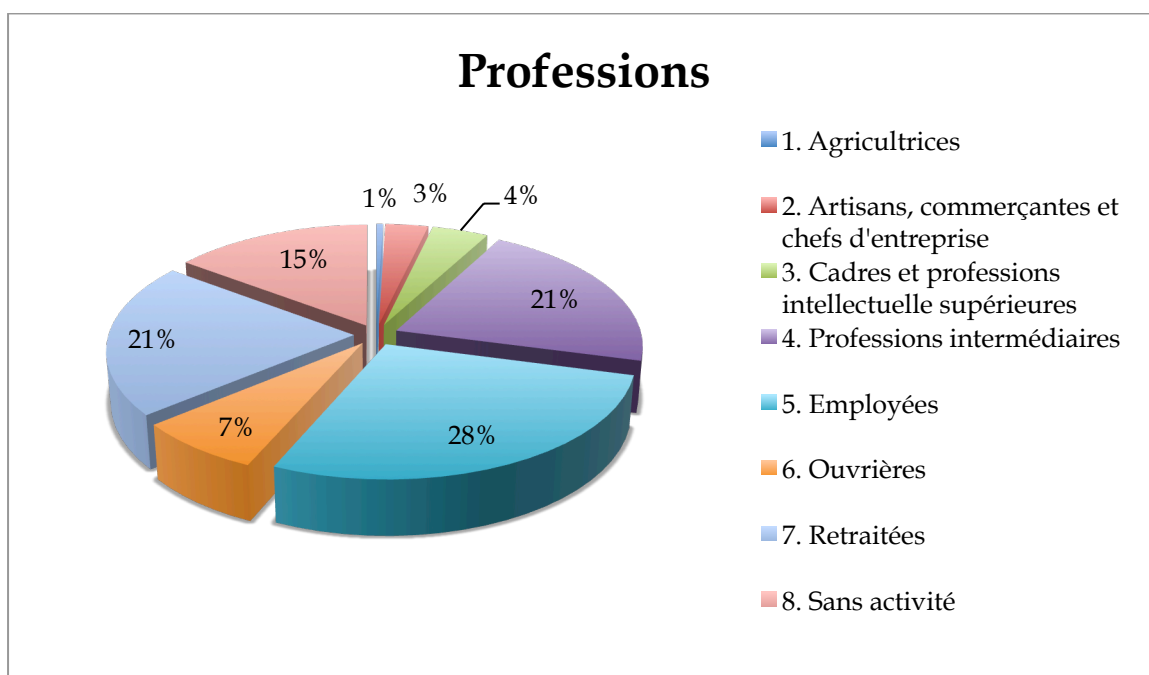
1. Agriculteurs exploitants,
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise,
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures : professions libérales, cadres de la fonction publique, professions de l'information, des arts et des spectacles, cadres administratifs et commerciaux d'entreprise, ingénieurs et cadres techniques d'entreprise,
4. Professions intermédiaires : professeurs des écoles et instituteurs, professions intermédiaires de la santé et du travail social, religieux, professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, techniciens, contremaîtres et agents de maîtrise,
5. Employés : employés civils et agents de service de la fonction publique, policiers et militaires, employés administratifs d'entreprise, employés de commerce, personnels des services directs aux particuliers,
6. Ouvriers : ouvriers de type industriel et artisanal qualifiés et non qualifiés et ouvriers agricoles,
7. Retraités,
8. Sans activité professionnelle : étudiants, chômeurs n'ayant jamais travaillé et inactifs divers.

189 personnes ont répondu à cet item.

Il y a majoritairement des personnes de catégorie 4, 5 et 7.

On note 27,5% de catégorie 5 (employées), 21,2% de catégorie 4 (professions intermédiaires) et la même proportion de catégorie 7 (retraitées). Il y a 0,5% de catégorie 1 (agricultrices), 3,2% de catégorie 2 (artisans, commerçantes et chefs d'entreprise), 4,2% de catégorie 3 (cadres et professions intellectuelles supérieures), 7,4% de catégorie 6 (ouvrières) et 14,8% de catégorie 8 (sans activité).

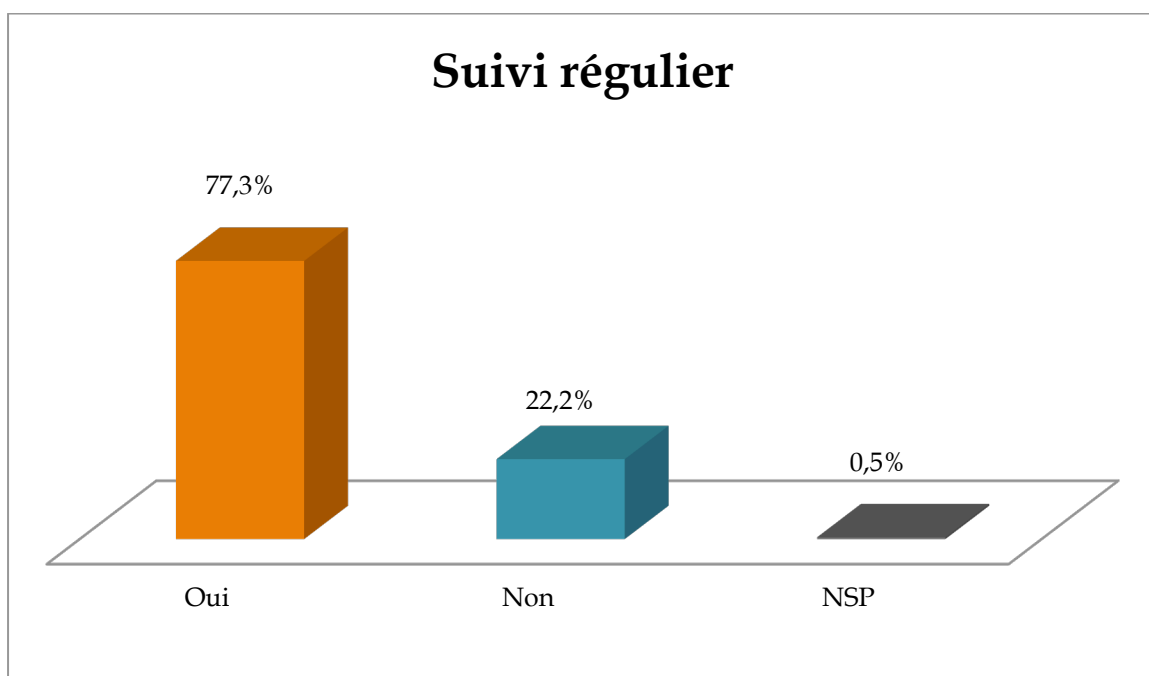
Professions	%	n
1. Agricultrices	0,5	1
2. Artisans, commerçantes et chefs d'entreprise	3,2	6
3. Cadres et professions intellectuelle supérieures	4,2	8
4. Professions intermédiaires	21,2	40
5. Employées	27,5	52
6. Ouvrières	7,4	14
7. Retraitées	21,2	40
8. Sans activité	14,8	28



### 1.3. Suivi régulier

Parmi les 194 réponses, 150 (77,3%) répondent oui et 43 (22,2%) répondent non. Enfin, une ne sait pas (0,5%).

Suivi régulier	%	n
Oui	77,3	150
Non	22,2	43
NSP	0,5	1



Il existe un lien statistiquement significatif entre la classe d'âge et le suivi avec  $p < 0,01$  au test de Fisher. Les femmes âgées de 30 à 45 ans et de 45 à 60 ans déclarent se faire mieux suivre que les femmes des autres catégories d'âge. En effet, 92,3% des femmes de 30 à 45 ans et 76,8% des femmes de 45 à 60 ans affirment avoir un suivi régulier, contre 64,5% des femmes âgées de 18 à 30 ans et 50% des femmes de plus de 75 ans.



	(18, 30]	(30, 45]	(45, 60]	(60, 75]	(75, 90]
<b>Non</b>	11	4	16	9	3
<b>NSP</b>	0	0	0	1	0
<b>Oui</b>	20	48	53	26	3

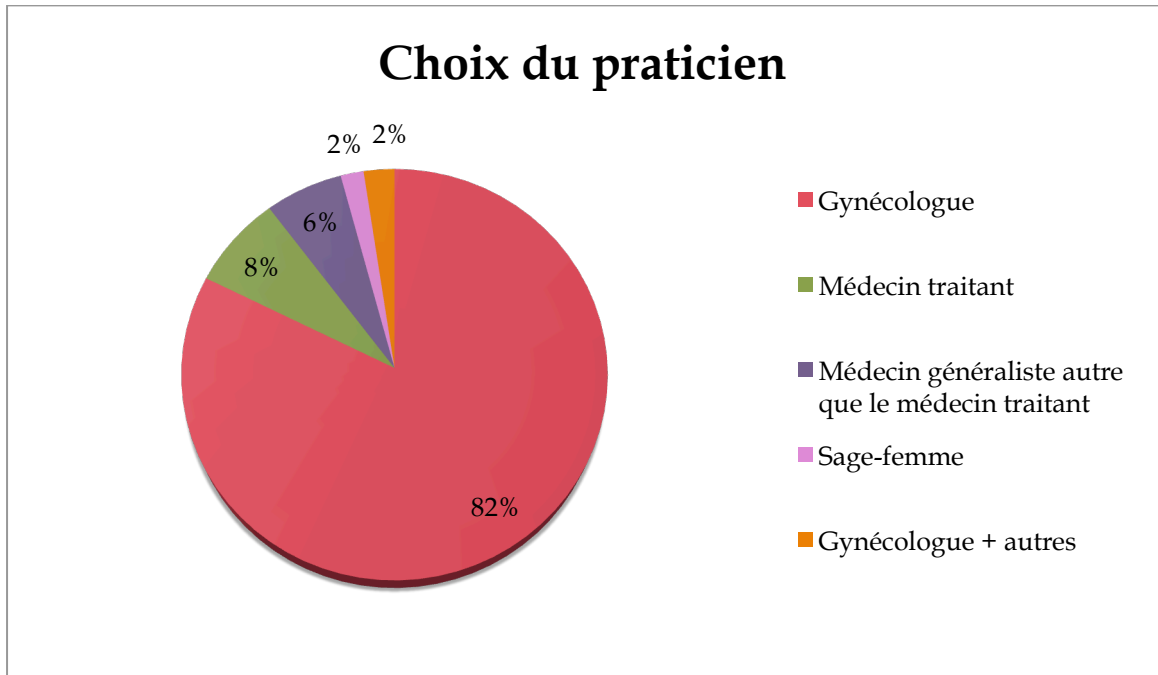
	(18, 30]	(30, 45]	(45, 60]	(60, 75]	(75, 90]	Ensemble
<b>Non</b>	35,5	7,7	23,2	25	50	22,2
<b>NSP</b>	0,0	0,0	0,0	2,8	0	0,5
<b>Oui</b>	64,5	92,3	76,8	72,2	50	77,3
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>p-value</b>	0,006766					

	(18, 30]	(30, 45]	(45, 60]	(60, 75]	(75, 90]	Total
<b>Non</b>	25,6	9,3	37,2	20,9	7,0	100,0
<b>NSP</b>	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
<b>Oui</b>	13,3	32,0	35,4	17,3	2,0	100,0
<b>Ensemble</b>	16,0	26,8	35,6	18,6	3,0	100,0
<b>p-value</b>	0,006766					

#### 1.4. Choix du praticien

Parmi les 163 femmes ayant répondu à cette question, la majorité est suivie par un gynécologue seul. En effet, elles sont 134 dans ce cas-là (82,3%). Il y en a 12 (7,4%) qui se font suivre par leur médecin traitant, 10 (6,1%) par un médecin généraliste qui n'est pas leur médecin traitant, 3 (1,8%) par une sage-femme, 1 (0,6%) par le médecin traitant, la sage-femme et le gynécologue, 1 (0,6%) par un médecin généraliste qui n'est pas son médecin traitant et le gynécologue, et enfin 2 (1,2%) par le médecin traitant et le gynécologue.

Choix du praticien	%	n
Gynécologue	82,3	134
Médecin traitant	7,4	12
Médecin généraliste autre que le médecin traitant	6,1	10
Sage-femme	1,8	3
Gynécologue + autres	2,4	4



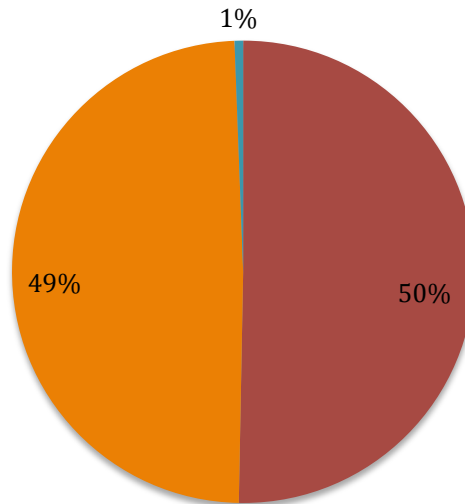
#### 1.5. Sexe du praticien

Sur 163 réponses, 84 (50,3%) déclarent être suivies par une femme, 82 (49,1%) par un homme et 1 (0,6%) par les deux.

Sexe du praticien	%	n
Femme	50,3	84
Homme	49,1	82
Les deux	0,6	1

## Sexe du praticien

■ Femme ■ Homme ■ Les deux



### 1.6. Circonstances de début de suivi

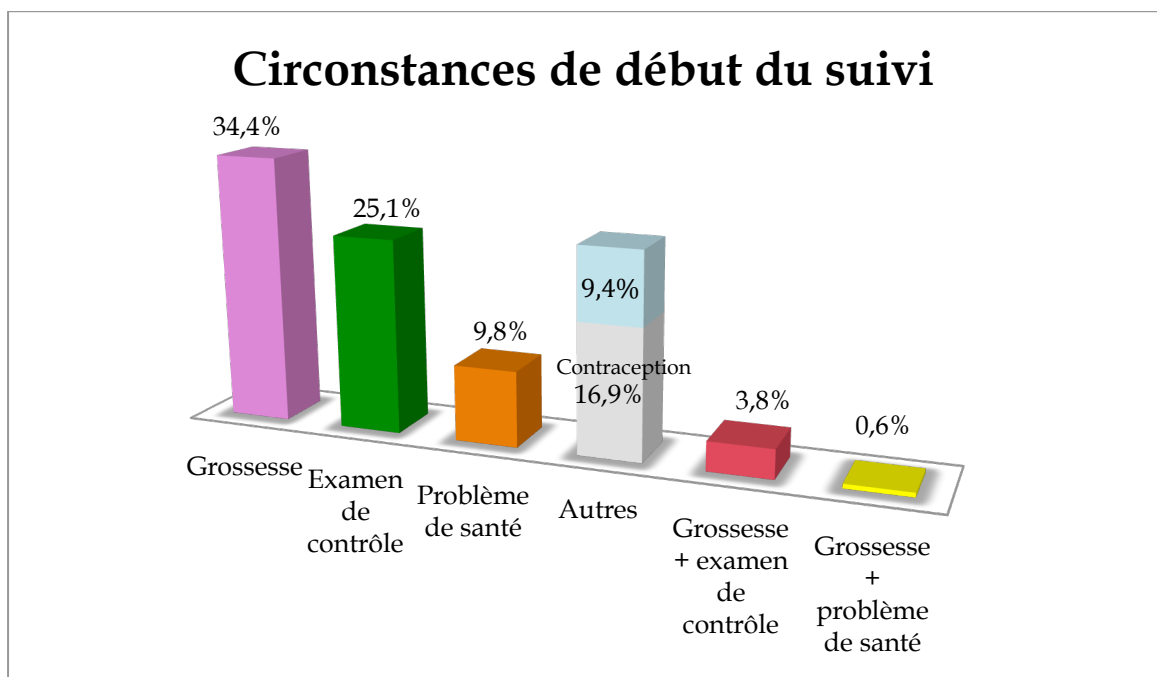
183 femmes ont répondu à cet item. Pour la majorité d'entre elles, c'est-à-dire 63 (34,4%), le suivi a commencé lors d'une grossesse. Pour 46 (25,1%) d'entre elles, c'était pour réaliser un examen de contrôle. 48 femmes ont répondu « autres », soit 26,3% des répondantes. Parmi ces 48 femmes, certaines ont laissé un commentaire :

- « Contraception » (pour 31 répondantes soit 16,9%)
- « A l'adolescence » (pour 6 répondantes)
- « Au moment des premières règles » (pour 2 répondantes)
- « Au moment des premiers rapports sexuels » (pour 2 répondantes)
- « A 18 ans » (pour 2 répondantes)
- « A 12 ans »
- « A 14 ans pour des règles douloureuses »
- « Avant le mariage »
- « Bien avant une grossesse »
- « Puberté »
- « Frottis »
- « Mammographie suite au décès de ma maman d'un cancer du sein »
- « IVG »
- « Hystérectomie »

Donc 16,9% des femmes ayant répondu à l'item ont commencé leur suivi dans le cadre d'une demande de contraception.

Enfin, 18 (9,8%) ont commencé à se faire suivre suite à un problème de santé, 7 (3,8%) ont répondu « grossesse et examen de contrôle » et 1 (0,6%) « grossesse et problème de santé ».

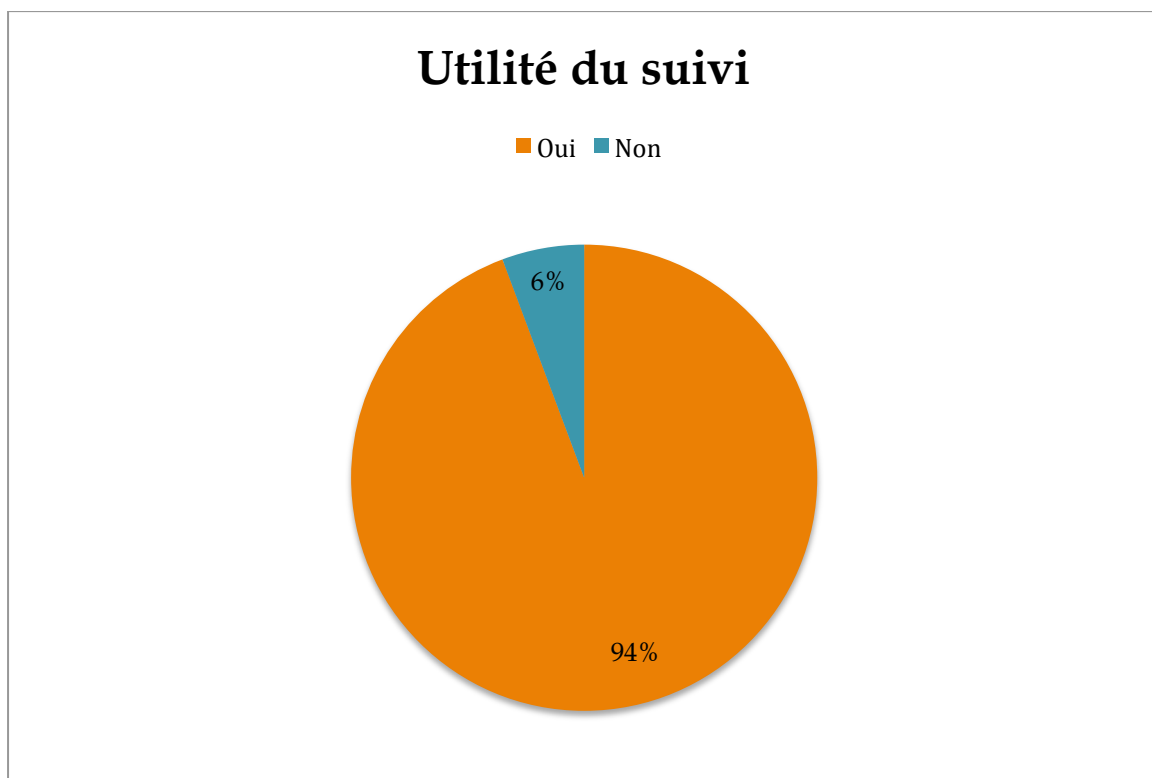
Circonstances de début de suivi	%	n
Grossesse	34,4	63
Examen de contrôle	25,1	46
Problème de santé	9,8	18
Autres (dont contraception)	26,3	48
Grossesse + examen de contrôle	3,8	7
Grossesse + problème de santé	0,6	1



### 1.7. Sentiment d'utilité du suivi

Parmi les 193 répondantes, 182 (94,3%) estiment que le suivi gynécologique est utile, et 11 (5,7%) estiment qu'il ne l'est pas.

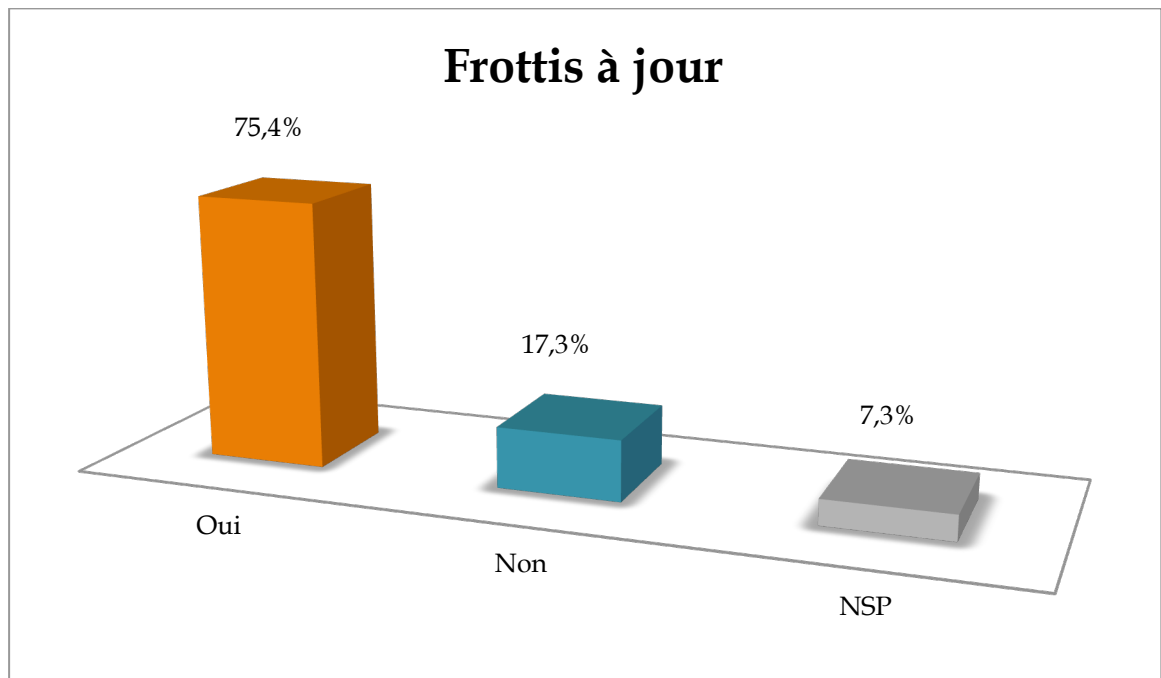
Utilité du suivi	%	n
Oui	94,3	182
Non	5,7	11



### 1.8. Frottis à jour

Sur les 191 femmes ayant répondu, 144 (75,4%) déclarent avoir eu un FCU il y a moins de 3 ans, 33 (17,3%) affirment le contraire et 14 (7,3%) ne savent pas.

Frottis à jour	%	n
Oui	75,4	144
Non	17,3	33
NSP	7,3	14



Il y a une association statistiquement significative entre le suivi régulier et le dernier frottis réalisé il y a moins de 3 ans ( $p < 0,01$  au test de Fisher).

Parmi les 150 femmes ayant déclaré avoir un suivi gynécologique régulier, 133 affirment avoir un FCU datant de moins de 3 ans, soit 88,7%.

Parmi les 144 femmes ayant déclaré avoir un FCU à jour, 133 affirment avoir un suivi régulier, soit 92,4%.

Et parmi les 40 femmes ayant déclaré ne pas avoir de suivi régulier et ayant répondu à l'item « frottis à jour », 21 affirment que celui-ci n'a pas été réalisé dans les trois dernières années, soit 52,5%.

	Non (frottis)	NSP (frottis)	Oui (frottis)
Non (suivi)	21	8	11
NSP (suivi)	1	0	0
Oui (suivi)	11	6	133

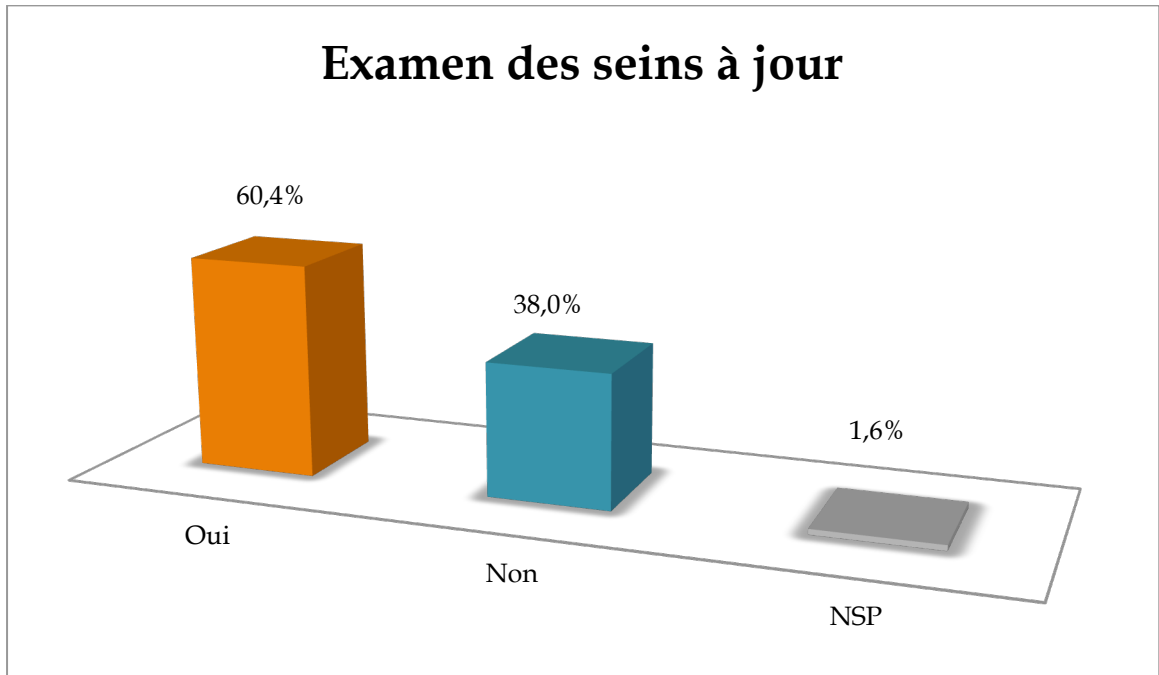
	Non (f)	NSP (f)	Oui (f)	Ensemble
Non (s)	63,6	57,1	7,6	20,9
NSP (s)	3,0	0,0	0,0	0,5
Oui (s)	33,3	42,9	92,4	78,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
p-value	4,25x10 <sup>-14</sup>			

	Non (f)	NSP (f)	Oui (f)	Total
Non (s)	52,5	20,0	27,5	100,0
NSP (s)	100,0	0,0	0,0	100,0
Oui (s)	7,3	4,0	88,7	100,0
Ensemble	17,3	7,3	75,4	100,0
p-value	4,25x10 <sup>-14</sup>			

### 1.9. Examen des seins à jour

Nous avons obtenu 192 réponses. 116 (60,4%) répondent oui, 73 (38%) répondent non et 3 (1,6%) ne savent pas.

Examen des seins à jour	%	n
Oui	60,4	116
Non	38,0	73
NSP	1,6	3



Il existe également un lien statistique significatif entre l'examen des seins à jour et le suivi régulier.

En effet, parmi les 192 femmes ayant répondu aux deux questions, 107 déclarent avoir un suivi régulier et une palpation des seins datant de moins d'un an.

On retrouve une proportion de 71,8% de femmes déclarant avoir une palpation à jour parmi celles qui ont un suivi régulier.

Parallèlement, parmi celles ayant une palpation à jour, 92,2% déclarent avoir un suivi régulier.

On remarque, en revanche, que parmi celles qui n'ont pas eu de palpation des seins dans les 12 derniers mois, la majorité (56,2%) estime avoir un suivi régulier.



	Non (palpation)	NSP (palpation)	Oui (palpation)
Non (suivi)	32	2	9
NSP (suivi)	0	0	0
Oui (suivi)	41	1	107

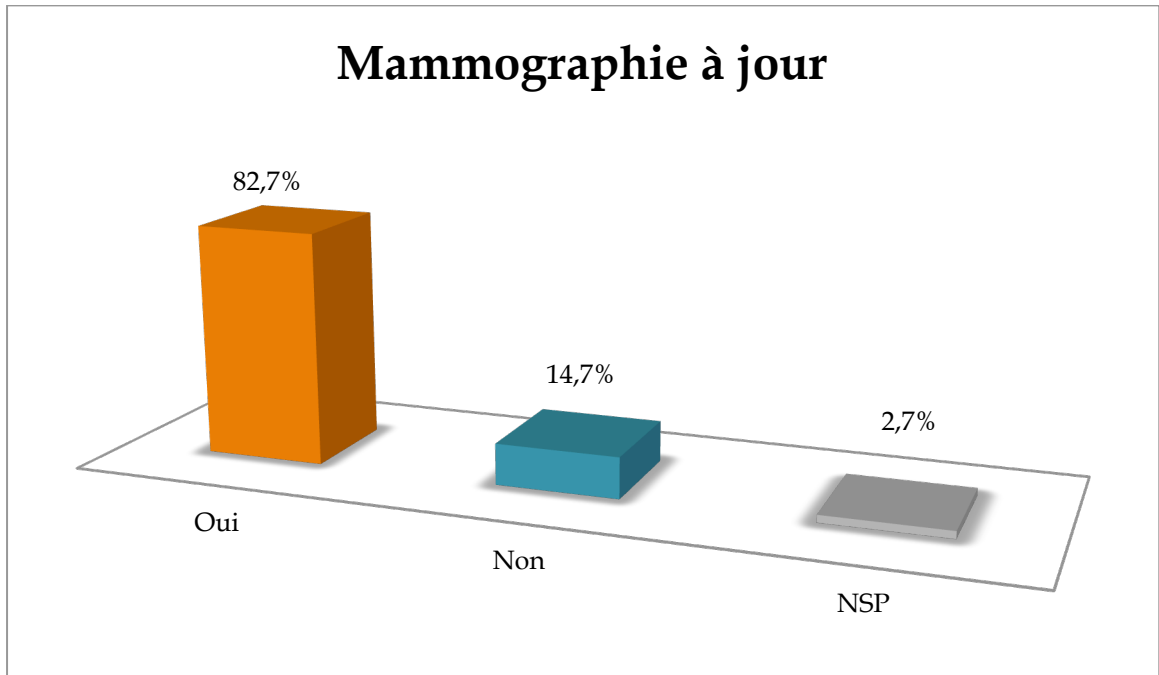
	Non (p)	NSP (p)	Oui (p)	Ensemble
Non (s)	43,8	66,7	7,8	22,4
Oui (s)	56,2	33,3	92,2	77,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
p-value	2,88x10 <sup>-9</sup>			

	Non (p)	NSP (p)	Oui (p)	Total
Non (s)	74,4	4,7	20,9	100,0
Oui (s)	27,5	0,7	71,8	100,0
Ensemble	38	1,6	60,4	100,0
p-value	2,88x10 <sup>-9</sup>			

#### 1.10. Mammographie à jour

75 femmes ont répondu à la question sur les 87 concernées. Parmi elles, 62 (82,7%) ont réalisée une mammographie il y a moins de deux ans, 2 (2,7%) ne savent pas et 11 (14,7%) ont répondu non.

Mammographie à jour	%	n
Oui	82,7	62
Non	14,7	11
NSP	2,7	2



Une fois encore, on retrouve un lien statistique significatif entre la mammographie à jour et le suivi régulier.

Parmi les femmes concernées, ayant répondu aux deux questions et déclarant avoir un suivi régulier, 92,9% ont réalisé une mammographie il y a moins de 2 ans.

	Non (mammographie)	NSP (mammographie)	Oui (mammographie)
Non (suivi)	6	2	9
NSP (suivi)	0	0	1
Oui (suivi)	4	0	52

	Non (m)	NSP (m)	Oui (m)	Ensemble
<b>Non (s)</b>	60,0	100,0	14,5	23,0
<b>NSP (s)</b>	0,0	0,0	1,6	1,4
<b>Oui (s)</b>	40,0	0,0	83,9	75,7
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>p-value</b>	7,63x10 <sup>-4</sup>			

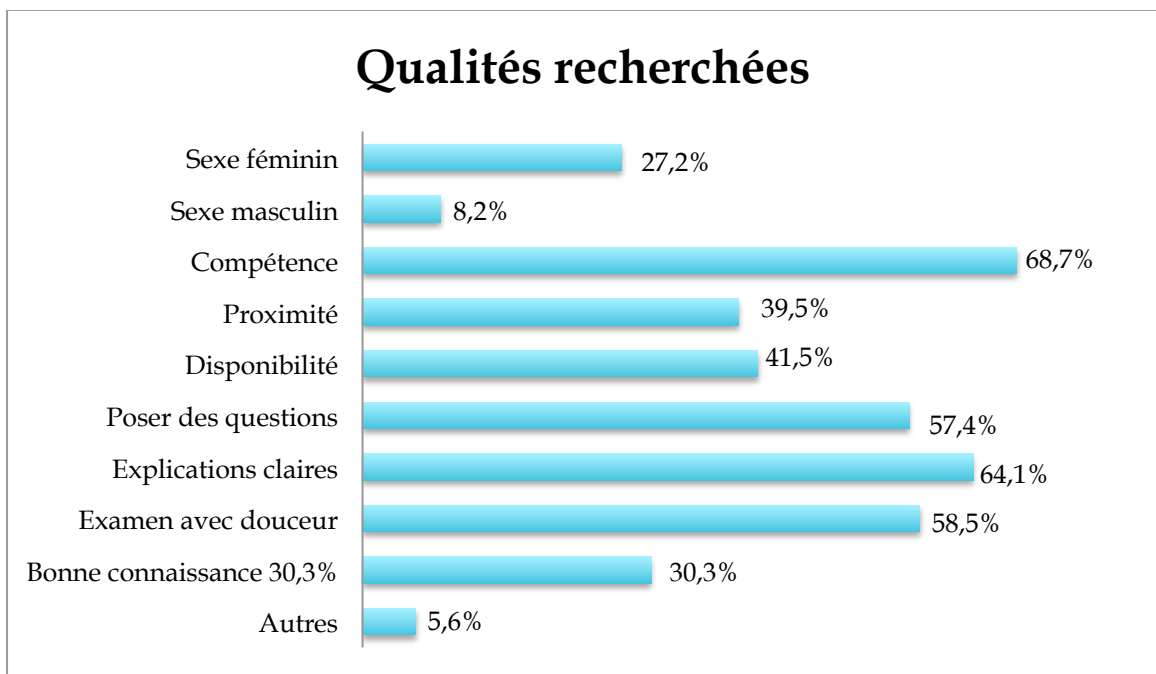
	Non (m)	NSP (m)	Oui (m)	Total
<b>Non (s)</b>	35,3	11,8	52,9	100,0
<b>NSP (s)</b>	0,0	0,0	100,0	100,0
<b>Oui (s)</b>	7,1	0,0	92,9	100,0
<b>Ensemble</b>	13,5	2,7	83,8	100,0
<b>p-value</b>	7,63x10 <sup>-4</sup>			

### 1.11. Qualités recherchées

Sur les 195 répondantes, les qualités recherchées chez la personne qui réalise leur suivi gynécologique sont réparties comme telles par ordre décroissant:

1. Compétence (68,7%)
2. Explications claires (64,1%)
3. Examen avec douceur (58,5%)
4. Pouvoir poser des questions (57,4%)
5. Disponibilité (41,5%)
6. Proximité (39,5%)
7. Bonne connaissance de la patiente (30,3%)
8. Sexe féminin (27,2%)
9. Sexe masculin (8,2%)
10. Autres (5,6%) :
  - « Ecoute, ouverture sur les alternatives au traitement proposé »
  - « Humain » (pour 2 répondantes)
  - « Avoir le temps d'être à l'écoute »
  - « Mettre en confiance »
  - « Qu'il ou elle soit aimable »
  - « Agréable »
  - « Délicat »
  - « Pas de jugement »
  - « Qu'il soit correct, pas d'intervention inutile »
  - « Qu'il utilise des mots simples »

Qualités recherchées	%	n
Sexe féminin	27,2	53
Sexe masculin	8,2	16
Compétence	68,7	134
Proximité	39,5	77
Disponibilité	41,5	81
Poser des questions	57,4	112
Explications claires	64,1	125
Examen avec douceur	58,5	114
Bonne connaissance	30,3	59
Autres	5,6	11

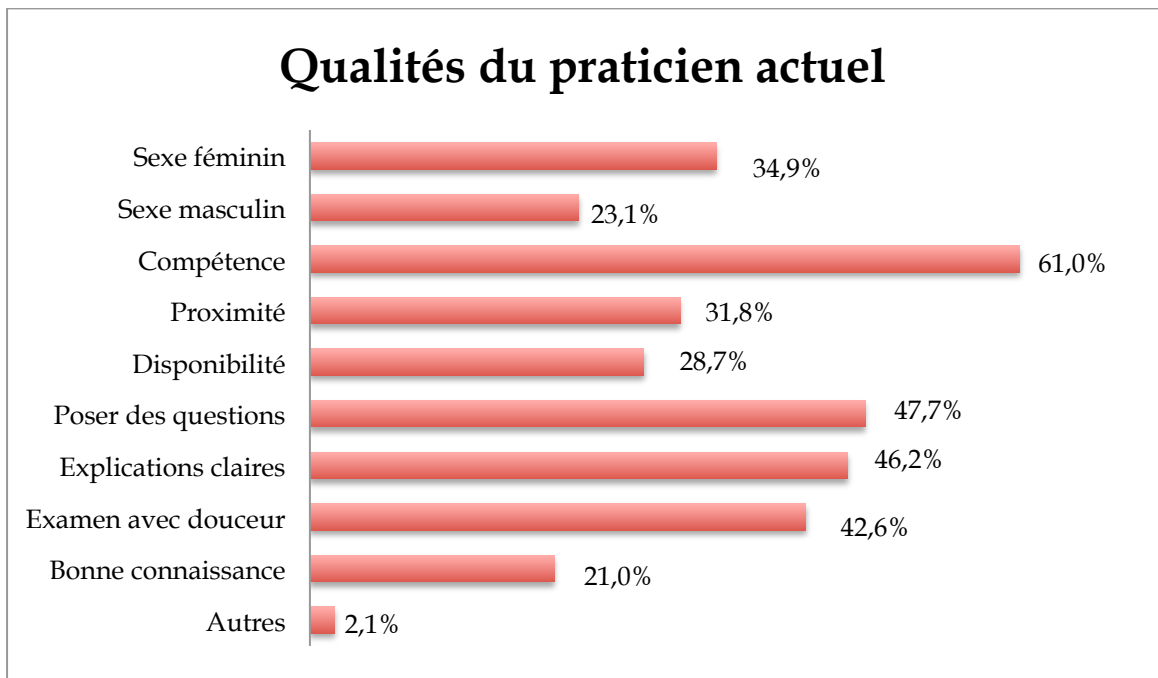


## 1.12. Qualités du praticien actuel

Par ordre décroissant de fréquence, les qualités retrouvées chez leur praticien actuel sont :

1. Compétence (61%)
2. Pouvoir poser des questions (47,7%)
3. Explications claires (46,2%)
4. Examen avec douceur (42,6%)
5. Sexe féminin (34,9%)
6. Proximité (31,8%)
7. Disponibilité (28,7%)
8. Sexe masculin (23,1%)
9. Bonne connaissance de la patiente (21%)
10. Autres (2,1%) :
  - « Je n'en ai plus pour l'instant »
  - « Demande des examens poussés, écoute avant de faire un jugement »

Qualités actuelles	%	n
Sexe féminin	34,9	68
Sexe masculin	23,1	45
Compétence	61,0	119
Proximité	31,8	62
Disponibilité	28,7	56
Poser des questions	47,7	93
Explications claires	46,2	90
Examen avec douceur	42,6	83
Bonne connaissance	21,0	41
Autres	2,1	4

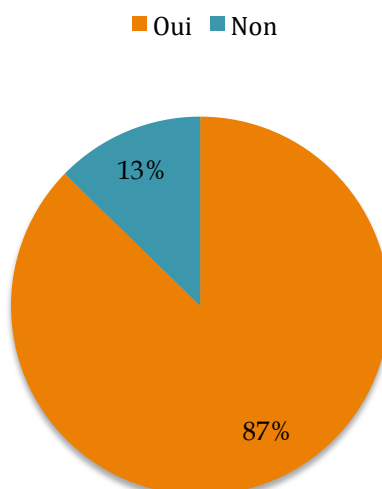


#### 1.13. Satisfaction

158 femmes ont répondu. 138 (87,3%) d'entre elles sont satisfaites de leur suivi gynécologique et 20 (12,7%) ne le sont pas.

Satisfaction	%	n
Oui	87,3	138
Non	12,7	20

## Satisfaction du suivi actuel



### 1.14. Propositions d'amélioration

55 femmes ont laissé un commentaire.

<b>Proximité</b>	<b>12</b>
<i>"Cela serait bien d'avoir une gynécologue dans le secteur"</i>	1
<i>"Changement de gynéco (départ retraite) et je n'arrive plus à en retrouver un qui me plait, pour améliorer : qu'il y ait plus de gynéco"</i>	1
<i>"Des échographies sur place"</i>	1
<i>"Il serait nécessaire qu'il y ait plus de gynécologues et mieux répartis sur le territoire (60 km pour un gynécologue c'est beaucoup)"</i>	1
<i>"J'apprends le fait que vous assurez des suivis gynéco à proximité de chez moi. Je suis tout à fait partante que ce mode de faire puisse s'appliquer à moi d'autant plus que je cherche un nouveau médecin traitant (le mien venant de partir à la retraite) donc pour améliorer le suivi, pouvoir le pratiquer près de chez moi serait un net plus"</i>	1
<i>"Plus de proximité, être moins un numéro mais comme c'est au CH Remiremont je ne m'attends à aucun miracle"</i>	1
<i>"plus proche, faire le déplacement jusqu'à Epinal fait que je n'y vais pas aussi souvent que je le voudrais"</i>	1
<i>"Proximité géographique"</i>	1
<i>"Proximité"</i>	2
<i>"Une gynécologue plus proche"</i>	2

<b>Disponibilité</b>	<b>12</b>
<i>"Délai de rendez vous trop long"</i>	1
<i>"Etre éventuellement suivie par une sage femme pour avoir des rendez-vous plus rapides"</i>	1
<i>"Etre plus disponible"</i>	1
<i>"Facilités pour avoir un rendez-vous"</i>	1
<i>"Ne plus devoir se battre pour avoir un rendez-vous"</i>	1
<i>"Plus de disponibilité"</i>	1
<i>"Plus de facilité pour avoir des rendez-vous, des visites moins chères ou mieux remboursées pour payer moins sur le moment, le prix est souvent un frein"</i>	1
<i>"Plus de temps lors des consultations qui permettent plus d'explications et d'accompagnement"</i>	1
<i>"Pouvoir prendre rendez-vous par internet"</i>	1
<i>"Prise de rendez-vous long"</i>	1
<i>"Rendez-vous plus rapides, tarifs"</i>	1
<i>"Un peu d'attente pour un RDV mais très contente d'avoir Madame VIALTEL"</i>	1
<b>Commentaires relatifs au suivi</b>	<b>9</b>
<i>"D'être régulier dans les examens"</i>	1
<i>"J'aimerais un frottis tous les ans"</i>	1
<i>"Mammo avant 50 ans"</i>	1
<i>"Mammographie, frottis, dépistage, palpation devrait se faire plus jeune voire même des examens obligatoires"</i>	1
<i>"Plus de suivi au niveau de la poitrine et sexuel pour ne pas attraper de cancer et de maladie sexuelle"</i>	1
<i>"Pas de suivi avec mon médecin traitant"</i>	1
<i>"Que ce soit un peu plus contrôlé et qu'il y ait plus de suivi"</i>	1
<i>"Qu'elle prenne en compte l'avis du patient"</i>	1
<i>"Je n'ai plus de gynécologue, il a pris sa retraite"</i>	1
<b>Commentaires concernant les qualités du praticien</b>	<b>14</b>
<i>"Changer de praticien"</i>	1
<i>"Dr Hilaire parti en retraite au mois d'avril 2019. Mon suivi sera fait, normalement, à Epinal. Cela ne me dérange pas d'aller jusqu'à Epinal si cela se passe bien avec le praticien. Mon ancienne gynécologue était parfaite, cela s'est toujours bien passé avec elle."</i>	1
<i>"Ecoute du patient impératif, ne pas prendre les décisions à la place du patient"</i>	1
<i>"Incapacité de comprendre (fort accent)"</i>	1
<i>"J'ai dû changer de gynéco et n'ai pas trouvé auprès de son remplaçant les mêmes qualités"</i>	1
<i>"Je trouve ça dommage qu'il n'ait pas pris connaissance de sa patiente avant leur rendez-vous"</i>	1



<i>“Ma gynécologue est très bien. Ecoute, aimable, disponible, humaine. Tout ce que l’on peut attendre d’un médecin</i>	1
<i>“Plus à l’écoute et de douceur, moins pressé, de meilleures explications”</i>	1
<i>“Plus d’écoute”</i>	1
<i>“Qu’elle prenne en compte l’avis du patient”</i>	1
<i>“Rien, ma praticienne est très ouverte et je sais qu’on peut facilement parler avec elle. Elle est très franche aussi et directe”</i>	
<i>“rien à dire elle est très bien”</i>	1
<i>“je suis satisfaite de ma gynécologue pour l’instant”</i>	3
<b>Rien à ajouter</b>	<b>8</b>
<i>“A mon âge cela me suffit”</i>	1
<i>“Aucune”</i>	1
<i>“Néant”</i>	1
<i>“RAS”</i>	3
<i>“Rien”</i>	2

## 2. DISCUSSION

### 2.1. Age

Dans cette étude, 16% des femmes ont entre 18 et 30 ans, 26,8% ont entre 30 et 45 ans, 36,6% ont entre 45 et 60 ans, 18,6% ont entre 60 et 75 ans et 3% ont plus de 75 ans.

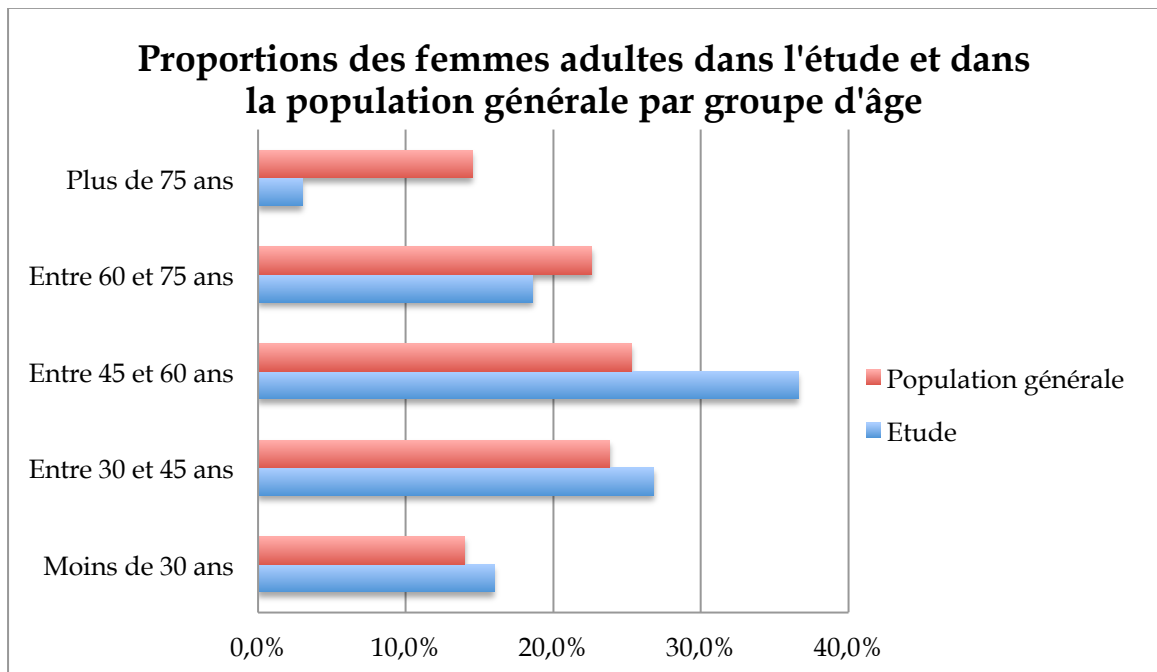
Il y a une sur-représentation de la classe d’âge entre 45 et 60 ans et une sous-représentation de celle de plus de 75 ans par rapport à la population générale. Selon l’INSEE au 1<sup>er</sup> janvier 2020, dans la population française à partir de 20 ans, 14% des femmes ont entre 20 et 30 ans, 23,8% ont entre 30 et 45 ans, 25,3% ont entre 45 et 60 ans, 22,6% ont entre 60 et 75 ans et 14,5% ont plus de 75 ans. (183)

Pour l’interprétation des résultats de notre étude, l’âge constitue un biais de sélection.

La sous-représentation de la classe des plus de 75 ans peut être expliquée par le fait qu’elles ont peut-être moins rendu de questionnaires, se sentant moins concernées. De plus, les patientes âgées et plus fragiles sont souvent vues en visite et n’ont donc pas eu la possibilité de le remplir. La sur-représentation de la classe des 45-60 ans est peut-être due au fait que ces femmes accompagnent leurs enfants ou un de leur parent âgé en consultation.

On retrouve les mêmes caractéristiques dans la population de l’étude du Dr BERNHARD avec 12% de femmes de moins de 30 ans, 47% entre 30 et 50 ans et

41% de plus de 50 ans, avec une sur-représentation de la classe des 30-50 ans et une sous-représentation de la classe des plus de 50 ans. (13)



## 2.2. Profession

Dans cette étude, on retrouve 0,5% d'agricultrices contre 0,4% dans la population générale féminine française et 1% dans la première étude du Dr BERNHARD. (13) (184)

Il y a dans cette étude 3,2% d'artisans, commerçantes et chefs d'entreprise contre 2% en France et 2% dans l'étude du Dr BERNHARD. (13) (184)

Il y a dans cette étude 4,2% de cadres, professions intellectuelles supérieures, professions libérales et professions artistiques contre 8,2% dans la population générale et 2% dans la thèse du Dr BERNHARD. (13) (184)

Il y a dans cette étude 21,2% de professeurs des écoles, institutrices, professions intermédiaires de la santé et du travail social, religieuses, professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, techniciennes, contremaîtres et agents de maîtrise contre 13,9% dans la population générale française et 14% dans la thèse du Dr BERNHARD. (13) (184)

Dans cette étude, on retrouve 27,5% d'employées civiles, d'agents de service de la fonction publique, de policières, militaires, d'employées administratives d'entreprise et de commerce et de personnels des services directs aux particuliers contre 21,5% dans la population générale et 32% dans l'étude du Dr BERNHARD. (13) (184)

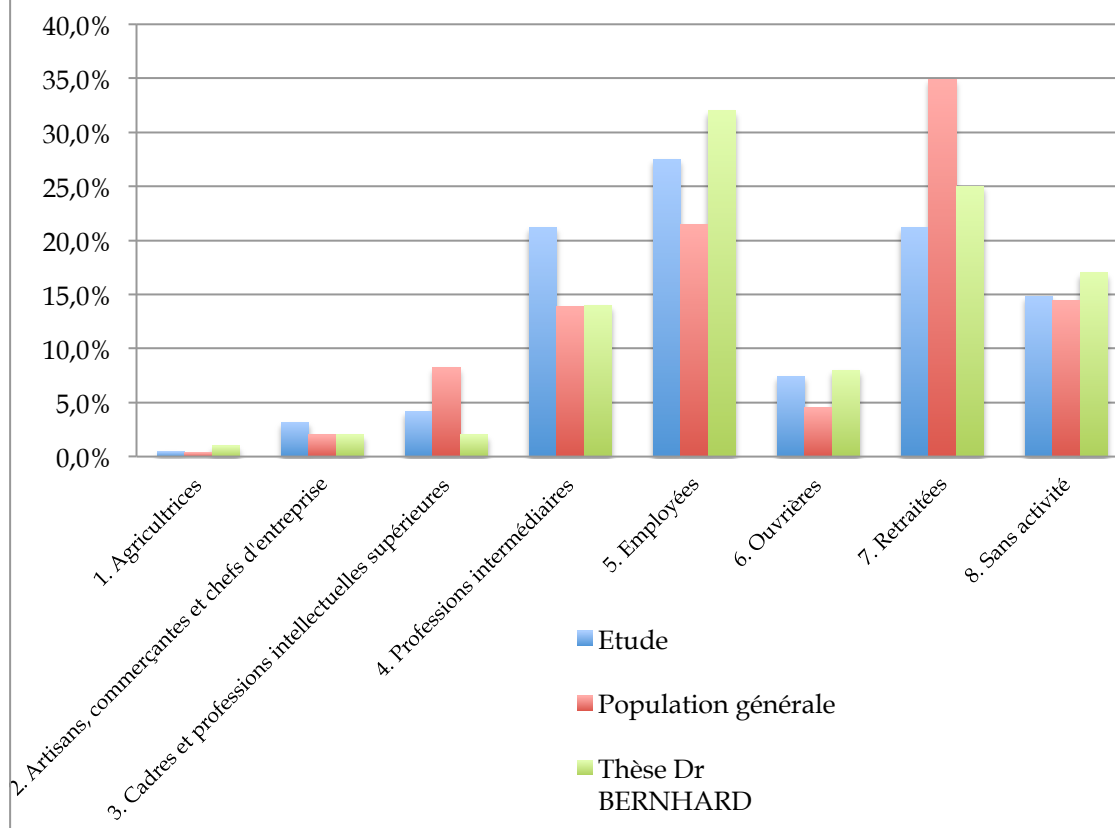
Il y a dans cette étude 7,4% d'ouvrières de type artisanal et industriel qualifiées et non qualifiées et d'ouvrières agricoles contre 4,5% dans la population générale féminine française et 8% dans la thèse du Dr BERNHARD. (13) (184)

On retrouve dans cette étude 21,2% de retraitées contre 34,9% dans la population générale et 25% dans l'étude du Dr BERNHARD. (13) (184)

Enfin, dans cette étude, il y a 14,8% de femmes sans activité professionnelle contre 14,4% dans la population française et 17% dans l'étude du Dr BERNHARD. (13) (184)

Professions	Etude	Population générale	Thèse Dr BERNHARD
1. Agricultrices	0,5%	0,4%	1,0%
2. Artisans, commerçantes et chefs d'entreprise	3,2%	2,0%	2,0%
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	4,2%	8,2%	2,0%
4. Professions intermédiaires	21,2%	13,9%	14,0%
5. Employées	27,5%	21,5%	32,0%
6. Ouvrières	7,4%	4,5%	8,0%
7. Retraitées	21,2%	34,9%	25,0%
8. Sans activité	14,8%	14,4%	17,0%

## Professions selon les études et la population générale



Par rapport à la population générale, notre étude compte moins de classes aisées (cadres et professions intellectuelles supérieures) et plus de personnes à faible revenu (employées et ouvrières) comme c'était le cas pour la thèse du Dr BERNHARD en 2011.

Il est à noter que le secteur du Thillot se trouve dans un milieu semi-rural industriel.

Par rapport à l'étude du Dr BERNHARD, nous comptons moins de retraitées. Nous avons remarqué que les femmes âgées étaient plus réticentes à répondre au questionnaire. Pour cette étude, la distribution a été assez difficile pour les secrétaires qui n'ont pas réussi à prendre suffisamment de temps afin d'expliquer l'intérêt de ce questionnaire et le rendre attractif, comme cela avait été le cas pour la thèse du Dr BERNHARD.

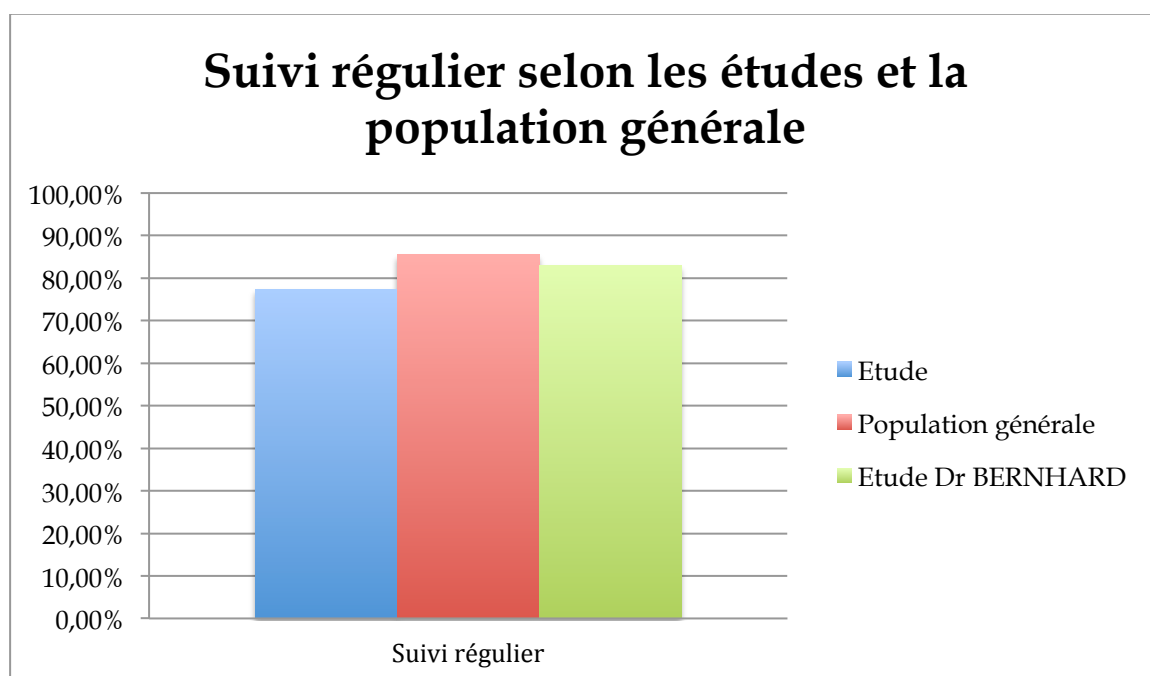
Il y a en revanche dans notre étude plus de professions intermédiaires que dans la population générale et dans l'étude du Dr BERNHARD.

### 2.3. Suivi gynécologique des patientes

Le suivi gynécologique en France est largement répandu (entre 80 et 91%). Le Dr BERNHARD avait des résultats similaires avec un suivi régulier pour 83% des répondantes. (185)

Dans cette étude, on retrouve un chiffre plus bas, de seulement 77,3%.

	Etude	Population générale	Etude Dr BERNHARD
Suivi régulier	77,3%	85,5%	83%



Ces résultats sont à nuancer par rapport au taux de femmes s'étant abstenues de répondre à cette question lors du premier questionnaire pour la thèse du Dr BERNHARD. En effet, 15% d'entre elles n'y avaient pas répondu. (13)

Dans notre étude, seulement 1 femme n'a pas répondu à cette question, ce qui correspond à 0,5% d'entre elles.

La différence avec la population générale peut être en rapport avec le niveau socio-économique un peu plus bas dans notre étude et une faible densité de gynécologues sur le territoire. (186)

Selon un sondage BVA, le suivi gynécologique est meilleur chez les femmes issues d'un milieu socio-économique plus élevé. Parmi celles qui ont un suivi régulier, on compte 91% de femmes ayant un diplôme au moins égal au baccalauréat contre 77% non bachelières. Parallèlement, 94% des femmes bénéficiant de hauts revenus ont un suivi régulier contre seulement 79% ayant de bas revenus. (185)

En ce qui concerne la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus, le taux de FCU à jour diffère entre les départements. En effet, les départements présentant une densité de gynécologues faible et un taux moyen à élevé de bénéficiaires de la CMUc ont une couverture de dépistage inférieur à 50%. (187)

Dans cette étude, nous avons mis en évidence un lien statistique significatif entre le suivi régulier et la classe d'âge. Les femmes âgées de 18 à 30 ans et de plus de 75 ans se font moins suivre que les autres. Ces résultats correspondent à ceux de la thèse du Dr BERNHARD. Ils sont compatibles avec les résultats d'un sondage BVA retrouvant un suivi régulier de 69% pour les femmes de 15 à 24 ans et de 72% pour les femmes âgées de plus de 65 ans, contre 85% pour l'ensemble des femmes interrogées. (185)

Comme dans la thèse du Dr BERNHARD, dans notre étude, la majorité des femmes a une bonne notion de ce qu'est un suivi régulier. Parmi celles déclarant être régulièrement suivie, seulement 7,3% n'ont pas eu de FCU dans les 3 ans, 7,1% des femmes de plus de 50 ans n'ont pas réalisé de mammographie dans les 2 ans, et 27,5% n'ont pas eu de palpation des seins dans l'année. On retrouvait dans la thèse du Dr BERNHARD parmi celles déclarant se faire suivre régulièrement, 15% n'ayant pas eu de FCU dans les trois ans et 18% n'ayant pas eu de palpation des seins dans l'année. (13)

Dans notre étude, une proportion plus importante de femmes associe le suivi régulier avec la réalisation d'un frottis tous les trois ans par rapport à l'étude du Dr BERNHARD.

Nos résultats sont à nuancer avec le fait que parmi les femmes ayant déclaré ne pas avoir eu de palpation des seins dans l'année, 56,2% estime avoir un suivi régulier tout de même. Il serait intéressant de connaître la pratique réelle des médecins par rapport à cette recommandation.

Selon un sondage BVA, dans la population générale, parmi les femmes déclarant avoir un suivi régulier, 71% bénéficient d'une consultation au moins une fois par an. Ce chiffre monte à 76% pour les femmes suivies par un gynécologue. (185)

Rappelons que le suivi régulier arbitrairement estimé à une fois tous les 2 ans ne fait l'objet d'aucune recommandation ni d'aucun consensus.

## 2.4. Choix du praticien réalisant le suivi

Dans cette étude, la majorité (82,3%) des femmes effectue son suivi auprès d'un gynécologue. On retrouve la même tendance dans la population générale (entre 72 et 92%) et dans la thèse du Dr BERNHARD (91%). (13) (188)

Dans notre étude, 7,4% déclarent être suivies par leur médecin traitant et 6,1% par un médecin généraliste autre que le médecin traitant. Ces chiffres sont légèrement différents de ceux du Dr BERNHARD qui retrouvait respectivement 16% et 2%.

Dans la population générale, 8 et 23% des femmes sont suivies par un médecin généraliste qu'il soit leur médecin traitant ou non. (188) (13)

Les chiffres de notre étude correspondent à ceux retrouvés dans la population générale. Par rapport à la thèse du Dr BERNHARD, plus de femmes sont suivies par un médecin généraliste qui n'est pas leur médecin traitant. Cette augmentation est-elle liée à l'activité du Dr VIALTEL ?

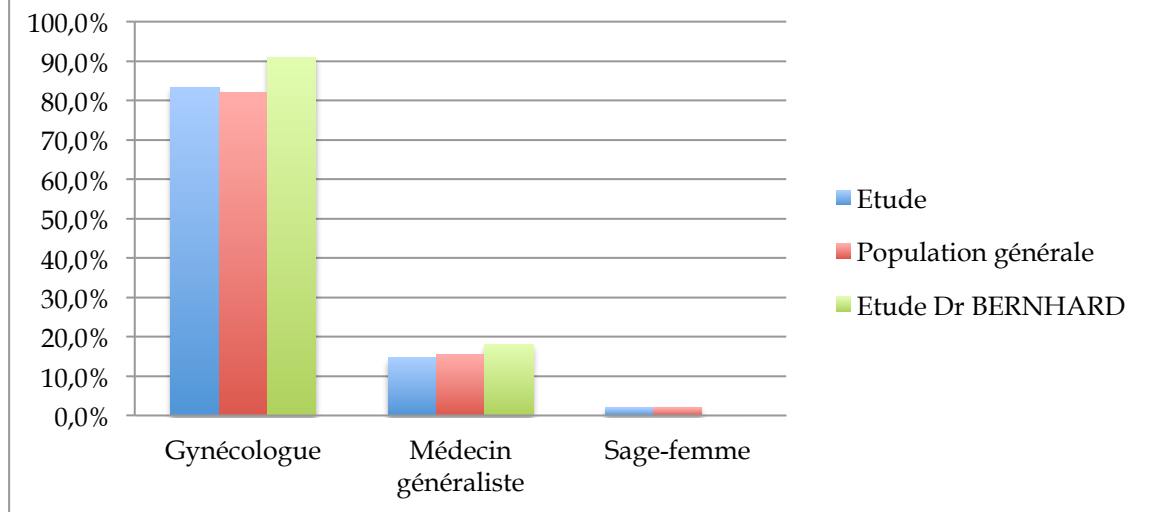
Enfin, 1,8% des femmes de cette étude se font suivre par une sage-femme, ce qui s'approche du chiffre retrouvé dans la population générale (2%).

A noter que dans cette étude, 2,4% des femmes déclarent se faire suivre par plusieurs praticiens. Ceci a également été le cas dans l'étude du Dr BERNHARD, qui a intégré ces chiffres dans chacun des items. C'est pourquoi dans son étude, l'ensemble dépasse les 100%. Ceci explique pourquoi ses résultats sont légèrement plus hauts que ceux de notre étude et de la population générale. (13)

Pour comparer les chiffres, nous allons répartir les 2,4% de femmes ayant donné plusieurs réponses de manière proportionnelle entre les différents praticiens selon ce qu'elles ont déclaré.

	Etude	Population générale	Etude Dr BERNHARD
Gynécologue	83,4%	82,0%	91,0%
Médecin généraliste	14,6%	15,5%	18,0%
Sage-femme	2,0%	2,0%	0,0%

## Choix du praticien selon les études et la population générale

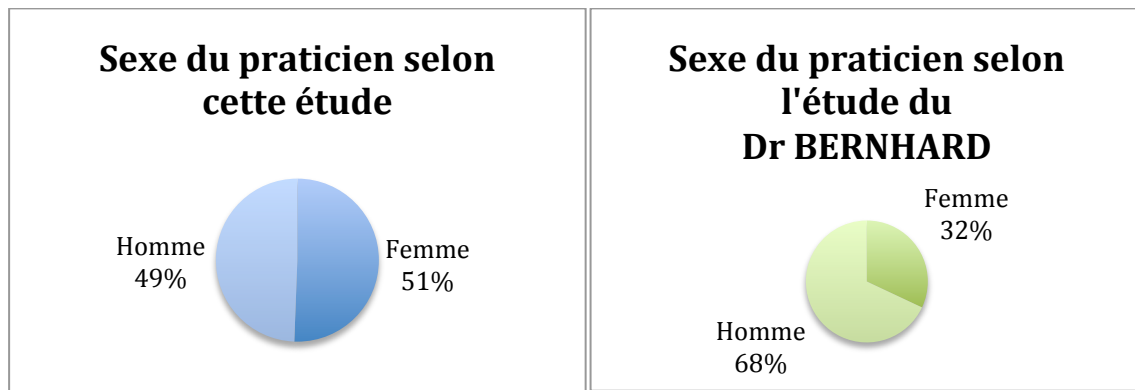


Une revue de la littérature réalisée en 2018 montre que le fait d’avoir un médecin traitant est associé à un meilleur suivi gynécologique. Mais si c’est lui qui réalise le FCU, ce dernier est plus rarement à jour. A l’inverse, le suivi par le gynécologue est associé à la réalisation de plus de FCU que ce que recommande la HAS. (188)

### 2.5. Sexe du praticien

Dans cette étude, 50,3% des patientes sont suivies par un homme, 49,1% par une femme et 0,6% par les deux. On ne note donc pas spécialement de différence de genre comme c’était le cas dans la thèse du Dr BERNHARD où 32% étaient suivies par un homme et 68% par une femme.





Dans la thèse de C. HUET soutenue en 2018, le choix du sexe du praticien n'a pas la même importance pour toutes. Certaines choisissent une femme plutôt qu'un homme par pudeur et parce qu'elles estiment qu'elles ont de meilleures compétences en gynécologie. Le genre a de l'importance lors d'un suivi gynécologique mais beaucoup moins pour un suivi obstétrical. Enfin, l'âge influence également ce choix. Les patientes les plus âgées accordent peu d'importance au genre du praticien. (189)

## 2.6. Circonstances de début du suivi

Dans notre étude, 34,4% des femmes ont commencé leur suivi à l'occasion d'une grossesse. L'examen de contrôle arrive en deuxième position (25,1%) et enfin la contraception (16,9%).

La grossesse était également la circonstance la plus fréquente du début du suivi gynécologique pour les femmes ayant répondu au questionnaire du Dr BERNHARD en 2011 (42%), puis un problème de santé (38%) et enfin à la suite de premiers rapports sexuels (14%). La contraception arrivait en quatrième position et concernait 10% des répondantes. (13)

Dans notre étude, le commentaire libre « au moment des rapports sexuels » n'a été cité que 2 fois, ce qui représente 1,1% des répondantes.

On note donc, à l'exception de la grossesse, une grande différence de réponses pour cet item entre les deux études.

Cette différence peut être expliquée tout d'abord par le fait de ne pas avoir interrogé la même population de femmes et aussi par une interprétation différente des réponses au questionnaire.

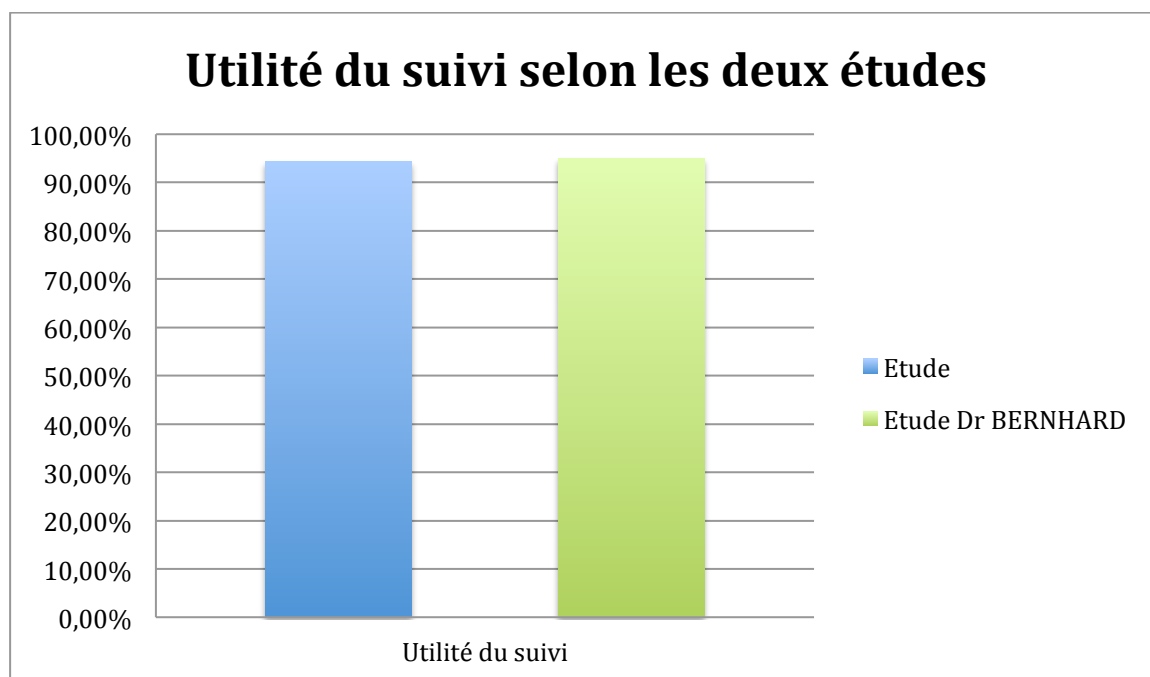
Dans l'étude de F. TASSY effectuée en 2018 chez les adolescentes, la contraception est le motif le plus fréquent de première consultation gynécologique. (190)

## 2.7. Sentiment d'utilité du suivi

Dans notre étude, 94,3% des femmes pensent qu'il est utile de réaliser un suivi gynécologique. Dans la thèse du Dr BERNHARD on retrouvait la même tendance avec un chiffre de 95%.

Dans un sondage BVA réalisé sur la population générale, 86% des femmes estiment qu'une femme ne consultant pas régulièrement un gynécologue prend des risques pour sa santé. (185)

	Etude	Etude Dr BERNHARD
Utilité du suivi	94,3%	95%



## 2.8. Frottis à jour

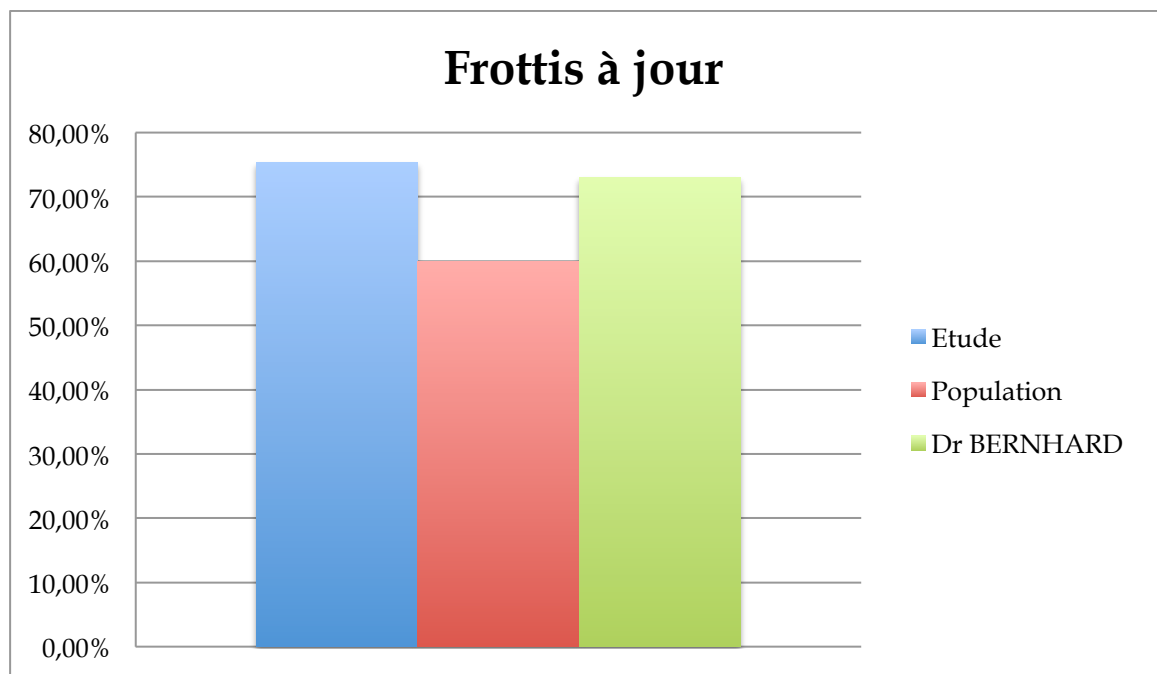
Dans cette étude, 75,4% des femmes ayant répondu à cette question déclarent avoir eu un FCU datant de moins de 3 ans. Dans l'étude du Dr BERNHARD, le taux était de 73%. (13)

Selon la HAS en 2010, sur une étude menée entre 2006 et 2008, et d'après les

données de la CPAM, seulement 56,6% des femmes âgées entre 25 et 65 ans ont un frottis à jour. Cependant, ce résultat sous-estimerait la couverture réelle car il ne prendrait en compte que les frottis réalisés en milieu libéral. (40)

On estime actuellement que le dépistage à un taux de couverture d'environ 60% en France, ce qui est insuffisant. (154)

	Etude	Population générale	Etude Dr BERNHARD
Frottis à jour	75,4%	60%	73%



Les données de la CPAM estiment qu'il y a un rythme sous-optimal pour la réalisation des FCU pour 51,6% des femmes âgées entre 25 et 65 ans (c'est-à-dire un rythme entre deux FCU supérieur à 3 ans et demi) et un sur-dépistage (c'est-à-dire un délai de moins de 2 ans et demi entre 2 FCU) pour 40,6% des femmes. (40)

Ce taux de couverture varie avec l'âge. Il est le plus élevé chez les femmes âgées entre 25 et 49 ans (60% en 2010) et diminue à partir de 50 ans (42% chez les femmes âgées entre 60 et 64 ans et 35% chez les femmes âgées entre 65 et 69 ans). (40) (188)

En outre, on remarque qu'en 2010, 45,7% des femmes en France métropolitaine ont bénéficié d'un FCU avant 25 ans alors qu'il n'était pas recommandé. (40)

Enfin, comme vu précédemment, le taux de couverture de FCU tous les trois ans varie en fonction du niveau socio-économique et de la situation géographique (avec notamment la densité de gynécologues sur le territoire). (99) (191)

Dans notre étude, qui se base sur des données déclaratives, le taux de FCU à jour est de 75,4%. Ce chiffre est nettement supérieur à la couverture estimée dans la population générale (60%). Pourtant, le secteur du Thillot a une densité faible de gynécologues et les femmes de notre étude ont un niveau socio-économique plus bas que la population générale.

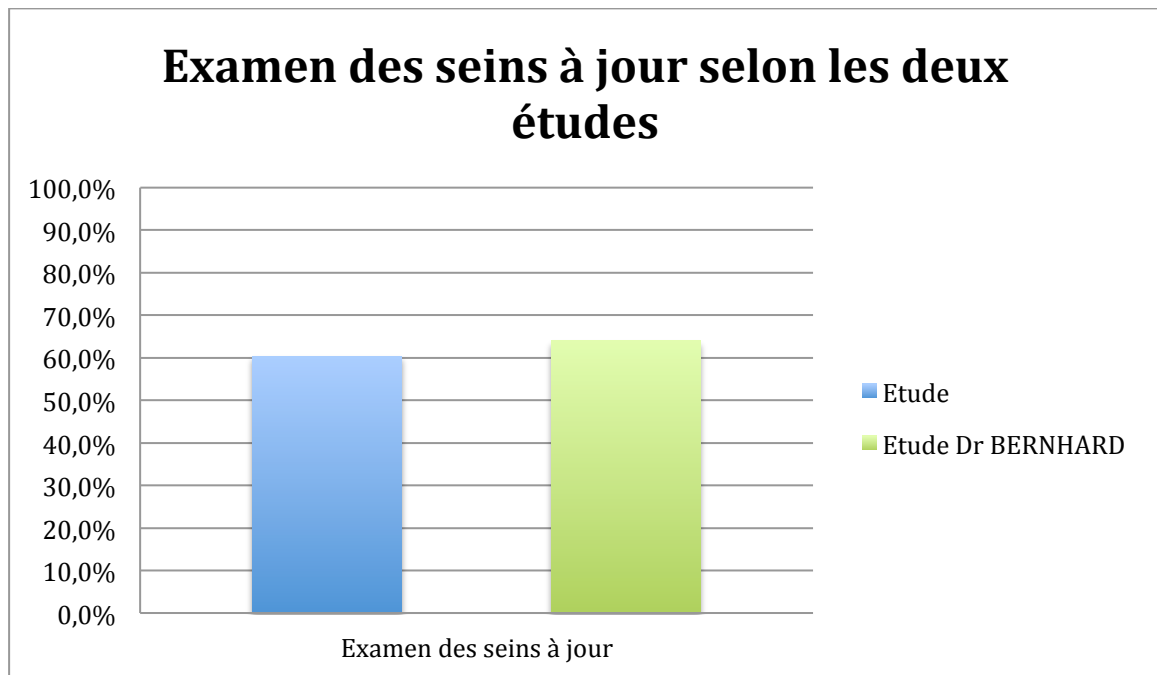
Par rapport à l'étude du Dr BERNHARD, le taux dans notre étude est légèrement plus haut.

L'instauration des auto-prélèvements a pour but d'augmenter le taux de FCU à jour. Pour le moment, il n'existe pas de dépistage organisé national. Il serait intéressant d'évaluer le nouveau taux de couverture depuis la mise en place des auto-prélèvements ainsi que des nouvelles recommandations de la HAS, à savoir un test HPV tous les 5 ans pour les femmes de plus de 30 ans.

## 2.9. Examen des seins à jour

Dans notre étude, seulement 60,4% des femmes déclarent avoir eu un examen des seins dans l'année, contre 64% dans l'étude du Dr BERNHARD.

	Etude	Etude Dr BERNHARD
Examen des seins à jour	60,4%	64,0%



L'examen annuel des seins est recommandé par la HAS, même si l'intérêt de la palpation mammaire fait débat dans le dépistage du cancer du sein. (145) (192)

Certains freins à la réalisation de cet examen par les médecins généralistes ont été décrits dans la thèse d'A. BOURGOIN réalisée en 2018 parmi les médecins de Basse-Normandie.

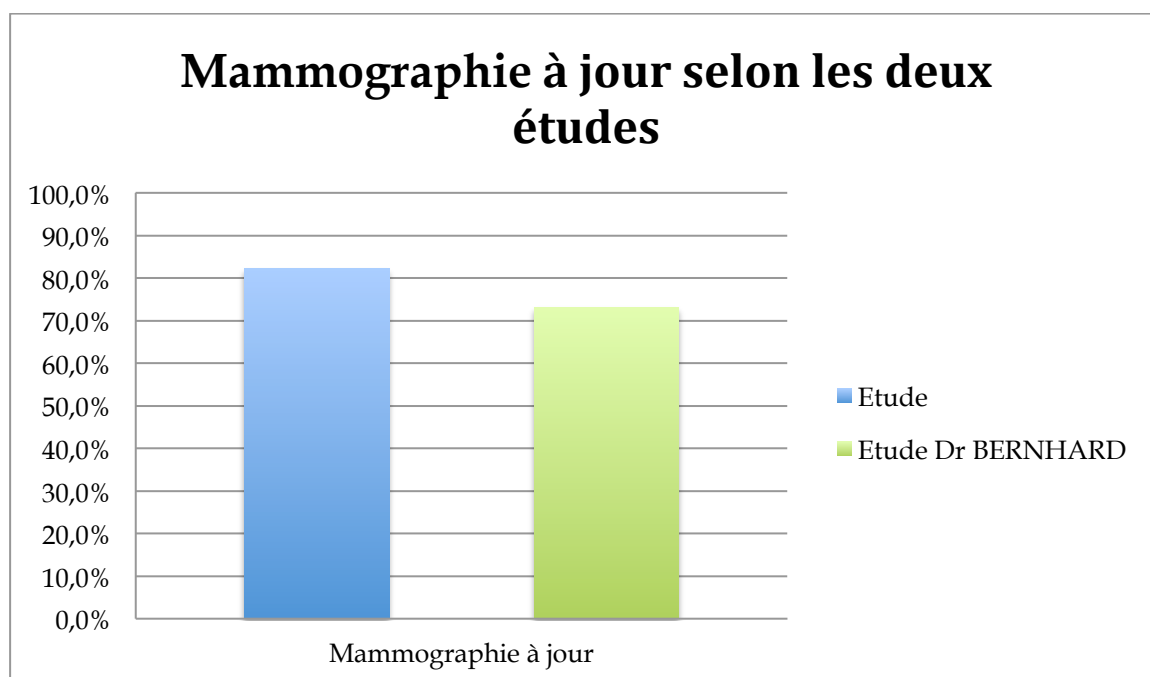
On retrouve le fait que beaucoup de femmes soient suivies par un gynécologue, le sentiment d'inutilité de cet examen par rapport à la mammographie et les réticences des patientes. (193)

Devant la diminution constante et prévue des gynécologues, les médecins généralistes seront amenés à réaliser davantage de suivis gynécologiques chez leurs patientes, avec notamment la palpation mammaire. Bien qu'il existe des réticences chez les médecins généralistes à l'effectuer, le travail d'A. BOURGOIN met en évidence trois bénéfices intervenant dans la relation médecin-patiente. Il s'agit du sentiment de prise en charge global de la patiente, de sa réassurance et d'un temps privilégié pour aborder des sujets intimes. (193)

## 2.10. Mammographie à jour

Dans notre étude, 82,7% des femmes de plus de 50 ans ont une mammographie à jour, c'est-à-dire datant de moins de 2 ans. C'est un peu plus que dans l'étude du Dr BERNHARD qui en compte 73%. (13)

	Etude	Etude Dr BERNHARD
Mammographie à jour	82,7%	73,0%



Selon la HAS, en 2018, 2 595 000 femmes ont réalisé une mammographie dans le cadre du dépistage organisé en France, ce qui correspond à un taux de participation de 50,3%. (144)

D'après Santé Publique France, en 2019, le taux de participation est de 48,6%. (194)

Dans le Grand Est, ce taux est de 52,3%. On retrouve dans les Vosges une meilleure participation avec un taux de 54,8%. Celui-ci est globalement stable depuis l'année 2009. (194)

Dans notre étude, le taux de participation au dépistage organisé est supérieur à la moyenne nationale, régionale et départementale. Les femmes répondant dans cette étude sont également plus nombreuses à déclarer avoir une mammographie à jour que dans l'étude du Docteur BERNHARD.

Pourtant, la population de notre étude a un niveau socio-économique plus bas que la population générale française et vit en milieu rural. Et nous avons vu précédemment que ces deux éléments sont des critères de renoncement à la réalisation de la mammographie.

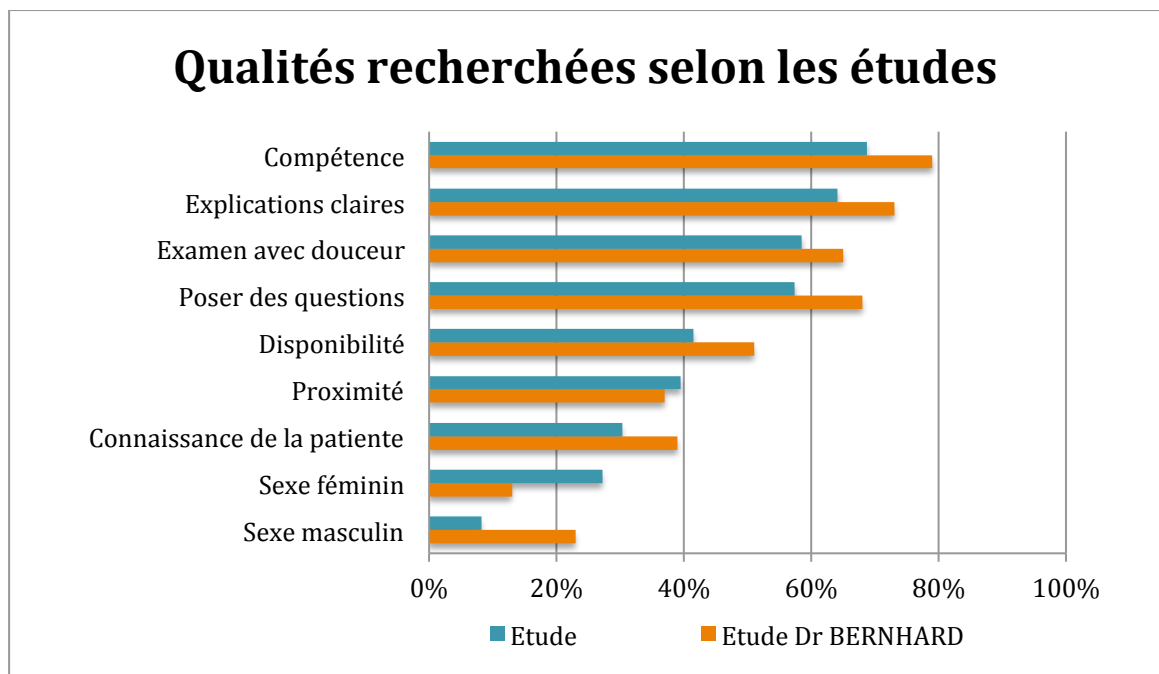
### 2.11. Qualités recherchées

Pour rappel, sur les 195 répondantes, les qualités recherchées chez la personne qui réalise leur suivi gynécologique sont réparties comme telles par ordre décroissant de fréquence :

1. Compétence (68,7%)
2. Explications claires (64,1%)
3. Examen avec douceur (58,5%)
4. Pouvoir poser des questions (57,4%)
5. Disponibilité (41,5%)
6. Proximité (39,5%)
7. Bonne connaissance de la patiente (30,3%)
8. Sexe féminin (27,2%)
9. Sexe masculin (8,2%)
10. Autres (5,6%) :
  - « Ecoute, ouverture sur les alternatives au traitement proposé »
  - « Humain » (pour 2 répondantes)
  - « Avoir le temps d'être à l'écoute »
  - « Mettre en confiance »
  - « Qu'il ou elle soit aimable »
  - « Agréable »
  - « Délicat »
  - « Pas de jugement »
  - « Qu'il soit correct, pas d'intervention inutile »
  - « Qu'il utilise des mots simples »

Dans la thèse du Docteur BERNHARD, on retrouve également la compétence et le fait d'être clair dans ses explications comme principales qualités recherchées. En 3<sup>e</sup> position arrive le fait de pouvoir poser des questions, alors que dans notre étude, l'examen avec douceur est recherché par plus de patientes. La proximité est un critère pour 37% d'entre elles dans la thèse du Dr BERNHARD (39,5% dans notre étude). (13)

	Etude	Etude Dr BERNHARD
Compétence	68,7%	79%
Explications claires	64,1%	73%
Examen avec douceur	58,5%	65%
Poser des questions	57,4%	68%
Disponibilité	41,5%	51%
Proximité	39,5%	37%
Connaissance de la patiente	30,3%	39%
Sexe féminin	27,2%	13%
Sexe masculin	8,2%	23%



Dans les deux études, la tendance des qualités recherchées est la même, sauf pour le sexe du praticien. Dans l'étude du Dr BERNHARD, les femmes recherchent un homme, alors que dans cette étude, le sexe féminin est favorisé.

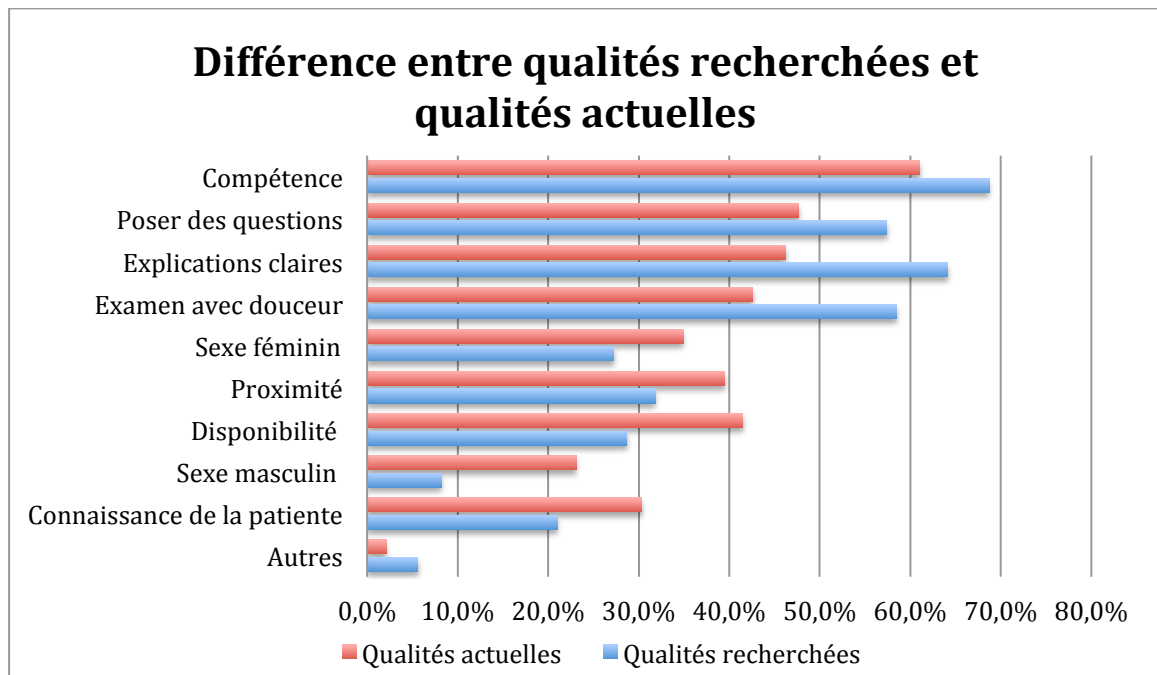


## 2.12. Différences entre les qualités recherchées et actuelles

Pour rappel, par ordre décroissant de fréquence, les qualités retrouvées chez les praticiens actuels des 195 femmes ayant répondu sont :

1. Compétence (61%)
2. Pouvoir poser des questions (47,7%)
3. Explications claires (46,2%)
4. Examen avec douceur (42,6%)
5. Sexe féminin (34,9%)
6. Proximité (31,8%)
7. Disponibilité (28,7%)
8. Sexe masculin (23,1%)
9. Bonne connaissance de la patiente (21%)
10. Autres (2,1%) :
  - « Je n'en ai plus pour l'instant »
  - « Demande des examens poussés, écoute avant de faire un jugement »

	Qualités recherchées	Qualités actuelles
Autres	5,6%	2,1%
Connaissance de la patiente	21,0%	30,3%
Sexe masculin	8,2%	23,1%
Disponibilité	28,7%	41,5%
Proximité	31,8%	39,5%
Sexe féminin	27,2%	34,9%
Examen avec douceur	58,5%	42,6%
Explications claires	64,1%	46,2%
Poser des questions	57,4%	47,7%
Compétence	68,7%	61,0%



On retrouve une relativement bonne adéquation (moins de 10% de différence) entre les qualités déjà présentes chez le praticien et ce que recherchent les patientes en ce qui concerne la compétence, la proximité, la bonne connaissance de la patiente, pouvoir poser des questions et le sexe féminin.

En revanche on note une différence remarquable en ce qui concerne l'examen effectué avec douceur, la délivrance d'explications claires, le sexe masculin et la disponibilité.

La douceur de l'examen et la clarté des explications seraient des qualités plus souvent recherchées que déjà retrouvées chez les praticiens. Inversement, le sexe masculin et la disponibilité seraient des qualités moins souvent recherchées que déjà retrouvées chez les praticiens.

De manière générale, dans cette étude, 4 critères sont plus souvent recherchés que déjà présents chez les praticiens : la délivrance d'explications claires, l'examen avec douceur, pouvoir poser des questions et la compétence.

Dans la thèse du Dr BERNHARD, on relève 6 critères plus souvent recherchés que déjà présents : la compétence, le sexe masculin, la douceur de l'examen, la disponibilité, la proximité et la clarté des explications. (13)

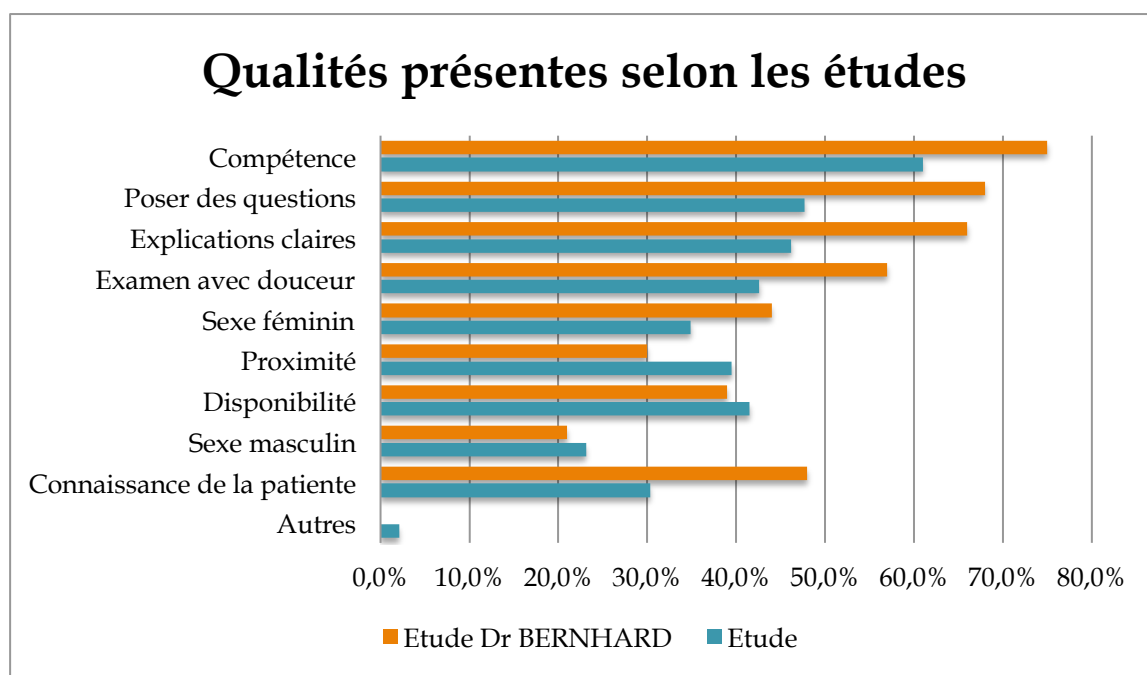
Dans cette étude, une proportion plus importante de femmes déclare que leur praticien est proche et disponible par rapport aux déclarations retrouvées dans l'étude du Dr BERNHARD. Serait-ce expliqué par l'installation du Dr VIALTEL ?

Le sexe masculin est également un critère plus souvent retrouvé dans notre étude que dans celle du Docteur Bernhard.

Pourtant, dans notre étude, 49,1% de femmes sont suivies par un homme et elles sont 68% dans l'étude du Dr BERNHARD. Les femmes interrogées lors de la distribution de premier questionnaire considèrent-elles que le sexe masculin n'est pas une qualité pour leur suivi ?

En revanche, pour les 6 autres critères, les femmes de la première étude sont plus nombreuses à déclarer des qualités à leur praticien par rapport aux femmes de notre étude.

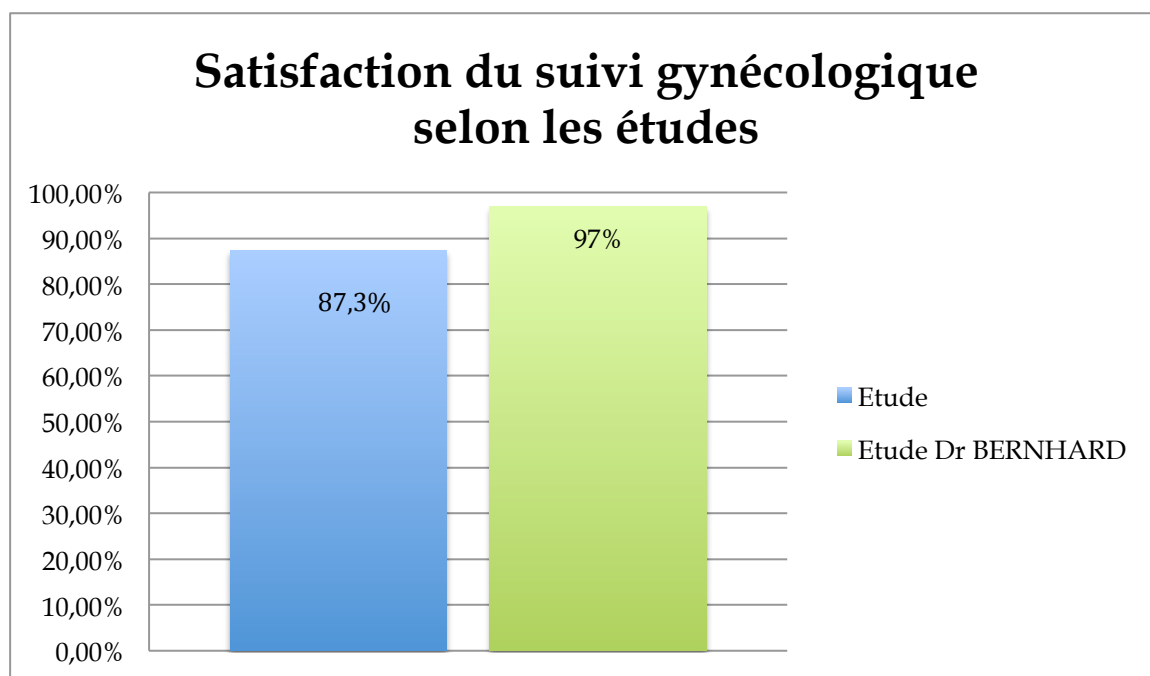
Qualités présentes selon les études	Etude	Etude Dr BERNHARD
Autres	2,1%	—
Connaissance de la patiente	30,3%	48,0%
Sexe masculin	23,1%	21,0%
Disponibilité	41,5%	39,0%
Proximité	39,5%	30,0%
Sexe féminin	34,9%	44,0%
Examen avec douceur	42,6%	57,0%
Explications claires	46,2%	66,0%
Poser des questions	47,7%	68,0%
Compétence	61,0%	75,0%



### 2.13. Satisfaction

Dans cette étude, 87,3% des femmes déclarent être satisfaites de leur suivi gynécologique, c'est moins que dans la thèse du Dr BERNHARD où elles sont 97%.

	Etude	Etude Dr BERNHARD
Patientes satisfaites	87,3%	97,0%



Cette différence peut s'expliquer, entre autres, par les différents départs en retraite récents des gynécologues et médecins généralistes qui exerçaient dans le secteur du Thillot et à Remiremont.

### 2.14. Commentaires libres

55 femmes ont laissé un commentaire contre 16 dans la thèse du Dr BERNHARD.

Dans notre étude, les commentaires étaient pour la plupart basés sur les qualités du praticien (25,5%), la recherche de proximité (21,8%) et de disponibilité (21,8%). Ils n'étaient pas tous négatifs.

Dans la thèse du Dr BERNHARD, 5 commentaires (37,5%) étaient basés sur la recherche d'une meilleure disponibilité, 3 (18,8%) étaient relatifs à la recherche de proximité, 5 (31,3%) étaient en rapport avec les qualités du praticien.

Même si notre étude compte plus de commentaires libres que dans l'étude du Dr BERNHARD, on retrouve les mêmes préoccupations de qualité, de proximité et de disponibilité chez les patientes en ce qui concerne leur suivi gynécologique.

## L'ESSENTIEL

### DES RESULTATS POSITIFS

- Pour les patientes : suivi régulier = mammographie tous les deux ans, FCU tous les trois ans, palpation mammaire tous les ans
- Frottis à jour pour 75,4% des répondantes, mieux que la population générale / mieux que dans la première étude
- Mammographie à jour pour 82,7% des femmes, mieux que la population générale / mieux que dans la première étude

### A NUANCER

- Biais de sélection : sous-représentation des femmes âgées de plus de 75 ans
- Suivi régulier tous les 2 ans = 77,3% : moins que dans la population générale / moins que dans la première étude
- Absence d'examen des seins à jour pour 56,2% de femmes déclarant avoir un suivi régulier
- Femmes moins satisfaites de leur suivi gynécologique que dans la première étude

## ENTRETIEN AVEC LE DOCTEUR VIALTEL HUIT ANS APRES LE DEBUT DES CONSULTATIONS SPECIALISEES EN GYNECOLOGIE

Le Dr E. VIALTEL est médecin généraliste. Elle a commencé à remplacer à la Maison médicale du Thillot en Août 2011. Elle s'y est définitivement installée en Août 2012 et a immédiatement commencé à réaliser des consultations spécifiques en gynécologie.

Lors de son internat, elle n'a pas fait de semestre en gynécologie car elle a fait un stage de pédiatrie. Elle a passé un DU de formation complémentaire en gynécologie et obstétrique à Nancy pendant son internat. Maintenant, elle accueille des internes de médecine générale en stage ambulatoire en pôle mère-enfant et en SASPAS avec l'un de ses confrères installé à Saint-Maurice-sur-Moselle.

Elle réalise le suivi gynécologique d'environ 30% de sa patientèle féminine. Elle fait également des consultations de gynécologie à des patientes dont elle n'est pas le médecin traitant. Ces consultations sont au nombre de 2 par jour maximum. Les délais d'attente sont d'un peu plus d'un mois. Ces patientes lui sont adressées par des médecins généralistes pour un deuxième avis gynécologique ou pour refaire le point. Elle doit refuser beaucoup de patientes, surtout depuis que 2 gynécologues de Remiremont sont partis en retraite il y a plusieurs mois.

Les principaux motifs de consultation sont la contraception, l'éducation à la sexualité, la pose et surtout le retrait d'implants contraceptifs (que les autres praticiens refusent de retirer s'ils ne sont pas à l'origine de la pose). Elle met en place des DIU (MIRENA et au cuivre pour la plupart), réalise des FCU et PV, traite les endométrioses non compliquées et peut parfois pratiquer des biopsies vulvaires.

Elle réalise en fait le suivi gynécologique que chaque médecin généraliste peut faire grâce à sa formation initiale. Elle ne fait pas de consultation traitant de pathologies gynécologiques. Elle réalise le suivi des cancers gynécologiques en tant que médecin généraliste. Elle ne pratique pas encore d'IVG mais y réfléchit. Pour ce faire, elle a besoin d'un partenariat avec l'hôpital de Remiremont, d'une assistante sociale de secteur et d'une psychologue disponibles, ce qui sera difficile à trouver.

Elle réalise beaucoup de consultations de contraception chez les adolescentes (mais aussi chez les garçons). D'ailleurs, la revalorisation de la consultation de contraception et de prévention des IST ne concerne que les adolescentes de 15 à 18 ans et n'est pas applicable pour les garçons, alors qu'ils sont également concernés.

Selon les statistiques que lui transmet la Sécurité Sociale, les taux de frottis et de mammographies à jour de sa patientèle se trouvent dans la partie haute de la moyenne nationale. Elle précise qu'ils ne la dépassent pas non plus de manière flagrante. Elle ne sait pas si ses patientes sont mieux suivies qu'avant son installation.

De manière générale, elle a l'impression que le suivi gynécologique réalisé par un médecin généraliste le rend plus humain, plus global et moins technique. De plus, il a l'avantage de la proximité, ce qui n'est pas négligeable en zone rurale.

Elle a déjà réalisé des vaccinations anti-HPV chez les garçons car la région Grand Est a été désignée comme région pilote. Elle se réjouit de l'apparition des auto-prélèvements pour les tests HPV. Elle considère que cette méthode améliore le suivi des patientes et permet un dépistage plus simple.

Le manque de médecins généralistes sur le territoire se fait sentir quotidiennement, surtout depuis les récents départs en retraite qui n'ont pas été remplacés. Les délais de rendez-vous sont longs et certaines demandes de consultation doivent être refusées.

Un autre médecin généraliste installé à quelques kilomètres de Remiremont et pratiquant également des consultations spécifiques en gynécologie a dû fermer ses rendez-vous de consultation aux patientes extérieures en raison d'une trop forte demande.

Le Dr E. VIALTEL est très satisfaite de sa pratique, mais regrette d'être l'une des seules à réaliser des actes de gynécologie dans son secteur.

Pour sa pratique de médecine générale, elle regrette aussi que les généralistes aux alentours, récemment partis en retraite, n'aient pas été remplacés. Selon elle, le renfort en soins primaires dans cette zone d'intervention prioritaire est impératif. Il permettrait d'assurer une prise en charge plus optimale de la population.

Ce renfort, associé à une meilleure exploitation des compétences polyvalentes des médecins généralistes libéraux, limiterait les recours aux spécialistes et aux hospitalisations.



## CONCLUSION

Huit ans après la mise en place d'une consultation spécifique en gynécologie à la maison médicale du Thillot, la demande ne fait que croître. Limiter le nombre de consultations par jour augmente les délais, mais est une nécessité pour assurer la continuité des soins de médecine générale.

Par rapport à la population générale et à la première étude, les femmes déclarent avoir un meilleur taux de dépistage des cancers gynécologiques. En revanche, elles sont moins nombreuses à effectuer une consultation tous les deux ans et sont moins satisfaites de leur suivi.

Les patientes recherchent avant tout un praticien compétent. Sa proximité et sa disponibilité importent moins mais restent des critères qui les préoccupent.

Le manque actuel et à venir des gynécologues sur le secteur du Thillot amènera vraisemblablement les médecins généralistes à effectuer plus de suivis et d'actes de gynécologie. L'amélioration de leur formation dans cette spécialité et l'augmentation de leur effectif dans ce territoire prioritaire paraissent indispensables pour assurer un suivi satisfaisant des patientes.

## BIBLIOGRAPHIE

1. J-B. Champion, C. Collin, P. Glénat C. Lesdos-Cauhapé, V. Quénechdu. Bilan démographique 2018. La fécondité baisse depuis quatre ans. INSEE Première. janv 2019;(1730).
2. Institut National d'Etudes Démographiques. Pyramide des âges en 2020 [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381472#graphique-figure1>
3. Institut National d'Etudes Démographiques. Population par sexe et âge au 1er janvier 2020 [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-sexe-ages/>
4. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique 2019 [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693?sommaire=1912926>
5. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Projections de population à l'horizon 2070 [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
6. Conseil national de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
7. Questions assemblée nationale. Question numéro 17519 de Mme Conchita Lacuey. Gynécologues médicaux, fermeture de la filière [Internet]. 2013. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-17519QE.htm>
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en Région Lorraine [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/14b3330/atlas\\_lorraine\\_2015\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/14b3330/atlas_lorraine_2015_0.pdf)
9. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Évolution de la population par département entre 2006 et 2016 [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3679426#consulter>

10. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population par grandes tranches d'âges, département des Vosges [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-88#graphique-POP\\_G2](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-88#graphique-POP_G2)
11. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Pyramide des âges dans les Vosges en 2011 [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379800>
12. Agence Régionale de Santé Grand Est. Projet régional de santé 2018-2027. Etat de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est. Ressources humaines en Santé [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2\\_Etat\\_des\\_lieux\\_07\\_RESSOURCES\\_HUMAINES\\_SANTE\\_20170519.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf)
13. M. Bernhard. Évaluation de la mise en place d'une consultation spécifique de gynécologie à la maison médicale du Thillot. Analyse du premier questionnaire [Thèse]. Nancy. 2012.
14. Mairie du Thillot. Commune du Thillot [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.le-thillot.fr>
15. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Comparateur de territoire. Commune du Thillot [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-88468>
16. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: [https://demographie.medecin.fr/#s=2016;z=-130674,7086488,1612422,1012840;l=fr;i=demo\\_med.dens\\_gen\\_total;v=map1](https://demographie.medecin.fr/#s=2016;z=-130674,7086488,1612422,1012840;l=fr;i=demo_med.dens_gen_total;v=map1)
17. Réseau périnatal Lorrain. Carte des maternités et des centres périnataux de proximité. Grande région Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: [https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/2016-12-carte\\_grande\\_region.pdf](https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/2016-12-carte_grande_region.pdf)
18. Agence Régionale de Santé Grand Est. L'ARS Grand Est arrête le nouveau zonage médecins [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/lars-grand-est-arrete-le-nouveau-zonage-medecins>

19. ISNAR-IMG. Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale. Propositions de l'ISNAR-IMG [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/propositions-des-mg.pdf>
20. Légifrance. 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 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022747156&categorieLien=id>
21. SRP-IMG. Réforme du 3ème cycle. Généralités [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <http://www.srp-img.com/archives/2052>
22. Université de Lorraine. Diplôme Inter Universitaire. Formation complémentaire en gynécologie obstétrique [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://formations.univ-lorraine.fr/fr/diplome-d-universite-du-diplome-inter-universitaire-diu/2725-diplome-inter-universitaire-formation-complementaire-en-gynecologie-obstetrique.html>
23. Légifrance. Décret n°2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000796401&categorieLien=cid>
24. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Changer de spécialité [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/changer-specialite#sommaire-id-0>
25. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/2010-01/MEDECINS-09.pdf>
26. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Formation et « fabrique » des spécialistes [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: [https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2016/PRESENTATION/HCAAM-2016-DECEMBRE-PRESENTATION-FORMATION\\_ET\\_FABRIQUE\\_DES\\_SPECIALISTES.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2016/PRESENTATION/HCAAM-2016-DECEMBRE-PRESENTATION-FORMATION_ET_FABRIQUE_DES_SPECIALISTES.pdf)
27. Légifrance. Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032862648&categorieLien=id>

28. S. Cousin. Formation : ce qu'il faut savoir sur le DPC [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/formation-ce-qu-il-faut-savoir-sur-le-dpc.html>
29. Agence nationale du développement professionnel continu. Le DPC en pratique [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>
30. SFTG. Liste de formations. DPC médecins [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.sftg.eu/formations/liste-formations/dpc-medecins/>
31. FMC Action. Liste des actions de formation [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: [https://www.fmccaction.org/formation.php?tri=spe&menu\\_ref=2&filtre\\_spe=1](https://www.fmccaction.org/formation.php?tri=spe&menu_ref=2&filtre_spe=1)
32. Collège National des Généralistes Enseignants. Objectifs de formation. Unité d'enseignement 2 [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/Programme\\_grade\\_Master.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Programme_grade_Master.pdf)
33. M. Jules-Clement. La formation gynécologique au cours du D.E.S. de Médecine générale. Etude sur la faculté Paris Diderot - Paris 7 [Thèse]. Paris. 2011.
34. E. Fayolle. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. Exercer 2013;107:114-20. 2013.
35. Société Française de Médecine Générale. Observatoire de la Médecine Générale. Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
36. Institut National du Cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA de Septembre 2010. [cité 8 août 2020]; Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/content/download/file/ENQBAROMG11>
37. C. Bergeron, I. Cartier, L. Guldner, M. Lassalle, A. Savignoni, B. Asselain. Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Île-de-France. Enquête Crisap, 2002. BEH 2005;(2):5-6.
38. Association pour la prévention du cancer du col de l'utérus dans le Doubs (APCC25). Evaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs 1993-2004. 2005.

39. Association Eve. Prise en charge des frottis anormaux dans la campagne EVE. Bull Inform 2006;(Janvier)
40. Haute Autorité de Santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. 2010 [cité 8 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)
41. G. Levasseur, C. Bagot, C. Honnorat. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique, 2005/1 (Vol. 17), p. 109-119.
42. G. Levasseur, C. Bagot, C. Honnorat. Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie ? Pédagogie médicale 2002; 3 (1): 19-24.
43. C-E. Guillaume. Evaluation des compétences cliniques et techniques en gynécologie médicale au cours du DES de médecine générale : enquête auprès des nouveaux médecins généralistes issus des promotions 2012 et 2013 de l'Université de Bordeaux [Thèse]. Bordeaux. 2018.
44. F. Cretin-Ben Hayoun Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique [Thèse]. Paris. 2014.
45. S. Mazan. Le suivi gynécologique en Midi Pyrénées: médecin généraliste ou gynécologue? Les raisons du choix des femmes [Thèse]. Toulouse. 2012.
46. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. La formation initiale. Comment devenir sage-femme en France? [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>
47. Université de Lorraine, Faculté de médecine. Formations initiales, sage-femme [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lorraine.fr/fr/formations-initiales/sage-femme/fr>
48. Légifrance. Loi n° 82-413 du 19 mai 1982 modifiant la loi n° 191 du 24 avril 1944, la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 et certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession de sage-femme [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880214>

49. Légifrance. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id>
50. Légifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
51. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Rapport d'activité 2016 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/06/Rapport-dactivite-2016-BD.pdf>
52. A. Chareyron. Connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île-de-France [Thèse]. Paris. 2015.
53. C. Delepau, P. Menecier, M. Balsan, L. Fernandez. Représentations et connaissances des patientes sur le suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes. Elsevier Masson 2017.
54. S. Vigoureux, M. Le Guen. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. Elsevier Masson Volume 46, Issue 12, Décembre 2018, Pages 777-785.
55. D. Rahib, M. Le Guen, N. Lydie. Baromètre santé 2016, contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé Publique France. W-979-10-289-0372-5. 2017.
56. F. Vaudaine. Evaluation des pratiques de prescription de pilules oestro-progestatives par les médecins généralistes et gynécologues de Lyon [Thèse]. Lyon. 2014
57. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. 216700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Etudes et Résultats n° 1081 [Internet]. sept 2018 [cité 1 mars 2019]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>
58. C. Moreau, J. Bouyer, N. Bajos, G. Rodriguez, J. Trussell. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. Human Reproduction, Vol24, No6 pp 1387-1392, 2009
59. MG France. Nomenclature Générale des Actes Professionnels [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.mgfrance.org/images/cabinet/2018/plaquette\\_metropole\\_juillet18.pdf](https://www.mgfrance.org/images/cabinet/2018/plaquette_metropole_juillet18.pdf)

60. B. Raccah-Tebeka, G. Plu-Bureau. La contraception en pratique. Première consultation pour demande de contraception. Elsevier Masson. 2013; Chapitre 4.
61. A. Scott, A.F. Glasier. Are routine breast and pelvic examinations necessary for women starting combined oral contraception? *Human Reproduction Update*, Volume 10, Issue 5, September/October 2004, Pages 449-452.
62. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. 2015 [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e\\_maj\\_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf)
63. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique, contraception [Internet]. 2018 [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: [http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/2018/CNGOF\\_RPC\\_2018-CONTRACEPTION.pdf](http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/2018/CNGOF_RPC_2018-CONTRACEPTION.pdf)
64. Collège d'enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques. *Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques*. 3e édition. Elsevier Masson; 2016.
65. N. Bajos, H. Leridon, H. Goulard, P. Oustry, N. Job-Spira. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction*, Volume 18, Issue 5, May 2003, Pages 994-999.
66. C. Moreau, J. Trussell, F. Michelot, N. Bajos. The Effect of Access to Emergency Contraceptive Pills on Women's Use of Highly Effective Contraceptives: Results From a French National Cohort Study. *Am J Public Health* 2009 March; 99(3): 441-442.
67. C. C Harper, C. H Rocca, K. M Thompson, J. Morfesis, S. Goodman, P. D Darney, et al. Reductions in pregnancy rates in the USA with long-acting reversible contraception: a cluster randomised trial. *The Lancet*, Volume 386, Issue 9993, p562-568, August 08, 2015.
68. C. Dehlendorf, K. Grumbach, J. A Schmittiel, J. Steinauer. Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*. 2017 Nov;96(5):380.
69. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Contraceptifs oraux commercialisés en France au 1<sup>er</sup> janvier 2015 [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: [https://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/345bfd36ada7b079266148563c972351.pdf](https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/345bfd36ada7b079266148563c972351.pdf)



70. Base de données publique des médicaments. Nuvaring 15 microgrammes/120 microgrammes/24 heures, système de diffusion vaginal [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=62148867>
71. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. La contraception, l'anneau vaginal [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/302-l-anneau-vaginal>
72. D. Serfaty. Le marché de la contraception en France et son évolution depuis 2011 : la France serait-elle atteinte d'hormonophobie ? *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, Elsevier Masson Volume 46, Issues 7-8, July-August 2018, Pages 561-562.
73. Base de données publique des médicaments. Evra 203 microgrammes/24 heures + 33,9 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=69729088>
74. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo, contraception estroprogestative transdermique ou vaginale : dispensation en officine [Internet]. 2013 [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/contraception\\_transdermique\\_v3.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/contraception_transdermique_v3.pdf)
75. Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet* 1995;346(8990):1575-1582.
76. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence. Contraceptifs oraux de troisième génération, réévaluation [Internet]. 2012 [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/annexe\\_reevauation\\_c3g.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/annexe_reevauation_c3g.pdf)
77. H. Gronier-Gouvernel, G. Robin. Risques cardiovasculaires de la contraception orale estro-progestative : au-delà de la polémique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* Volume 42, Issue 3, March 2014, Pages 174-181.

78. O. Wu, L. Robertson, P. Langhorne, S. Twaddle, G. D. O. Lowe, P. Clark, M. Greaves, I. D. Walker, I. Brenkel, L. Regan, I. A. Greer. Oral contraceptives, hormone replacement therapy, thrombophilias and risk of venous thromboembolism: a systematic review. *The Thrombosis: Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS) Study*. *Thromb Haemost*. 2005;94(1):17-25.
79. Haute Autorité de Santé. Rapport d'élaboration. Contraception chez l'homme et chez la femme [Internet]. 2013 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception\\_fiches\\_memo\\_rapport\\_delaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf)
80. R. J. Kim, R. C. Becker. Association between factor V Leiden, prothrombin G20210A, and methylenetetrahydrofolate reductase C677T mutations and events of the arterial circulatory system: a meta-analysis of published studies. *Am Heart J*. 2003;146(6):948-957.
81. C. Garre. Pilules 3G: la justice reconnaît l'AVC de Marion Larat comme un « accident médical non fautif ». *Le quotidien du Médecin* [Internet]. 14 févr 2018 [cité 1 mars 2019]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/pilules-3g-la-justice-reconnait-lavc-de-marion-larat-comme-un-accident-medical-non-fautif>
82. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) de janvier 2013 à décembre 2015. Communiqué [Internet]. 2017 [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Evolution-de-l-utilisation-en-France-des-Contraceptifs-Oraux-Combines-COC-de-janvier-2013-a-decembre-2015-Communiqué>
83. R. P. Urrutia, R. R. Coeytaux, A. J. McBroom, J. M. Gierisch, L. J. Havrilesky, P. G. Moorman, W. J. Lowery, M. Dinan, V. Hasselblad, G. D. Sanders, E. R. Myers. Risk of acute thromboembolic events with oral contraceptive use: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2013;122(2 Pt 1):380-389.
84. Ø. Lidegaard, E. Løkkegaard, A. Jensen, C. W. Skovlund, N. Keiding. Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception. *N Engl J Med* 2012; 366:2257-2266.
85. G. Plu-Bureau, J. Hugon-Rodin, L. Maitrot-Mantelet, M. Canonico. Hormonal contraceptives and arterial disease: an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2013;27(1):35-45.

86. B. H. Stegeman, M. de Bastos, F. R. Rosendaal, A. van Hylckama Vlieg, F. M. Helmerhorst, T. Stijnen, et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2013;347:f5298.
87. Ø. Lidegaard, L. H. Nielsen, C. W. Skovlund, F. E. Skjeldestad, E. Løkkegaard. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. *BMJ* 2011;343:d6423 Published 2011 Oct 25.
88. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. La contraception, l'implant [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/304-l-implant-nexplanon>
89. Base de données publique des médicaments. Nexplanon 68 mg, implant pour usage sous-cutané. Résumé des caractéristiques du produit [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=66845924&type doc=R>
90. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Nexplanon® : risque de migration dans les vaisseaux sanguins et dans la paroi thoracique. Lettre aux professionnels de santé [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Nexplanon-R-risque-de-migration-dans-les-vaisseaux-sanguins-et-dans-la-paroi-thoracique-Lettre-aux-professionnels-de-sante>
91. Haute Autorité de Santé. Document de synthèse. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2013 [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese\\_methodes\\_contraceptives\\_format2clics.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)
92. Base de données publique des médicaments. Depo Provera 150 mg/3 ml, suspension injectable (intramusculaire profonde) - Résumé des caractéristiques du produit [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62429736&type doc=R>
93. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence. Avis Depo Provera, suspension injectable (intramusculaire profonde) [Internet]. 2015 [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13446\\_DEPO\\_PROVERA\\_PIS\\_RI\\_Avis1\\_CT13446.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13446_DEPO_PROVERA_PIS_RI_Avis1_CT13446.pdf)

94. D. Paitraud. Contraception: Kyleena 19,5 mg, nouveau système intra-utérin de lévonorgestrel [Internet]. VIDAL. 2018 [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.vidal.fr/actualites/22673/contraception\\_kyleena\\_19\\_5\\_mg\\_nouveau\\_systeme\\_intra\\_uterin\\_de\\_levonorgestrel/](https://www.vidal.fr/actualites/22673/contraception_kyleena_19_5_mg_nouveau_systeme_intra_uterin_de_levonorgestrel/)
95. Vidal. Mirena 52 mg (20 µg/24 heures) disp IU. Pharmacodynamie [Internet]. 2020 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/mirena-11071-pharmacodynamie.htm>
96. B. Raccah-Tebeka, G. Plu-Bureau. Le choix de la première contraception : une étape majeure. *La Revue du praticien* 2018;68(4);392-3.
97. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Acétate de chlormadinone (Luteran® et génériques), acétate de nomégestrol (Lutényl® et génériques): risque de survenue de méningiome. Lettre aux professionnels de santé [Internet]. 2019 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Acetate-de-chlormadinone-Luteran-R-et-generiques-acetate-de-nomegestrol-Lutenyl-R-et-generiques-risque-de-survenue-de-meningiome-Lettre-aux-professionnels-de-sante>
98. S. Froelich, N. Dali-Youcef, P. Boyer, P. Kehrli, D. Maitrot, J. Auwerx, J-L. Schlienger. Does cyproterone acetate promote multiple meningiomas? *Endocrine abstracts of 10th European congress of endocrinology*, 16. 2008.
99. C. Botella, G. Coll, J-J. Lemaire, B. Irthum. Méningiomes intracrâniens et utilisation prolongée d'acétate de cyprotérone à dose conventionnelle chez la femme : à propos de deux cas de régression tumorale après arrêt du traitement. *Elsevier-Masson Neurochirurgie* Volume 61, Issue 5, October 2015, Pages 339-342.
100. Ameli. L'efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. 2019 [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
101. G. Plu-Bureau, L. Maitrot-Mantelet, J. Hugon-Rodin, M. Canonico. Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2013;27(1):25-34.
102. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Le préservatif féminin [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/309-le-preservatif-feminin>

103. Organisation Mondiale de la Santé. Nonoxynol-9: Inefficace pour la prévention de l'infection à HIV [Internet]. [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/notes/release55/fr/>
104. M. F. Gallo, D. A. Grimes, K. F. Schulz. Cervical cap versus diaphragm for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(4): CD003551.
105. Haute Autorité de Santé. Document de synthèse. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: [https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception\\_freins\\_reco2clics-5.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf)
106. Association Française d'Urologie. Contraception masculine [Internet]. [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/contraception-masculine.html>
107. F. Mulet, P. Descamps. Contraception du post-partum. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [Internet]. nov 2006 [cité 10 août 2020]; 2006. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2006\\_GM\\_041\\_mulet.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GM_041_mulet.pdf)
108. D. Hassoun. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. *RPC contraception CNGOF*. Elsevier Masson. déc 2018;Volume 46(12):873-82.
109. R. J. Fehring, M. Schneider, K. Raviele, D. Rodriguez, J. Pruszynski. Randomized comparison of two Internet-supported fertility-awareness-based methods of family planning. Elsevier Masson. *Contraception*; Volume 88, Issue 1, July 2013, Pages 24-30.
110. K. Cleland, E. G. Raymond, E. Westley, James Trussell. Emergency contraception review: evidence-based recommendations for clinicians. *Clin Obstet Gynecol* 2014 Dec; 57(4): 741-750.
111. L. Cheng, A. M. Gülmezoglu, G. Piaggio, E. Ezcurra, P. F. A. Van Look. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Aug 15;(8):CD001324.
112. Légifrance. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption de grossesse et à la contraception [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id>

113. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles [Internet]. 2016 [cité 27 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_-\\_recommandations\\_23-04-2008.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf)
114. F. Puech. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. Le Plan de périnatalité 2005-2007. Actualité et dossier en santé publique, 2007-2008, 61-62, 35-45.
115. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité [Internet]. [cité 27 août 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf)
116. C. Houlié. Suivi de la grossesse : critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste: enquête auprès de patientes de la région dieppoise [Thèse]. Rouen. 2013.
117. Antoine Darreye. Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et appréhensions. Etude qualitative du point de vue des femmes ayant accouché à la maternité de Limoges [Thèse]. Limoges. 2016.
118. S. Hureau. Le suivi des femmes enceintes: parcours de soins et raisons du non choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse [Thèse]. Bordeaux. 2008.
119. C. Babinet-Boulnois. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse : intérêts et difficultés [Thèse]. Rouen. 2013.
120. B. Blondel, M. Kermarrec. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. INSERM 2011 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)
121. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé [Internet]. 2005 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infos\\_femmes\\_enceintes\\_rap.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf)
122. J. Perret. La place du médecin généraliste dans la surveillance de la grossesse [Thèse]. Grenoble. 2002.
123. S. Boulet Hamza. Le suivi des grossesses par les médecins généralistes [Thèse]. Marseille. 2001.

124. H. Yildiz. Suivi de grossesse par le médecin généraliste : expériences et vécus des femmes. Etude qualitative auprès de femmes ayant confié le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant [Thèse]. Nancy. 2010.
125. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence. Réévaluation des traitements hormonaux de la ménopause. Rapport d'évaluation [Internet]. 2014 [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/reeval\\_thm\\_rapport\\_devaluation\\_annexe.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/reeval_thm_rapport_devaluation_annexe.pdf)
126. V. Tomaszek. Comment s'informent les femmes sur la ménopause et quelles sont leurs attentes vis à vis de leur médecin traitant sur le sujet? [Thèse]. Paris. 2016.
127. H. Paquentin. Les freins à la prise en charge de la ménopause en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais en 2013 [Thèse]. Lille. 2014.
128. F. Rigal. THM: l'étude WHI montre finalement une absence de surmortalité. Le quotidien du Médecin [Internet]. 12 sept 2017 [cité 1 mars 2019]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/recherche-science/thm-letude-whi-montre-finalement-une-absence-de-surmortalite>
129. D. Jupin-De Souza. La prise en charge de la ménopause en médecine générale en Limousin. [Thèse]. Limoges. 2014.
130. Santé Publique France. Cancers [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>
131. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan cancer 2014-2019 [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03\\_Plan\\_cancer-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf)
132. Institut National du Cancer. Sixième rapport au président de la République [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-ou-en-est-on/Sixieme-rapport-au-president-de-la-Republique>
133. Institut National du Cancer. Cancers de l'ovaire, du diagnostic au suivi. Outils pour la pratique. [Internet]. 2019 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [https://www.oncorif.fr/wp-content/uploads/2019/09/Cancers\\_ovaire\\_diagostic\\_suivi\\_mel\\_20190920.pdf](https://www.oncorif.fr/wp-content/uploads/2019/09/Cancers_ovaire_diagostic_suivi_mel_20190920.pdf)

134. Institut National du Cancer. Syndrome de Lynch ou HNPCC [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Facteurs-de-risque/Syndrome-de-Lynch-ou-HNPCC>
135. J. Prat. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int J Gynecol Obstet.* 2014;124:1-5.
136. Collège National des gynécologues et obstétriciens français. Conduites à tenir devant des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [https://www.oncopaca.org/sites/default/files/synthese\\_conduites\\_a\\_tenir\\_initiales\\_devant\\_patientes\\_atteintes\\_cancer\\_epithelial\\_ovaire\\_mel\\_20181207\\_0.pdf](https://www.oncopaca.org/sites/default/files/synthese_conduites_a_tenir_initiales_devant_patientes_atteintes_cancer_epithelial_ovaire_mel_20181207_0.pdf)
137. Institut National du Cancer. Cancers du sein, du diagnostic au suivi. Outils pour la pratique. 2016. (Outils pour la pratique des médecins généralistes. Du diagnostic au suivi).
138. Institut National du Cancer. Le programme de dépistage organisé. [Internet]. 2019 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
139. Santé Publique France. Nouvelles données sur les cancers du sein, du côlon, du rectum : à quel stade sont-ils diagnostiqués en France ? [Internet]. 2018 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/nouvelles-donnees-sur-les-cancers-du-sein-du-colon-du-rectum-a-quel-stade-sont-ils-diagnostiques-en-france>
140. Haute Autorité de Santé. Cancer du sein : quel dépistage selon vos facteurs de risque ? [Internet]. 2014 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1741484/fr/cancer-du-sein-quel-depistage-selon-vos-facteurs-de-risque](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741484/fr/cancer-du-sein-quel-depistage-selon-vos-facteurs-de-risque)
141. Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du sein : orienter vos patientes en fonction de leur niveau de risque [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Orienter-vos-patientes>
142. B. Courbiere, X. Carcopino. Gynécologie obstétrique. Edition 2012. VG; (Médecine KB).



143. Légifrance. Arrêté du 22 février 2019 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé et portant modification du cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. 2019 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/2/22/SSAP1905965A/jo/texte>
144. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la performance et de la place de la mammographie par tomosynthèse dans le programme national de dépistage organisé du cancer du sein. Volet 2 [Internet]. 2020 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/note\\_de\\_cadrage\\_evaluation\\_de\\_la\\_performance\\_et\\_de\\_la\\_place\\_de\\_la\\_mammographie\\_par\\_tomosynthese\\_vole\\_2020-01-27\\_10-00-20\\_527.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/note_de_cadrage_evaluation_de_la_performance_et_de_la_place_de_la_mammographie_par_tomosynthese_vole_2020-01-27_10-00-20_527.pdf)
145. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du sein. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. [Internet]. 2015 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces\\_k\\_du\\_sein\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf)
146. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Synthèse [Internet]. 2014 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage\\_du\\_cancer\\_du\\_sein\\_chez\\_les\\_femmes\\_a\\_haut\\_risque\\_synthese\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_synthese_vf.pdf)
147. Haute Autorité de Santé. La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France. Synthèse des recommandations en santé publique [Internet]. 2011 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/fiche\\_de\\_synthese\\_-\\_4\\_pages\\_-\\_participation\\_depistage\\_cancer\\_du\\_sein\\_2012-02-03\\_09-41-16\\_837.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/fiche_de_synthese_-_4_pages_-_participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-03_09-41-16_837.pdf)
148. World Health Organization. Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index3.html>
149. Ruban Rose. Le dépistage [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <http://www.cancerdusein.org/le-depistage/lauto-examen-des-seins>
150. Réseau régional de Cancérologie Onco Hauts de France. Référentiel régional de prise en charge du cancer du sein (hors tumeurs rares) [Internet]. 2018 [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.onco-hdf.fr/app/uploads/2019/05/Version-finale-sénologie.pdf>
151. Vidal. Trastuzumab [Internet]. 2013 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/substances/18886/trastuzumab/>

152. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence. Herceptin [Internet]. 2006 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ct-3054\\_herceptin\\_.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ct-3054_herceptin_.pdf)
153. Haute Autorité de Santé. Kadcylla (trastuzumab emtansine), anticorps ciblant le récepteur HER 2 couplé à un cytotoxique [Internet]. 2014 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1735595/fr/kadcyla-trastuzumab-emtansine-anticorps-ciblant-le-recepteur-her-2-couple-a-un-cytotoxique](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1735595/fr/kadcyla-trastuzumab-emtansine-anticorps-ciblant-le-recepteur-her-2-couple-a-un-cytotoxique)
154. Institut National du Cancer. Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Quelques-chiffres>
155. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. 2019 [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans)
156. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 [Internet]. 2019 [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese\\_hpv.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese_hpv.pdf)
157. Oncologik. Cancer du col de l'utérus. Référentiel [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <http://oncologik.fr/referentiels/interregion/uterus-col>
158. Base de données publique des médicaments. Cisplatine [Internet]. [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=68377552&type doc=R>
159. Institut National du Cancer. Cancer de l'endomètre [Internet]. [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-l-endometre/Quelques-chiffres>
160. Haute Autorité de Santé. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer de l'endomètre [Internet]. 2010 [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-02/ald\\_30\\_gm\\_endometre\\_inca\\_has\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-02/ald_30_gm_endometre_inca_has_web.pdf)

161. Onconormandie. Cancers de l'endomètre. Prise en charge diagnostique et thérapeutique [Internet]. 2017 [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: <https://onconormandie.fr/wp-content/uploads/2017/10/ref%C3%A9rentiel-endom%C3%A8tre-2017-m-1.pdf>
162. P. T. Ramirez, G. Salvo. Cancer de l'endomètre [Internet]. Le manuel MSD. 2019 [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/tumeurs-gynécologiques/cancer-de-l-endomètre>
163. Oncobretagne. Les cancers de l'endomètre [Internet]. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.oncobretagne.fr/wp-content/uploads/2015/08/endometre-gyneco2015.pdf>
164. E. Daraï. Prise en charge chirurgicale primaire des cancers de l'endomètre : Recommandations SFOG-CNGOF [Internet]. Gyneco-online. 2018 [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <https://www.gyneco-online.com/cancerologie/prise-en-charge-chirurgicale-primaire-des-cancers-de-lendometre-recommandations-sfog>
165. D. Kersaudy-Rahib, J. Clément, B. Lamboy et al. Interventions validées ou prometteuses en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : synthèse de la littérature. Santé Publique, 2013/HS1 (S1), p. 13-23.
166. Santé Publique France. Infections sexuellement transmissibles (IST) : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence [Internet]. 2018 [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/infections-sexuellement-transmissibles-ist-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>
167. ECN pilly 2018. 5e édition Maladies infectieuses et tropicales. Préparation ECN. Tous les items d'infectiologie. Alinéa Plus. Paris.
168. Santé Publique France. Nouvelles données de surveillance du VIH en France [Internet]. 2019 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/nouvelles-donnees-de-surveillance-du-vih-en-france>
169. Haute Autorité de Santé. Autotests de dépistage de l'infection par le VIH [Internet]. 2015 [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/advih\\_qr\\_\\_201503\\_2015-04-07\\_12-20-12\\_604.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/advih_qr__201503_2015-04-07_12-20-12_604.pdf)

170. Conseil National du Sida et des hépatites virales, Agence Autonome de l'INSERM. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins [Internet]. 2018 avr [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: [https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/05/experts-vih\\_suivi.pdf](https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/05/experts-vih_suivi.pdf)
171. Santé Publique France. Infections sexuellement transmissibles (IST): Préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence. Communiqué de presse. 2018.
172. Agence Régionale de Santé. Prévention, dépistage et prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) [Internet]. 2019 [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/prevention-depistage-et-prise-en-charge-des-infections-sexuellement-transmissibles-ist>
173. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations [Internet]. 2017 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation\\_de\\_la\\_strategie\\_depistage\\_vih\\_-\\_synthese\\_conclusions\\_reco.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_conclusions_reco.pdf)
174. Haute Autorité de Santé. Infection VIH - La prophylaxie préexposition avec Truvada® [Internet]. 2019 [cité 29 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2753067/en/infection-vih-la-prophylaxie-preexposition-avec-truvada](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2753067/en/infection-vih-la-prophylaxie-preexposition-avec-truvada)
175. Santé Publique France. VIH/sida : données 2018 sur les découvertes de séropositivité VIH et diagnostics du sida [Internet]. 2019 [cité 20 août 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/vih-sida-donnees-2018-sur-les-decouvertes-de-seropositivite-vih-et-diagnostics-du-sida>
176. D. Vautrin. Analyse des modalités et de l'offre de dépistage du VIH et des IST en médecine générale et en CeGIDD en Seine-Maritime [Thèse]. Rouen. 2019
177. C. Roncier. Mise à jour du rapport du groupe d'experts sur le VIH: dépistage, prévention biomédicale et organisation de la prise en charge [Internet]. 2018 [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <https://vih.org/20180412/mise-a-jour-du-rapport-du-groupe-dexperts-sur-le-vih-depistage-prevention-biomedicale-et-organisation-de-la-prise-en-charge/>

178. P. Touly. Dépistage des infections sexuellement transmissibles en médecine générale : à propos de 97 situations cliniques [Thèse]. Toulouse. 2013.
179. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'endométriose. Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2017. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise\\_en\\_charge\\_de\\_lendometriose\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf)
180. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale. Fertilité et endométriose [Internet]. 2006 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2006\\_GM\\_185\\_darai.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GM_185_darai.pdf)
181. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Endométriose. Une maladie gynécologique fréquente mais encore mal connue. [Internet]. 2019 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/endometriose>
182. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) [Internet]. 2013 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps\\_format2clic\\_kc\\_col\\_uterus\\_2013-30-08\\_\\_vf\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf)
183. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population par sexe et groupe d'âges. Données annuelles 2020 [Internet]. 2020 [cité 6 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
184. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle. Données annuelles de 2014 à 2019 [Internet]. 2020 [cité 6 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381478>
185. Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Sondage réalisé pour la Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale en mai 2008 [Internet]. 2008 [cité 6 juin 2020]. Disponible sur: [http://www.bva-group.com/wp-content/uploads/2017/02/fichier\\_ressenti\\_des\\_femmes\\_a\\_legard\\_du\\_sui\\_vi\\_gynecologiquee0a78.pdf](http://www.bva-group.com/wp-content/uploads/2017/02/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_sui_vi_gynecologiquee0a78.pdf)
186. A. Malmartel, L. Rigal. Suivi gynécologique, médecin impliqué et dépistage du cancer du col utérin: une accumulation de disparités sociales. Elsevier Masson. Volume 45, Issue 5, May 2016, Pages 459-466.

187. Haute Autorité de Santé. Synthèse, recommandations, dépistage du cancer de l'utérus [Internet]. 2010 [cité 29 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)
188. H. Guyomard. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de littérature [Thèse]. Angers. 2018.
189. C. Huet. Suivi gynécologique : quelles sont les perceptions des patientes sur la pratique des médecins généralistes ? Etude qualitative [Thèse]. Lyon. 2018.
190. F. Tassy. Consultation pour motif gynécologique : perceptions d'adolescentes et de médecins généralistes, en région parisienne, en 2012 [Thèse]. Paris. 2014.
191. C. Rondet. Déterminants socio-territoriaux de l'absence ou du retard de participation aux dépistages des cancers féminins. Impact de l'origine migratoire et du lien social. Une étude en population générale à partir des données de la cohorte SIRS. [Thèse]. Paris. 2016.
192. Société Française de Médecine d'Urgence. Dépistage du cancer du sein : l'examen clinique des seins peu fiable (étude française). 18 avr 2019 [cité 30 juin 2020]; Disponible sur: [https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/depistage-du-cancer-du-sein-l-examen-clinique-des-seins-peu-fiable-etude-francaise-/new\\_id/61710](https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/depistage-du-cancer-du-sein-l-examen-clinique-des-seins-peu-fiable-etude-francaise-/new_id/61710)
193. Bourgoin A. Quels sont les facteurs motivant ou limitant l'examen clinique des seins par les médecins généralistes bas-normands ? [Thèse]. Caen. 2018.
194. Santé Publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018-2019 et évolution depuis 2005 [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2018-2019-et-evolution-depuis-2005>

## GLOSSAIRE

- ACE : Antigène Carcino-Embryonnaire  
ACR : American College of Radiology  
ADN : Acide Desoxyribonucléique  
AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens  
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché  
AMP : Assistance Médicale à la Procréation  
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament  
ARN : Acide Ribonucléique  
ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe  
ASMR : Amélioration de Service Médical Rendu  
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- BRCA : Breast Cancer (Cancer du sein)
- CA 125 : Carbohydate Antigen 125 (Antigène tumoral 125)  
CCU : Cancer du Col Utérin  
CD4 : Cluster de Différenciation 4  
CH : Centre Hospitalier  
CHC : Carcinome Hépatocellulaire  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CIN : Néoplasie Cervicale Intraépithéliale  
CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire  
CMV : Cytomégalovirus  
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants  
COP : Contraceptif Oestro-Progestatif  
CPP : Centre Périnatal de Proximité
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées  
DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire  
DIM : Département d'Information Médicale  
DIU : Diplôme Interuniversitaire  
DIU : Dispositif Intra-Utérin  
DPC : Développement Professionnel Continu  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
DU : Diplôme Universitaire
- ELISA : Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (dosage d'immunoabsorption par enzyme liée)  
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs  
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

FCU : Frottis Cervico-Utérin  
FIV : Fécondation In Vitro  
FMC : Formation Médicale Continue  
FSH : Hormone Folliculo-Stimulante  
FST : Formation Spécialisée Transversale

HAD : Hospitalisation à Domicile  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HER 2 : Human Epidermal Growth Factor (facteur de croissance épidermique humain)  
HSV : Herpès Simplex Virus  
HNPCC : Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer  
HPST (loi) : Hôpital, Patients, Santé, Territoires  
HPV : Papilloma Virus Humain  
HSIL : High Grade Squamous Intraepithelial Lesion  
HTA : Hypertension Artérielle

ICSI : Intracytoplasmic Spermatozoon Injection (Injection Intracytoplasmique de Spermatozoïdes)  
INCa : Institut National du Cancer  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
IOP : Insuffisance Ovarienne Prématuurée  
ISNAR-IMG : Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale  
IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LEMP : Leucoencéphalopathie Multifocale Progressive  
LSIL : Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion

MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

NSP : Ne Sait Pas

ODPC : Organismes de Développement Professionnel Continu  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé  
PET Scanner : Tomographie par Emission de Positons  
PMA : Procréation Médicalement Assistée  
PV : Prélèvement Vaginal

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit  
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire  
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé  
RR : Risque Relatif



SA : Semaines d'Aménorrhée  
SCC : Squamous Cell Carcinoma (Carcinome Squameux)  
SFMG : Société Française de Médecine Générale  
SIDA : Syndrome d'Immunodépression Acquis  
SMR : Service Médical Rendu  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TAP (scanner) : Thoraco-Abdomino-Pelvien  
THM : Traitement Hormonal de la Ménopause  
TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay  
TROD : Test de Dépistage Rapide à Orientation Diagnostique

UICC : Union Internationale Contre le Cancer

VDRL : Venereal Disease Research Laboratory  
VEGF : Vascular Endothelial Growth Factor (Facteur de Croissance de l'Endothélium Vasculaire)  
VHB : Virus de l'Hépatite B  
VHC : Virus de l'Hépatite C  
VHD : Virus de l'hépatite D  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## ANNEXES

### Annexe 1

*Ce questionnaire vous est proposé dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Le but est d'évaluer vos besoins en matière de gynécologie six ans après l'arrivée dans votre maison médicale d'une praticienne généraliste dont l'activité comprend le suivi gynécologique. Merci pour votre participation.*

Faisons connaissance :

Quel est votre âge ? .....

Quelle est votre profession ? .....

Avez-vous un suivi gynécologique régulier, c'est à dire au moins tous les 2 ans?

- Oui
- Non

Si oui, auprès de quel praticien ? :

- Un gynécologue
- Votre médecin traitant
- Un médecin généraliste qui n'est pas votre médecin traitant
- Une sage-femme

Ce praticien est-il :

- Un homme
- Une femme

A quelle occasion avez-vous commencé à être suivie sur le plan gynécologique ?

- Une grossesse
- Un problème de santé
- Un examen de contrôle, de dépistage
- Autre .....

Pensez-vous qu'il est nécessaire d'avoir un examen gynécologique de façon régulière, même si vous ne présentez pas de problème particulier ?

- Oui
- Non

Votre dernier frottis date-t-il de moins de 3 ans ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Avez-vous eu une palpation des seins dans les 12 derniers mois ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si vous avez entre 50 ans et 75 ans, avez-vous une mammographie qui date de moins de 2 ans ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Quelles sont les qualités que vous recherchez chez le praticien qui vous suit sur le plan gynécologique ?

- Sexe féminin
- Sexe masculin
- Compétence
- Proximité
- Disponibilité
- Que vous puissiez lui poser des questions
- Qu'il/elle vous donne des explications claires
- Qu'il/elle effectue son examen avec douceur
- Qu'il/elle vous connaisse bien
- Autre. Précisez .....

Quelles sont les qualités de votre praticien actuel :

- Sexe féminin
- Sexe masculin
- Compétence
- Proximité
- Disponibilité
- Vous pouvez lui poser des questions
- Il/elle vous donne des explications claires
- Il/elle effectue son examen avec douceur
- Il/elle vous connaît bien
- Autres. Précisez.....

Etes-vous satisfaite de votre suivi gynécologique ?

- Oui
- Non

Que proposeriez-vous pour l'améliorer ?

.....  
.....  
.....  
.....

---

## RESUME DE LA THESE

Le suivi gynécologique (contraception, prévention des IST, grossesse non pathologique, ménopause, prévention des cancers féminins) fait partie du champ de compétence des médecins généralistes, bien souvent ignoré par leurs patientes. En France, le nombre global de médecins, et plus particulièrement de gynécologues, diminue depuis plusieurs années. L'offre de soins en est de ce fait impactée, notamment dans le secteur du Thillot dans les Vosges, qui est une zone qualifiée d'intervention prioritaire. En 2012, le Dr E. VIALTEL, médecin généraliste, s'est installée dans la maison médicale du Thillot et a mis en place des consultations spécifiques en gynécologie. Une première étude a été réalisée avant son installation afin d'évaluer le suivi gynécologique des femmes fréquentant la maison médicale. Cette deuxième étude qualitative par questionnaires a pour objectif principal d'évaluer le suivi gynécologique des femmes fréquentant la maison médicale sept ans après la création des consultations spécifiques en gynécologie. Elle a duré 8 mois, 195 femmes y ont participé. 77,3% d'entre elles déclarent avoir un suivi gynécologique régulier, 94,3% estiment que ce suivi est utile, 75,4% ont réalisé un frottis il y a moins de 3 ans, 60,4% déclarent avoir eu une palpation des seins dans l'année, 82,7% des femmes de plus de 50 ans affirment avoir passé une mammographie il y a moins de 2 ans. 87,3% des femmes sont satisfaites de leur suivi. Seulement 13,5% d'entre elles effectuent leur suivi gynécologique chez un médecin généraliste. 68,7% d'entre elles recherchent un praticien compétent. Il y a une forte participation au dépistage par rapport à la population générale et à la première étude, en revanche le suivi régulier et la satisfaction sont plus faibles. Suite à la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales, une amélioration de la formation en gynécologie des futurs médecins généralistes est attendue.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Assessment of the implementation of a specific gynecological consultation at Le Thillot medical home - Analysis of the second questionnaire. Qualitative survey questionnaire distributed to adult women attending the medical home located at Le Thillot Vosges.

---

**THESE : MEDECINE GENERALE - ANNEE 2020**

---

**MOTS-CLES :** médecine générale, gynécologie, suivi gynécologique, sages-femmes, contraception, , grossesse, prévention, IST, endométriose, cancers féminins, dépistage, HPV, frottis, mammographie, enquête qualitative, questionnaires, Grand Est, Vosges, Le Thillot

---

**INTITULE ET ADRESSE :**

UNIVERSITE DE LORRAINE  
Faculté de Médecine de Nancy  
9, Avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

