

# LA PRISE EN CHARGE GYNECOLOGIQUE EN NOUVELLE AQUITAINE

-----

## RAPPORT D'ETUDE QUALITATIVE MENEÉ AUPRES DE MEDECINS GYNECOLOGUES, DE MEDECINS GENERALISTES ET DE SAGES- FEMMES

Etude commandée par : Dr S. BRUGERE, Présidente de la commission « Organisation des soins en gynécologie médicale », Union régionale des Médecins Libéraux de Nouvelle-Aquitaine (URPS MLNA)

ARTICLE 25



évaluation et aide à la décision en santé

**S. PURGUES**  
**E. FOURNEYRON**  
Février 2019

## Table des matières

Chapitre I – Contexte et méthode.....	3
I. Introduction .....	4
II. Méthode .....	6
Chapitre II – Résultats .....	14
I. L’offre de soins en gynécologie : regards croisés, distribution et répartition des compétences .....	15
II. Le travail de coopération : des pratiques plus ou moins normalisées.....	34
III. La gynécologie en perspectives : perceptions sur les mutations sociales et l’avenir de l’offre de soins.	42
IV. Synthèse générale et conclusion .....	57
Chapitre III – Références et annexes.....	59
I. Références .....	60
II. Annexes.....	62

# Chapitre I – Contexte et méthode

## I. INTRODUCTION

---

### a) Contexte de l'étude

L'offre de soins en gynécologie revêt aujourd'hui une dimension plurielle. Il s'observe en effet une distribution de compétences professionnelles et médicales qui rassemble quatre acteurs centraux : le gynécologue médical, le gynécologue obstétricien, le médecin généraliste, et depuis presque dix ans, la sage-femme. Les médecins gynécologues sont les acteurs les mieux identifiés par les femmes pour assurer le suivi gynécologique, d'autant plus qu'ils demeurent en « accès libre » dans les parcours de soins.

L'intervention de plusieurs segments professionnels vient questionner d'une part les rôles de chacun, mais aussi les coopérations interprofessionnelles autour de la prise en charge gynécologique des patientes. La problématique démographique actuelle en gynécologie, souvent mise en avant sur la scène médiatique et politique, tend à accentuer ces interrogations et concourent également à des préoccupations sanitaires plus larges. En effet, la diminution du nombre de gynécologues médicaux soulève des interrogations de la part des professionnels de la santé, posant en toile de fond le problème de l'accès aux soins en gynécologie. Rappelons qu'entre 1984 (date de la réforme de l'internat) et 2003, la spécialité de la gynécologie médicale a été supprimée du cursus universitaire. L'absence de diplômés durant toutes ces années a contribué aux difficultés que connaît actuellement la gynécologie médicale.

Dans ce contexte, la commission « Organisation des soins en gynécologie médicale » de l'URPS Médecins Libéraux de Nouvelle Aquitaine a conduit en 2017 une enquête par questionnaires auprès des deux principaux profils de médecins pouvant assurer le suivi gynécologique : les généralistes et les gynécologues (médicaux et obstétriciens). Celle-ci a permis de dresser la photographie d'une prise en charge gynécologique à présent assez largement partagée entre les types d'acteurs interrogés. L'enquête a également montré que les coopérations entre les gynécologues et les généralistes semblent encore peu développées et que la place des sages-femmes est diversement reconnue par les autres catégories d'acteurs. La présente étude vise à approfondir ces premiers résultats, à travers une investigation empirique qualitative.

### b) Objectifs

La présente étude s'articule autour de trois objectifs principaux.

Le premier objectif vise à **faire émerger les regards de chaque catégorie d'acteurs sur la prise en charge gynécologique et les rôles respectifs de chacun**. L'intérêt est de mener une réflexion approfondie et croisée sur les champs professionnels, c'est-à-dire étudier les compétences, places et rôles assignés ou perçus pour eux-mêmes et pour les autres catégories d'acteurs. Il permet d'une part, de saisir les éléments sur lesquels reposent les mécanismes identitaires relatifs à chaque profession et

d'autre part, de faire émerger les points de consensus ou de dissensus dans la représentation des rôles et du positionnement des professionnels dans la chaîne thérapeutique gynécologique.

Le deuxième objectif s'intéresse aux **pratiques collaboratives entre les professionnels**. Comment s'organisent les collaborations professionnelles entre ces différents acteurs ? Dans quels contextes et sous quelles modalités se mettent-elles en œuvre ? Plus concrètement, c'est par exemple la question de l'orientation du patient, celle du partage d'informations dans le cadre du suivi, autrement dit celle de la continuité des soins qui sont explorées. Par ailleurs, l'étude vise à appréhender les perceptions des acteurs quant aux freins et leviers au travail de collaboration, dans le cadre de la prise en charge globale des femmes.

Enfin, le dernier objectif vise à interroger les **perceptions des professionnels quant aux transformations de la prise en charge et à l'avenir de la gynécologie**, fortement questionnée aujourd'hui, compte-tenu du contexte précédemment évoqué. Il s'agit ainsi de recueillir auprès de chaque catégorie d'acteurs leur vision des changements à l'œuvre, leurs craintes et leurs attentes.

## II. METHODE

---

### a) Choix de la méthode

Les objectifs de l'étude, s'articulant essentiellement autour des représentations et des rôles, ont conduit à privilégier une approche de type qualitatif. La méthode qualitative est aussi un moyen d'obtenir des données complémentaires et plus approfondies par rapport au questionnaire précédemment utilisé lors du premier volet. Elle permet une compréhension plus fine quant à leurs perceptions relatives à l'offre de soins en gynécologie. Deux types d'outils qualitatifs ont été successivement mobilisés : l'entretien individuel tout d'abord, puis l'entretien collectif (aussi appelé « *focus group* »).

#### Les entretiens individuels

Recueillir des perceptions à partir d'entretiens individuels, c'est à la fois saisir la singularité des propos mais aussi accéder à celle d'un groupe professionnel. L'entretien individuel a permis d'interroger des professionnels à la fois sur leur parcours, leurs pratiques, les collaborations qui peuvent se mettre en place et les difficultés rencontrées au quotidien. L'entretien a également permis aux professionnels de donner leur avis et regards sur la situation actuelle de la gynécologie, en tant que dépositaires d'expériences et experts du domaine.

#### Les focus groups

En complément, les focus groups, qui permettent de réunir plusieurs acteurs, offrent la possibilité d'appréhender les processus de socialisation professionnelle, de saisir les représentations consensuelles ou les désaccords et de faire échanger les participants sur leurs visions respectives d'une même situation ou question. Ici, le focus group a permis de croiser directement les expériences vécues par les professionnels de la gynécologie. Il a visé notamment à approfondir les points de désaccords, les questions et difficultés auxquelles les différents professionnels sont confrontés dans leurs pratiques de coopération au quotidien. Le focus group a aussi permis d'amorcer une réflexion collective et concertée quant à l'avenir de l'offre gynécologique.

### b) Profils des participants

#### Critères de sélection des participants aux entretiens

Les entretiens ont été réalisés auprès d'un échantillon de **professionnels représentant chacune des quatre catégories** de la prise en charge gynécologique : les médecins généralistes, les gynécologues obstétriciens, les gynécologues médicaux et les sages-femmes, exerçant tous en libérale et/ou ayant une activité mixte. Huit personnes par profession ont été retenues, soit **trente-deux entretiens au total**.

Pour chaque catégorie professionnelle, les critères de sélection visent à assurer une **diversité des profils en fonction de l'âge** (approché par la variable plus ou moins de 50 ans), **du sexe, du mode**

**d'exercice** (seul, associé en cabinet et/ou en maison de santé pluridisciplinaire) **et du territoire d'exercice**. Pour ce critère territorial, la sélection s'est appuyée sur la typologie des bassins de vie publiée en 2017 par l'Observatoire Régional de la Santé de Nouvelle Aquitaine (ORSNA) et découpant le territoire néo-aquitain en cinq classes du point de vue de leur situation vis-à-vis des fragilités sanitaires et sociales<sup>1</sup> (cf. Figure 2, en annexe **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Le recours à cette typologie permet de diversifier les territoires d'exercice des professionnels rencontrés du point de vue des inégalités sociales de santé. Cinq départements ont été retenus pour les entretiens : Gironde (33), Charente-Maritime (17), Lot-et-Garonne (47) et enfin la Creuse (23) et la Haute-Vienne (87)<sup>2</sup>.

Enfin, concernant les sages-femmes et les médecins généralistes, il était initialement prévu d'ajouter un critère permettant de sélectionner des professionnels pratiquant et d'autres ne pratiquant pas la gynécologie (afin de questionner les raisons de ce choix). En effet, si pour les gynécologues, l'exercice de la gynécologie relève de l'évidence, il ne l'est pas forcément des généralistes ou des sages-femmes qui ne pratiquent pas tous la gynécologie. Toutefois, ce critère n'a pas pu être mis en œuvre (cf. *infra* Modalités de recrutement et difficultés rencontrées).

#### Critères de sélection des participants aux focus groups

La composition prédéterminée pour chaque focus group était **deux professionnels de chacune des quatre catégories d'acteurs de la gynécologie, soit huit profils par focus groups**.

Pour chaque catégorie professionnelle, des critères de choix des profils ont cherché à assurer une diversité du panel en fonction de **l'âge, du sexe et du mode d'exercice** (seul, associé en cabinet et/ou en maison de santé pluridisciplinaire). L'autre critère retenu est celui de **l'exercice effectif en gynécologie**.

Les focus groups ont été conduits sur trois départements distincts : Gironde (33), Vienne (86) et Pyrénées Atlantiques (64). Le choix des territoires s'est attaché, d'une part, à choisir des territoires mixtes du point de vue de la typologie des bassins de vie de l'ORSNA (cf *supra* Critères de sélection des participants aux entretiens) et, d'autre part, à sélectionner des territoires complémentaires à ceux couverts par la première phase des entretiens individuels.

#### Modalités de recrutement et difficultés rencontrées

Pour les entretiens individuels, plusieurs types de recrutement des professionnels ont été mobilisés :

- L'URPS-ML NA a d'abord informé par mail ses adhérents médecins généralistes et gynécologues. De même, l'URPS sage-femme a diffusé un mail à l'ensemble de la communauté, qui a permis d'obtenir quatre contacts.

---

<sup>1</sup> Bassins ruraux fragiles, bassin à dominante rurale en fragilité économique, bassins ruraux plutôt favorisés, bassins urbains contrastés, bassins périurbains favorisés.

<sup>2</sup> L'élargissement à la Haute-Vienne a été motivée par la faible densité de l'offre de soins en Creuse, ne permettant pas de recruter le nombre suffisant de professionnels souhaités.

- Dans la mesure du possible, le recrutement effectif s'est fait par un contact direct par téléphone des professionnels, ciblés via des annuaires publics<sup>3</sup>.
- Lorsque ce type de recrutement direct s'est avéré insuffisant, l'appui de l'URPS-ML NA a été sollicité, afin que des membres de la commission « Organisation des soins en gynécologie médicale » contactent des professionnels de leur réseau.

Pour les focus groups, la démarche de recrutement des participants est similaire :

- Un recrutement direct autant que possible,
- Un recrutement indirect par réseau *via* l'appui, d'une part, des URPS médecins libéraux et sages-femmes, d'autre part, des professionnels qui ont répondu favorablement à l'invitation au focus group et auxquels il a été demandé de solliciter leur réseau professionnel de proximité. Ce deuxième mode de recrutement a dû notamment être mobilisé pour le recrutement des gynécologues (médicaux et obstétriciens) et dans une moindre mesure des médecins généralistes.

Pour les entretiens comme pour les focus groups, le recrutement a comporté un certain nombre de difficultés. D'une part, la constitution de l'échantillon a nécessairement été dépendante des réalités de l'offre de soins disponible sur les territoires. D'autre part, les secrétariats des médecins ont pu constituer de véritables barrages, en ce sens qu'ils ont limité les sources d'informations concernant les critères de sélection des professionnels. En effet, il a été parfois difficile de cibler convenablement l'âge des professionnels, et même de définir leur spécialité (gynécologie médicale ou obstétricale). De même, le recrutement indirect par réseau n'a pas facilité le ciblage efficace des profils.

#### Profil des participants aux entretiens

Le Tableau 1 ci-après présente le profil détaillé des participants aux entretiens selon les critères retenus. Nous faisons le constat d'une sur-représentation des femmes<sup>4</sup> dans notre panel, ainsi que d'une localisation plus urbaine des spécialités médicales telles que la gynécologie. Ce constat ressort particulièrement pour les départements de la Haute-Vienne (87) et de la Charente-Maritime (17). La majorité de notre échantillon exerce seul en cabinet. Enfin, il n'a pas été possible d'intégrer au panel des sages-femmes ou des médecins généralistes ne pratiquant pas la gynécologie, ces profils ayant tous décliné les propositions d'entretien. Ainsi, tous les participants aux entretiens individuels ont en commun de pratiquer la gynécologie, même si, nous le verrons, les compétences diffèrent.

<sup>3</sup> Pages jaunes et site « Keskeces.com ».

<sup>4</sup> Sur les 32 entretiens réalisés, l'on décompte 26 femmes.

Tableau 1 - Profils des participants aux entretiens

PROFILS DES PROFESSIONNELS					
<b>CREUSE (23)</b>					
Prof.	Age	Sexe	Mode Ex	Bassin	Secteur
SF n°1	x	x	x	x	x
SF n°2	30-50 ans	F	Seule	Rur Frag	
MG n°1	x	x	x	x	x
MG n°2	30-50 ans	F	Asso, Mixte	Rur Frag	1
GM n°1	x	x	x	x	x
GM n°2	x	x	x	x	x
GO n°1	x	x	x	x	x
G0 n°2	x	x	x	x	x
<b>HAUTE-VIENNE (87)</b>					
SF n°1	30-50 ans	F	Seul	Rur Frag	
SF n°2	x	x	x	x	
MG n°1	30-50 ans	F	Seul	Rur Frag	1
MG n°2	x	x	x	x	x
GM n°1	50 ans et +	H	Seul, Mixte	U Contr	1
GM n°2	30-50 ans	F	Seul	U Contr	1
GO n°1	50 ans et +	H	Asso, Mixte	Rur Fav	1
G0 n°2	30-50 ans	F	Asso, Mixte	U Contr	2
<b>GIRONDE (33)</b>					
SF n°1	30-50 ans	F	Seul	U Contr	
SF n°2	50 ans et +	F	Seul	PU Fav	
MG n°1	50 ans et +	H	Seul	PU Fav	1
MG n°2	30-50 ans	F	Seul, Mixte	U Contr	1
GM n°1	50 ans et +	F	Asso	U Contr	2
GM n°2	50 ans et +	F	Seul	PU Fav	1
GO n°1	30-50 ans	F	Seul	U Contr	1
G0 n°2	50 ans et +	F	Seul	Rur Frag	
<b>CHARENTE - MARITIME (17)</b>					
SF n°1	50 ans et +	F	Asso	U Contr	
SF n°2	30-50 ans	F	Seul	Rur Frag	
MG n°1	50 ans et +	H	Seul	U Contr	1
MG n°2	50 ans et +	F	MSP	Rur Frag	1
GM n°1	50 ans et +	F	Seul	U Contr	1
GM n°2	30-50 ans	F	Asso	U Contr	2
GO n°1	50 ans et +	F	Asso	U Contr	1
G0 n°2	50 ans et +	F	Asso, Mixte	U Contr	2
<b>LOT et GARONNE (47)</b>					
SF n°1	50 ans et +	F	MSP	Rur Frag	
SF n°2	30-50 ans	F	Seul	Rur Frag	
MG n°1	50 ans et +	H	Seul	Rur Frag	1
MG n°2	50 ans et +	F	MSP, Mixte	Rur Frag	1
GM n°1	50 ans et +	F	Seul	U Contr	1
GM n°2	30-50 ans	F	Seul	Rur Frag	2
GO n°1	30-40 ans	F	Clinique	U Contr	1
G0 n°2	50 ans et +	H	Asso, Mixte	Rur Frag	2

### Profils des participants aux focus groups

Le Tableau 2 présente la composition de chaque focus group par profil. La composition des trois groupes n'a pas pu répondre totalement aux critères prédéfinis, mais la représentation des quatre catégories de professionnels et une certaine diversité de profils, ont pu globalement être respectées. A l'instar des entretiens, nous faisons le constat d'une sur-représentation féminine dans notre panel. A noter également que deux des trois focus groups n'ont pas été complets :

- Focus group des Pyrénées Atlantiques : 7 professionnels au lieu de 8. Présence de trois gynécologues médicaux, absence de gynécologues obstétriciens.
- Focus group de Vienne : 6 professionnels au lieu de 8. Absence d'un gynécologue médical et d'un gynécologue obstétricien.

Au total, 21 professionnels ont donc participé aux focus groups (au lieu de 24 prévus initialement).

Tableau 2 - Profils des participants aux focus groups

<b>GIRONDE (33)</b>					
Prof.	Age	Sexe	Mode EX	Bassin	Secteur
SF n° 1	30-50 ans	F	MSP	Rur Frag	1
SF n° 2	30-50 ans	F	Seul	Rur Frag	1
MG n° 1	30-50 ans	F	Asso, Mixte	PU Fav	1
MG n° 2	30-50 ans	F	MSP	Rur Frag	1
GM n° 1	30-50 ans	F	Asso	U contr	2
GM n° 2	50 ans et +	F	Asso	U contr	1
GO n° 1	56 ans	F	Asso	U contr	2
GO n° 2	30-50 ans	H	Asso	PU Fav	2
<b>PYRENEES-ATLANTIQUES (64)</b>					
SF n° 1	30-50 ans	F	Asso	U contr	1
SF n° 2	30-50 ans	F	Asso	Rur fav	1
MG n° 1	30-50 ans	F	Asso	U contr	1
MG n° 1	50 ans et +	F	MSP	Rur vul	2
GM n° 1	50 ans et +	F	Seul	U contr	1
GM n° 2	50 ans et +	F	Seul, Mixte	U contr	1
GM n° 3	50 ans et +	F	Seul	U contr	1
<b>VIENNE (86)</b>					
SF n° 1	50 ans et +	F	Asso	PU Fav	1
SF n° 2	30- 50 ans	F	Seul + MSP	U contr	1
MG n° 1	30-50 ans	F	Asso	Rur fav	1
MG n° 2	30-50 ans	F	Asso	U contr	1
GM n° 1	50 ans et +	F	Asso	U contr	1
GO n° 1	50 ans et +	H	Asso, Mixte	U contr	2

### **c) Conditions de réalisation**

#### Modalités de réalisation

Les entretiens individuels ont été réalisés entre novembre et décembre 2018 par une sociologue spécialisée dans le secteur de la santé. Ils se sont généralement déroulés *in situ*<sup>5</sup> au cabinet des professionnels, offrant ainsi aux interviewés un contexte familial propice à la parole. La durée moyenne des entretiens est de 50 minutes (38 minutes pour le plus court, 1h36 pour le plus long).

Les focus groups se sont déroulés en janvier 2019, en soirée (20h30-23h) dans des locaux réservés pour l'occasion et choisis pour leur accessibilité au sein du territoire présélectionné. Deux personnes ont assuré l'animation des focus groups : la sociologue de la santé a assuré le rôle de modératrice des débats ; la directrice de l'étude a assuré le rôle d'observatrice.

Tous les entretiens et focus groups ont fait l'objet d'un enregistrement à l'aide d'un dictaphone.

#### Déontologie d'étude et recueil du consentement

Avant le commencement des entretiens et focus groups, deux documents étaient recueillis auprès du professionnel :

- Un recueil de consentement, sur la base d'un document mentionnant le gestionnaire de l'enquête, son financeur, les objectifs et informant des règles de confidentialité et d'anonymat des données recueillies. Ce premier document précise par ailleurs la possibilité pour le participant de se retirer à tout moment en demandant l'annulation de son entretien, s'il le souhaite ;
- Une fiche de profil, permettant afin de consigner par écrit les éléments signalétiques et biographiques (âge/sexe/profession/ ancienneté professionnelle/type d'exercice/lieu d'exercice/secteur 1 ou 2).

#### Guides d'entretien et d'animation

L'entretien s'est appuyé sur un ensemble de questions consignées dans un guide d'entretien (*cf.* annexe). Le guide s'articule autour des trois grands objectifs de l'enquête. Il confère à l'entretien un aspect semi-directif car il repose sur une succession de questions qui ont été pensées à l'avance. L'ordre et la forme de présentation des thèmes restent relativement libres et dépendants du déroulement de l'entretien, offrant aux interlocuteurs une marge de manœuvre dans leurs propos.

Les focus groups se sont appuyés sur un guide d'animation (*cf.* annexe), structuré également autour des trois objectifs de l'étude et permettant au groupe de croiser leurs regards sur les grands questionnements issus de la phase d'entretien individuel. La dernière question a volontairement ouvert vers une approche plus interventionnelle, afin de faire émerger propositions et attentes pour l'avenir de la prise en charge gynécologique.

---

<sup>5</sup> Deux entretiens ont été réalisés au domicile des professionnels, deux ont été réalisés dans des lieux publics (restaurants) et enfin, deux autres ont dû être réalisés par téléphone, en raison de contraintes de dernière minute des participants.

#### **d) Méthode d'analyse**

Les entretiens et focus groups ont fait l'objet de retranscriptions non intégrales, rédigées sur la base des enregistrements et des notes d'observation des focus groups.

La matière a été analysée selon une méthode catégorielle, mettant en évidence les opinions ou représentations des participants autour de thèmes pré-identifiés (correspondant aux objectifs de l'étude qui ont structuré les guides d'entretien et d'animation) ou de thèmes émergents des discours.

Les verbatims cités dans le rapport d'étude sont anonymisés. Afin d'éviter toute réidentification indirecte, ils ne précisent que la spécialité du participant, selon le code suivant :

- GM : gynécologue médical
- GO : gynécologue obstétricien
- MG : médecin généraliste
- SF : sage-femme

Les noms de lieux sont également supprimés des verbatims cités et remplacés par le symbole [XXX].

#### **e) Limites méthodologiques**

Les limites méthodologiques identifiées pour cette étude sont de deux natures ; elles n'ont toutefois pas obéré la conduite globale de l'étude.

- Limites liées au recrutement

Le recrutement des professionnels n'a pas toujours permis de répondre aux exigences de profil prédéterminées. Le recrutement indirect par réseau a également participé à un recrutement de cooptation. Néanmoins, la diversité de composition des échantillons a tout de même permis de respecter une diversité de profils, de pratiques et de discours.

Notons également que les participants aux entretiens et aux focus groups figurent parmi les acteurs les plus motivés de chaque catégorie professionnelle. Il faut donc rappeler le caractère engagé parfois presque militant de certains participants qui souhaite engager une réflexion sur une cause qui leur est chère.

- Limites liées à la forme des méthodes qualitatives utilisées

L'entretien individuel crée une situation d'interaction, au sein de laquelle l'interlocuteur peut décider de ne pas tout dire, et omettre des faits de façon plus ou moins consciente, par déontologie, réserve ou pudeur. Lors de cette étude, le thème du partage de compétences entre différentes professions a pu limiter certains médecins dans l'expression de leurs opinions. Certains ont pu estimer le sujet comme polémique et ne se sont peut-être pas confiés en toute liberté. Cette éventualité est soulevée car nous avons parfois remarqué une plus grande liberté de parole hors dictaphone (une fois l'entretien terminé) ou encore parce que certains professionnels ont cherché à s'enquérir des propos

émis par leurs collègues. Ici, nous pouvons y voir une volonté de s'assurer de la normalité de leurs discours, en comparant le leur à ceux de leurs homologues. Les limites des focus groups résultent quant à eux des aspects « bloquants » de la discussion de groupe : timidité ou réticence à exprimer des idées personnelles en public. Dans un groupe notamment, tous les participants au focus group n'ont pas pris la parole de façon proportionnelle.

# Chapitre II – Résultats

## I. L'OFFRE DE SOINS EN GYNECOLOGIE : REGARDS CROISES, DISTRIBUTION ET REPARTITION DES COMPETENCES

---

### a) Faire de la gynécologie : qu'est-ce que c'est ?

#### Raisons et convictions de la spécialisation

Les propos recueillis auprès des professionnels ont permis de mettre en évidence des motivations d'ordre personnel et/ou circonstanciel quant aux choix d'exercer la gynécologie.

Le choix de la spécialité de la **gynécologie médicale** est souvent évoqué à travers un vocable d'**engagement**, de « *service rendu* », témoignant d'une **détermination à travailler pour la santé de la femme**. Des expériences personnelles décisives, des rencontres au cours de la formation scolaire et universitaire ou encore des convictions personnelles viennent étayer les motivations. Une gynécologue médicale explique : « *C'est les rencontres de la vie. Au départ je voulais faire endocrinologie, et puis en internat, j'ai rencontré une de mes enseignantes (...) qui était endocrino mais orientée gynéco. Et ça m'a donné envie de faire de la gynécologie. Je pense qu'on est toutes un peu pareilles. Envie de rendre service aux femmes. Et puis nous les plus vieilles, on était à l'époque du début des plannings donc il y avait des choses à faire. Ça n'a l'air de rien mais il y a eu les traitements hormonaux substitutifs. C'était quand même... ça changeait leur qualité de vie* » (GM). Les discours des plus anciens font souvent appel au contexte social post-1968, décrivant un engagement autour duquel tous semblent partager une valeur commune : la santé de la femme. Les plus jeunes ne soulèvent pas le contexte politico-historique, mais mettent aussi en avant ces rencontres, à travers lesquelles ils se sont laissés convaincre de la nécessité d'entrer en gynécologie médicale, et de renouveler la discipline pour sauvegarder une approche médicale de la santé génésique et reproductive de la femme. D'ailleurs, **l'aspect médical et non chirurgical de la discipline et son caractère transversal** sont souvent mis en avant pour conforter les choix. « *Pour moi, c'était l'examen clinique dans toute sa splendeur, l'interrogatoire, enfin la prise en charge comme on l'imagine quand on veut faire médecine et, en plus, il y avait plein de... C'est une spécialité transversale, on peut suivre des dames avant la grossesse, pendant, des dames infertiles, des problèmes de cancer. Il y a pas mal de choses. Je me suis dit que j'allais trouver des choses qui m'intéressent. Eh oui, on est quand même le médecin des femmes ! Alors qu'en obstétrique, les systèmes de garde m'intéressaient moins, voir les dames à un moment précis aussi* » (GM). La **polyvalence du métier** permettant d'articuler le travail sur la pathologie, la physiologie avec un travail de prévention, ressort fréquemment de leurs discours. Le confort personnel est aussi un argument, plus secondaire, mis en avant par les gynécologues médicaux qui peuvent alors **concilier plus facilement leur vie professionnelle avec leur vie familiale** grâce à l'exercice en libéral. De façon générale, les gynécologues médicaux insistent sur le contact au long cours avec les patientes, qui les place au cœur des confidences et des histoires conjugales, à travers le rapport à l'intimité qui est le leur. Les représentations d'une spécialité dont la singularité reposerait sur une approche médicale relationnelle, qui ne s'adresserait qu'aux femmes et à leur santé sexuelle, génésique et reproductive, déterminent le choix et l'engagement dans cette discipline. Les gynécologues médicaux ont donc bien conscience de la particularité de leur spécialité, et s'y sont aussi bien souvent engagés conscients des enjeux féminins à défendre, protéger, et pour les plus jeunes, au-delà de tout cela, l'enjeu de la défense et la sauvegarde d'une discipline.

Le choix de la **gynécologie obstétrique** repose essentiellement sur des arguments à la fois médicaux et chirurgicaux concomitants à une philosophie humaniste qui peut s'expliquer par la partie de l'activité liée spécifiquement aux grossesses et aux accouchements. Une gynécologue obstétricienne met particulièrement bien en avant cet aspect-là : « *Pourquoi la gynéco obstétricienne ? Parce que je pense que j'étais attirée... c'était la seule spécialité pour laquelle je m'étais imaginée aller voir des gens en forme, avec des choses joyeuses et pas de pathologies malheureuses. Dans ma tête, c'était mettre au monde des enfants et avoir une patientèle jeune, et je pense que j'ai été vraiment attirée par ce côté prolongation de la vie et pas du tout du côté d'assister les gens plutôt vers la fin de leur vie. C'était ma motivation franche de départ. Et puis, je pense que je suis féministe dans l'âme. Pas féministe agressive. Un féminisme positif.* » (GO). **L'aspect positif de la discipline** motive les individus à devenir des « passeurs de vie ». Ne pas avoir affaire à des malades mais à des personnes qui sont dans le bonheur de l'arrivée d'un enfant change le contenu du métier de médecin. C'est souvent au cours de stages que le choix d'orientation dans cette spécialité s'est forgé. Socialisés aux différents aspects de la discipline, les étudiants ont été attirés par des aspects propres à l'obstétrique, comme l'explique ce gynécologue obstétricien : « *c'est un stage en maternité qui m'a fait apprécier l'ambiance, le travail, les responsabilités...* » (GO) et un autre gynécologue obstétricien : « *C'est une spécialité unique qui donne la possibilité de faire de la chirurgie et de faire de la médecine. Il y a de tout. On a de la technique et ça ! ça c'est bien !* » (GO). S'il s'agit avant tout d'une discipline de la vie, les étudiants sont pourtant formés à la détection du risque et à sa prise en charge. C'est sur ce point-là que les gynécologues obstétriciens s'accordent à dire que le choix de cette spécialité repose aussi sur ses traits techniques qui en font une discipline mettant en œuvre des protocoles et des savoirs médicaux pour recourir ensuite à de la chirurgie. La **technique et les responsabilités** jouent aussi un rôle fondamental dans le choix de cette discipline experte dans la gestion du risque obstétrical. Pourtant, nous verrons plus loin qu'en libéral, cette partie-là peut aller jusqu'à disparaître complètement de leur activité. D'autres médecins gynécologues obstétriciens ont déclaré ne pas avoir été suffisamment bien classés pour devenir chirurgien, et s'être alors orienté par « défaut » en obstétrique.

Chez les **médecins généralistes**, trois grandes raisons à l'exercice de la gynécologie sont mises en avant.

La première provient généralement de la demande des patientes. C'est pour **satisfaire les besoins des femmes** en répondant à des petites urgences fortuites, à des renouvellements de prescriptions ponctuels que le médecin généraliste décide de faire « un peu de gynécologie », comme l'explique l'un d'entre eux : « *Ici, il n'y a pas beaucoup de gynécos, et les femmes ont besoin de renouveler une ordonnance. Ça se fait bien sûr dans la limite du raisonnable, mais je ne vais pas les laisser sans rien. Pareil pour le frottis... euh voilà, il y a une réelle demande.* » (MG). Ce type de besoins est à mettre en lien avec un contexte social fragilisé : la diminution du nombre de gynécologues, les difficultés d'accès aux soins (délais de rendez-vous, coûts, etc.) sont autant d'éléments qui conduisent les médecins généralistes à faire de la gynécologie, pour répondre à des besoins. Cette catégorie de médecins généralistes offre une pratique gynécologique « partielle et occasionnelle » où le généraliste cherche en principe à orienter rapidement les patientes vers un gynécologue.

L'autre motivation émergente des discours provient de l'essence-même de la médecine générale, spécialité qui permet de ne pas limiter la pratique des médecins à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge ou d'un sexe en particulier. Un médecin généraliste explique à propos de sa spécialité : « *La médecine générale, c'est parce que je me suis rendue compte que faire une spécialité*

24/24, ça m'aurait peut-être saoulé, alors que là, c'est tellement vaste que... C'est plus intéressant, on touche un petit peu à tout et ça fait des journées qui ne ressemblent jamais à celles d'avant. » (MG). Ainsi, **la gynécologie apparait comme un domaine d'activité comme un autre**, pour lequel le médecin doit pouvoir assurer les soins de premiers recours. Ces médecins généralistes s'adonnent alors à la gynécologie en assurant tous types d'actes et de prise en charge jusqu'aux limites de compétences ressenties donnant la représentation d'une pratique typique que l'on peut qualifier de « complète » par son investissement en gynécologie.

Enfin, d'autres (trois médecins généralistes rencontrés en entretien et deux en focus groups) ont déclaré **s'être spécialisés dans le domaine**, en n'assurant presque que des consultations en gynécologie, quand d'autres ne font plus que cela. Au-delà d'une nécessité de répondre à une demande des patientes, ces médecins généralistes expliquent l'abandon plus ou moins total de la médecine générale pour la gynécologie par intérêt et satisfaction intellectuelle. Ils mettent en avant un **engagement très fort auprès de la défense du droit des femmes**, de l'accès à la contraception, au dépistage et à l'IVG. Ce sont souvent les trajectoires professionnelles qui ont pu les sensibiliser aux questions féminines, des rencontres et des passages en centre d'orthogénie par exemple corrélés à des convictions personnelles : « Ça repose sur la rencontre avec mon directeur de thèse qui était le formateur des médecins généralistes en gynécologie. Il m'a proposé un sujet de thèse dessus. (...) Comme j'ai fait ma thèse dessus (...), j'ai tourné autour de ça (...). La pratique autour de la femme m'a toujours plu... puis, c'est la féministe qui dort en moi. » (MG) explique un médecin généraliste qui exerce à 90% en gynécologie (et un peu de pédiatrie). Ce sont des femmes, exerçant par ailleurs en centres de planification, dans des plannings familiaux, en centre d'orthogénie et/ou qui exercent en zone rurale, convaincues de l'intérêt à **améliorer l'accès aux soins des femmes en gynécologie**. Ces médecins généralistes sont également confrontés à une demande croissante de la part de la patientèle, plus particulièrement en zone rurale et péri-urbaine, considérant alors leur engagement comme un moyen d'agir contre les inégalités (territoriales) de santé. On peut qualifier leurs engagements et leur pratique de « totale et absolue ».

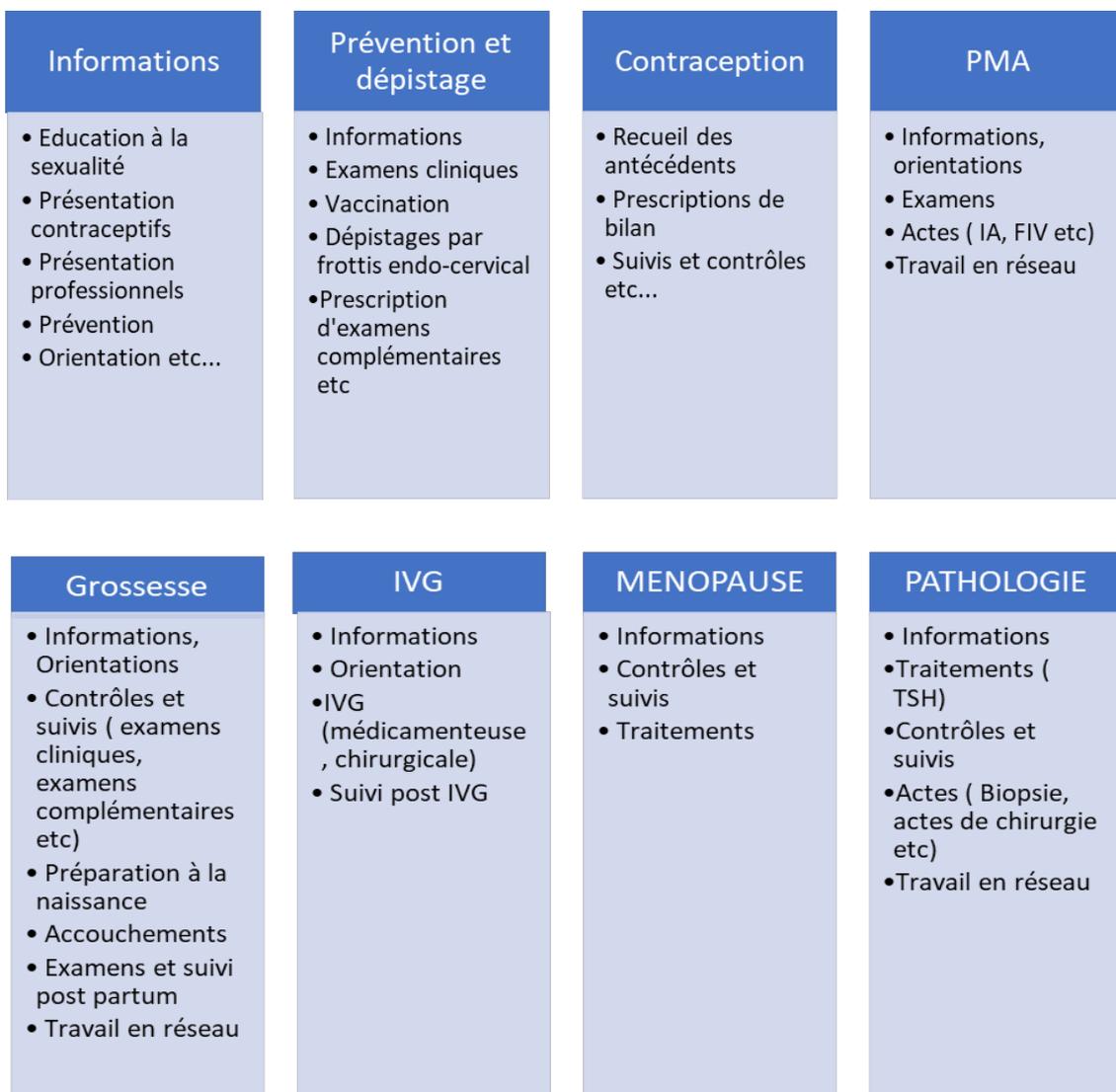
En ce qui concerne **les sages-femmes**, les raisons sous-jacentes au choix de faire de la gynécologie sont relativement similaires de celles rapportées par les médecins généralistes. Comme le domaine d'activité de la sage-femme s'articule autour de la prise en charge de la femme tout au long de sa vie, faire de la gynécologie relève de l'évidence et de l'ordinaire, s'inscrivant dans une **continuité de la prise en charge** que propose le métier. Une sage-femme témoigne : « J'avais des demandes. Voilà. Et donc pour répondre à cette demande et avoir un suivi global des femmes, je trouve que c'est bien. Pas seulement la période de la maternité, mais les voir entre leurs grossesses, répondre à la contraception, des choses évidemment qui ne dépassent pas nos compétences. » (SF). Les raisons évoquées s'appuient sur une **volonté de faire de la prévention**, qui est le cœur même de leur métier. Cet exemple précise aussi que c'est en raison de la **demande des patientes** que des sages-femmes s'engagent dans l'activité, comme les médecins généralistes ont pu l'avancer. En d'autres termes, ce choix provient d'une nécessité avérée sur le terrain, voire des caractéristiques des bassins de vie sur lesquels elles exercent, des territoires plutôt déficitaires au niveau de l'offre de soin gynécologique. Une sage-femme explique : « J'avais des demandes. Des patientes qui me contactaient et me disaient : voilà je voudrais avoir un rendez-vous pour la contraception. J'ai dit excusez-moi mais je ne suis pas encore assez à l'aise. J'ai dit que j'ai une formation de prévue, rappelez-moi plus tard... Et donc j'en ai eu plusieurs comme ça, donc j'ai eu besoin de réactualiser mes connaissances et voilà. J'avais une demande, mais surtout de contraception » (SF). Enfin, si cela est évoqué parfois à demi-mots, ou en

dehors des temps d'entretiens ou des focus groups, l'extension des compétences en gynécologie est appréhendée comme un moyen supplémentaire de répondre aux **besoins économiques d'une activité parfois incertaine**, contrairement à leurs homologues hospitalières.

### La gynécologie, une activité plurielle

Les différents acteurs recourent à un **vocabulaire similaire pour décrire ce qu'est la gynécologie**. La gynécologie s'occupe de la physiologie et des affections du système génital de la femme en reposant à la fois sur des actes de prévention et de dépistage, mais aussi sur la détection et la prise en charge des pathologies. Tous les acteurs s'accordent pour considérer la gynécologie comme un domaine comportant **différents champs d'activité**, que l'on peut résumer dans la Figure 1 ci-dessous. Chaque acteur connaît et décrit ces champs, même s'il ne les occupe pas systématiquement tous. Nous observons ainsi, d'ores et déjà, une **gynécologie plurielle**.

Figure 1 - Représentation schématique des différents champs de la gynécologie



### Les contours d'une prise en charge idéale

Les différents acteurs partagent aussi un **sens commun de ce que doit être une bonne prise en charge**, de la façon dont elle doit s'exercer, des éléments sur lesquels elle doit s'appuyer.

Une sage-femme donne sa vision d'une bonne prise en charge : « *L'écoute. Le temps. Peut-être parce que c'est relativement nouveau pour nous, et quand on est plus rôdé, on prend moins de temps.* » (SF). Un médecin généraliste dit quant à lui : « *c'est l'écoute, parce que ça devient... l'interrogatoire ça fait les trois quarts du boulot, et le souci, c'est qu'on passe directement à l'examen complémentaire alors que si on écoute les gens, on va y gagner.* » (MG). Un gynécologue obstétricien ajoute à ces aspects-là : « *De l'écoute pour comprendre et orienter comme il faut notre diagnostic et exercer nos compétences médicales et techniques de spécialistes.* » (GO). Ainsi, **tous expriment que l'écoute et le temps sont des éléments précieux pour la prise en charge**, et pourtant, tous, à l'exception de sages-femmes, soulignent **l'embolisation de leurs créneaux de consultations**, certains ne pouvant plus recevoir de nouvelles patientes. Ainsi, l'organisation actuelle de la gynécologie semble éloigner les professionnels de leur idéal de prise en charge.

Interrogés sur ce que serait le profil idéal typique du « bon professionnel » en gynécologie, tous renvoient également vers la figure d'un soignant humaniste et dévoué. La figure parfaite en gynécologie serait ce professionnel qui bénéficie de temps pour écouter les patientes, avec empathie et bienveillance, tout en étant capable de se distancier émotionnellement afin de s'auto-préserver. C'est la neutralité affective qu'ont théorisé les sociologues (Parsons T., 1968). Les plus anciens partagent l'idée selon laquelle l'expérience acquise au fil des années offre l'avantage de l'écoute et de la **compréhension du langage social, permettant d'adapter sa pratique à chaque patiente**. En d'autres termes, comprendre ce que révèlent à la fois les symptômes cliniques apparents, les mots des patientes, mais aussi tout ce qu'ils dissimulent et sur lesquels il faut parvenir à lever le voile. Le bon professionnel en gynécologie doit comprendre que « *la souffrance est sociale, culturelle* » (GM), qu'elle se traduit différemment d'une patiente à une autre. Dans un sens équivalent, un autre gynécologue obstétricien dit à propos de sa vision du bon professionnel : « *C'est avoir une approche psy, socio et culturelle pour interpréter les situations et poser le bon diagnostic.* » (GO). Une gynécologue médicale dit aussi à ce propos : « *C'est adapter sa pratique aux profils.* » (GM).

L'ensemble des acteurs s'accordent ensuite sur des **compétences plus techniques**. A partir de l'écoute, le bon professionnel doit pouvoir poser le bon diagnostic et apporter le bon traitement. « *C'est savoir exercer l'art de la médecine, c'est-à-dire adapter des protocoles académiques à chaque patiente* » (GM) nous dit un gynécologue médical. C'est savoir manier les protocoles suffisamment bien pour répondre aux besoins des patientes, en prenant en compte leurs choix. Cela implique donc la détention d'un savoir et d'une compétence.

Au final, il y a deux grands aspects : l'aspect technique ou médical, et l'aspect relationnel.

### La nécessité d'organiser sa pratique

Être un bon professionnel, c'est aussi **organiser sa pratique** pour répondre aux demandes de la patientèle. Les professionnels ont tous un fonctionnement qui dépend de leurs moyens, de leur patientèle et de leur façon de voir le soin. Certains ont un secrétariat pour les aider à organiser et planifier les consultations, mais aussi pour répondre voire désamorcer les inquiétudes des patientes.

En fonction des moyens dédiés, le secrétariat peut être délocalisé avec des plateformes téléphoniques permettant en général un accueil téléphonique sur des horaires plus larges qu'un secrétariat sur place. Ceux qui bénéficient d'un secrétariat sur place le peuvent parce qu'ils sont souvent associés et/ou en tarification de secteur 2. L'organisation et la division des tâches avec une assistante médicale facilite la charge de travail et permet de mieux optimiser les créneaux de consultations. Les secrétaires présentes au cabinet ont également une proximité supplémentaire avec la patientèle, car elles la connaissent, et c'est aussi sur cette valeur ajoutée que les médecins s'appuient pour présenter la pertinence de leur fonctionnement. Au-delà de la prise de rendez-vous, **le secrétariat est considéré comme un moyen de répondre aux urgences médicales.** « Elles sont formées pour des petites choses et répondre aux dames. Si la dame appelle pour un symptôme de mycose, elles savent identifier. Elles le notent et il y a toujours notre avis après. Elles vont débrouiller la situation et dire si vous voulez, on va vous envoyer une ordonnance, on va on parler au médecin. Elles nous débrouillent aussi les petites urgences des grandes urgences » (GM). Plusieurs médecins ont mis en avant le travail de stratification du degré d'urgence que les secrétaires (sur place ou délocalisées) peuvent, avant que le médecin ne s'empare plus formellement des situations.

**Tous les acteurs appréhendent les situations d'urgence de la même façon.** Elles doivent toutes au moins être entendues puis analysées et doivent recevoir la réponse adéquate. Sur le plan médical, les situations imposeront une gestion de l'urgence plus ou moins rapide. Ainsi, comme l'ont dit les professionnels de toute catégorie, il y a **l'urgence médicale « vraie » et l'urgence médicale « ressentie »**. La dernière peut revêtir plusieurs aspects par son caractère subjectif, en fonction de son seuil de tolérance à la douleur, de son rapport au corps et au monde. Un gynécologue obstétricien nous dit : « Toute détresse est une urgence » (GO). On relève qu'il n'y a pas un, mais plusieurs types d'urgences, soulignant ainsi l'aspect polysémique de la notion. Sur le plan médical, il y a un consensus autour de l'idée selon laquelle les grossesses extra-utérines ou les métrorragies constituent les principales situations d'urgence. Les acteurs expliquent orienter ces situations vers les services d'urgences. Dans une acception plus large, **l'urgence est ce qui vient rompre avec l'ordinaire**, c'est l'imprévu. Cela conduit les professionnels à mettre en place des créneaux d'urgence sur leurs plannings, afin de prendre en charge les situations, et d'évaluer la symptomatologie. Ainsi, une fois le travail préliminaire de « débrouillage » fourni par les secrétariats, les médecins apportent une réponse aux situations en proposant une consultation et/ou une ordonnance et/ou un examen complémentaire et/ou une orientation. Le recueil d'information, l'anamnèse et l'examen clinique au cours d'une consultation sont en effet essentiels pour opérer une prise de décision et d'action. Tous les professionnels déclarent recevoir les urgences dans des délais plus ou moins courts (dans la journée à 48h environ), même si cela peut être difficile tant les cabinets sont surchargés, et nous verrons plus loin qu'au niveau des coopérations, l'orientation des patientes vers un médecin fonctionne plus ou moins bien. Pour les professionnels de santé, **la prise en charge de l'urgence et son traitement font partie intégrante de l'activité de gynécologie.** Tous ont décrit des fonctionnements qui laissent place à l'urgence, à l'imprévu médical, pour des urgences obstétricales ou des IVG. Certains mettent en place des organisations routinières avec des créneaux dédiés pour les imprévus ou pour les consultations qui nécessitent du temps. Deux médecins obstétriciens ont fait part d'organisations particulières. Nous rendons compte ci-après de l'organisation décrite par l'un d'eux (Encadré 1).

« Une journée type, par exemple, le lundi j'arrive à 7 H 30 le matin et j'ai des consultations non-stop sur toute la journée sur deux salles. J'ai une assistante qui me prépare les patientes, qui fait l'interrogatoire, les fait déshabiller, prend les constantes et les notes. J'arrive, et je fais les échographies. J'ai une salle plutôt pour les examens gynécos ou petite chirurgie et pose de stérilet, etc. J'ai une salle de grossesse. Les grossesses sont plutôt le matin. Voilà. Et la gynéco médicale plutôt l'après-midi, bien que tout ça puisse être variable. Je finis le soir tard, en ayant vu à peu près cinquante à cinquante-cinq patientes dans la journée. Mais tout le monde est déshabillé et toute le monde est examiné. Je finis vers 19H30 /20 H. C'est ma grosse journée. Le mardi matin, je fais la petite chirurgie, c'est-à-dire IVG médicamenteuses et conisation. Après, j'ai une consultation de 10h à 14h ; l'après-midi jusqu'à 17 heure et je pars faire ma garde à l'hôpital. Le mercredi, c'est la même journée que le lundi. Le jeudi, c'est la même journée que le mardi et le vendredi normalement je ne fais que la matinée, mais vous voyez, aujourd'hui, j'ai travaillé jusqu'à 17h pour les petits imprévus. Si je ne suis pas de garde le samedi, je fais les annonces de cancer ou les biopsies. C'est pour les choses un peu plus compliquées ou qui nécessitent de prendre vraiment du temps. (...) L'urgence en gynéco, c'est les saignements pendant la grossesse ou postménopause. C'est le phénomène infectieux. Les urgences obstétricales, mais c'est plutôt les urgences du quotidien. Comme je m'occupe du pôle IVG, toutes les jeunes qui ont une demande d'IVG sont considérées comme des urgences pour ne pas les faire traîner. Ça peut faire bouleverser une organisation, c'est pour ça qu'avoir une assistante médicale est importante, car elle les cale, elle discute. Elle gère tout ça et quand j'arrive, je n'ai plus que les choses techniques à faire et trois paroles rassurantes à donner. Cela aide ma façon de travailler. (...) Mon assistante était manip radio avant. Mais je l'ai formée en gynéco et elle se débrouille très bien. Je l'ai formée à la clinique (...) J'ai mis cette organisation en place pour pouvoir me permettre de voir plus de patientes et réduire les délais d'attente de mes consultations, parce que là on est à 6/7 mois. D'accord ? En sachant que je laisse des petits créneaux libres par pour prendre des grossesses, les urgences, etc. Cette organisation sur deux salles, c'est fait pour pallier aux difficultés locales. » (GO)

Nous observons **des mécanismes de régulation et de standardisation de la prise en charge plus forts chez les médecins, et plus particulièrement encore chez les médecins gynécologues**. Ce constat vaut davantage encore pour ceux travaillant sur des territoires où l'offre de soins est mise en péril (fermetures de maternité de proximité, départs à la retraite en gynécologie de ville). Ainsi, cette gynécologue explique avoir dû « *absorber* » une partie de la patientèle de ses confrères partis à la retraite et celle de la maternité de secteur qui a fermé. **Les sages-femmes n'ont pas présenté de situations équivalentes en termes de flux de patientèle en gynécologie, ce qui ne les obligent pas, pour le moment, à mettre en place les mêmes stratégies de rationalisation**. Les sages-femmes rencontrées n'ont pas de secrétariat, et gèrent seules la prise de rendez-vous. Comme les médecins, elles peuvent avoir recours aux plateformes (type Doctolib) de prise et de gestion de rendez-vous en ligne, mettant en relation les patients et les professionnels.

Ainsi, si la gynécologie est abordée comme une activité plurielle, on voit qu'un **ensemble de valeurs, de codes et de pratiques** sont plus ou moins **partagés par tous les acteurs**. Mais l'on note aussi que **la réalité actuelle d'une activité sous tension éloigne les professionnels – notamment les**

**gynécologues - de leur idéal de prise en charge, en les amenant à organiser, réguler et standardiser leur pratique.**

**b) De la formation initiale à la formation continue : ce que pensent les professionnels de leurs propres compétences**

Les gynécologues

Parmi les gynécologues rencontrés, il y a ceux formés avant la succession des réformes jusque dans les années quatre-vingt-dix et les suivants. Si les formations diffèrent quelque peu sur le fond et la forme, elles n'en demeurent pas moins approfondies et longues<sup>6</sup>, asseyant la légitimité de ces professionnels et leurs aptitudes à assurer le suivi gynécologique. La majorité des gynécologues rencontrés s'est formée à des compétences supplémentaires, par des diplômes universitaires, pour élargir leurs champs de compétences. Elles sont, à leurs yeux, des atouts supplémentaires pour répondre aux demandes ou aux besoins médicaux de leur patientèle (échographie, endocrinologie, fertilité etc.) ou aux obligations de formation.

La formation initiale en gynécologie médicale et les compétences qui s'y rapportent, déterminent une spécialité clinique, prenant en charge le suivi gynécologique de la femme tout au long de sa vie. Pour les gynécologues médicaux, **la plus-value de leur formation repose sur une transversalité**, c'est-à-dire sur les diverses orientations que peut prendre la profession. Le **gynécologue médical** est formé pour prendre en charge la **physiologie** (nous verrons dans un chapitre ultérieur que ce point-là commence à être remis en question), la **pathologie** et la **prévention**, ce qui en fait le **spécialiste de l'intimité féminine tout au long de la vie des femmes**. Leur formation leur offre la possibilité de suivre les jeunes femmes en faisant de l'éducation et de la prévention dans le domaine de la sexualité, de la contraception. Leur formation leur donne aussi la possibilité de faire du suivi de grossesse au cours des premiers mois, de prendre en charge les problèmes de fertilité, d'assurer la prise en charge et le traitement d'infections, des troubles hormonaux, ou des pathologies ou leur dépistage en amont. Les gynécologues médicaux sont formés pour la gestion des frottis anormaux. Enfin, la formation leur permet de prendre en charge les femmes plus âgées, en traitant les infections comme chez les plus jeunes, mais aussi les troubles liés à la ménopause, les cancers, les troubles urinaires, etc.

Les **gynécologues obstétriciens** se définissent aussi à travers leurs formations et les compétences qui s'y rattachent. Il se déclarent comme les **référénts en chirurgie** gynécologique ou obstétrique,

---

<sup>6</sup> Jusqu'à ce que l'internat soit rendu obligatoire pour l'acquisition du diplôme d'études spécialisées (DES) dans les années quatre-vingt-dix, tout médecin pouvait devenir spécialiste, soit en passant par la voie sélective et hospitalière de l'internat, soit par la voie non-sélective et universitaire des certificats d'études spécialisées (CES), ouvrant le débat d'une médecine à deux vitesses. En effet, qu'ils soient passés par la voie universitaire (CES) ou par les internats et voie hospitalière, les pratiques n'étaient pas tout à fait identiques : les internes CHU en obstétrique par exemple pouvaient valider la chirurgie, alors habilités à faire de la chirurgie gynécologique (hystérectomie, chirurgie du cancer du sein, etc.) alors que les CES de gynéco-obstétrique ne pouvaient faire que des césariennes. En gynécologie médicale, les étudiants passés par la voie de l'internat en hospitalier pouvaient se spécialiser en sus de leur formation en validant des compétences supplémentaires comme l'endocrinologie, la sénologie, etc. A partir de la fin des années quatre-vingt-dix, les gynécologues obstétriciens, puis en 2003, les gynécologues médicaux, passent désormais par le DES à l'issue des quatre années (gynécologie médicale) ou cinq années (gynécologie obstétrique) d'internat, voire davantage encore si le futur gynécologue souhaite valider un Diplôme d'Etudes Complémentaires (DESC). Ce DESC se fait sur deux ans supplémentaires. En gynécologie médicale, il concerne, par exemple, les domaines de l'oncologie ou de la fertilité.

considérés comme les **experts de la pathologie, des grossesses** (pathologiques ou physiologiques), **des accouchements et de la gestion du risque**. Ainsi, ils se définissent comme de véritables experts dans le domaine, déclarant avoir bénéficié de formation « concurrentielle », « à la pointe » et « longue » (GO). C'est d'ailleurs à travers le recours au champ lexical de la compétitivité, de l'efficacité et à la longévité de leur formation que les gynécologues obstétriciens évaluent leur formation et leurs compétences.

### Les médecins généralistes

Les médecins généralistes rencontrés estiment avoir été **plus ou moins bien formés à la gynécologie au cours de leur formation initiale**, tous n'ayant pas été obligés de suivre des stages en gynécologie. De plus, parmi les plus anciens, tous ne sont pas passés par l'internat. Aujourd'hui, la maquette du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale comporte six stages obligatoires de six mois sur les trois années d'internat, dont un prévoyant un passage en gynécologie ambulatoire ou en service hospitalier. Si cette organisation apporte aux médecins généralistes une connaissance et une pratique gynécologique permettant d'assurer des soins de premiers recours, elle n'a pas toujours été construite ainsi, ne permettant pas aux anciennes générations de se former à la gynécologie. Nous avons rencontré des médecins qui déclaraient avoir une faible formation en gynécologie, en ayant appris « sur le tas » (MG) au contact de leur patientèle et au cours d'une ou plusieurs formation(s) continue(s). Dans l'ensemble, **ils se déclarent capables d'assurer le suivi gynécologique des femmes dans la limite de leurs compétences, lesquelles sont variables d'un médecin généraliste à un autre**. L'activité gynécologique des médecins généralistes n'est pas homogène, et dépend bien souvent de ce que souhaite faire le médecin, du domaine qu'il souhaite investir. Elle dépend aussi de ses « affinités », des actes avec lesquels il se sent le plus à l'aise, et enfin ce vers quoi sa patientèle l'a orienté. Un médecin généraliste ayant seulement suivi une formation relative au suivi de grossesse explique à propos de sa formation : « *Je n'ai pas été formée si bien que ça. J'ai fait un stage d'externe en maternité à [XXX], mais ça ne m'a pas apporté grand-chose. (...) En gynécologie, je dirais je me suis formée sur le tas. Le premier frottis a été quelque chose de rigolo parce qu'il fallait trouver le col. La multiplication des actes fait qu'après on ne peut plus passer à côté. L'avantage que j'ai par rapport aux confrères hommes, c'est que je suis moi-même une femme et donc aussi patiente donc je savais comment travaillaient les consœurs, et un homme n'a pas cette expérience. Les laboratoires m'ont aussi aidé pour la formation avec Nexplanon, et puis les lectures pour suivre l'actualité médicale. Après je n'ai jamais passé de DU et je ne sais pas poser un stérilet.* » (MG). Cet exemple montre que la formation initiale en gynécologie est mineure dans l'appropriation des compétences. Ainsi, la plupart des médecins généralistes rencontrés déclarent **avoir complété leurs savoirs et leurs pratiques**. Ils ont en effet suivi des formations continues dans le cadre du DPC, validé un ou des DU de gynécologie, réalisé des stages auprès de leurs confrères en gynécologie - qu'ils aient été socialisés ou non à cette discipline au cours de leur formation initiale. La lecture de revues spécialisées, la participation aux colloques et séminaires permettent d'actualiser les connaissances en gynécologie et/ou les développer. La pratique quotidienne à travers la répétition des actes et/ou l'expérience personnelle pour les femmes médecins généralistes sont autant d'éléments qui participent à la formation informelle des médecins généralistes. A la suite de ce dernier extrait, la question de la proximité liée au genre mérite une attention particulière. En effet, cette variable peut faciliter, comme on le voit ici, une meilleure compréhension et acquisition de la pratique, grâce à l'occupation d'un triple statut : celui de femme, de médecin généraliste et par ailleurs patiente. Cette variable peut faciliter la relation de soins et plus précisément l'examen gynécologique. D'autres travaux ont également déjà montré que les médecins

généralistes de sexe masculin ressentent une forme de défiance de la part des femmes, qui éprouvent des difficultés à exposer leur intimité devant la figure du médecin de famille (Jacques B., Purgues S., 2017 ; Guyart L., 2010).

### Les sages-femmes

Chez les sages-femmes, deux grandes catégories existent : celles formées avant 2009, date de l'attribution des compétences en gynécologie, et celles formées à partir de 2009. Les premières n'ont pas bénéficié d'une formation gynécologique équivalente aux secondes. Elles ont alors fait le choix de se former à la gynécologie par l'intermédiaire de formations complémentaires (formations continues soit le DPC, DU etc.). Chez les secondes, les professionnelles se forment, au-delà de leur formation initiale, en suivant également des formations complémentaires. **Parmi toutes les sages-femmes rencontrées, seule une n'est pas titulaire d'un DU de gynécologie** mais envisage néanmoins d'y accéder. Elle a toutefois suivi plusieurs formations continues complémentaires, en suivant plusieurs niveaux d'approfondissement répondant aux besoins de sa patientèle. Une sage-femme diplômée avant 2009, titulaire d'un DU de gynécologie, témoigne à propos de sa formation initiale, puis complémentaire : *« A mon époque, on n'était pas formé à la gynécologie. On voyait la gynécologie du côté pathologique et chirurgicale pour dépister et orienter après. Comme il y a eu les attributions, j'ai commencé par une petite formation classique, mais comme il y a eu de plus en plus de demandes et des gynécologues qui ont pris leur retraite, du coup j'ai fait après le DU (..). On y voit toute la contraception, tous les troubles qu'il peut y avoir à la puberté, la pré-ménopause, la ménopause, les infections vaginales, génitales, les problèmes des seins, les problèmes utérins, les kystes des ovaires etc., avec des stages pratique à faire en centre de PMA, avec des gynécologues et puis au planning familial. Puis on se base sur les recommandations, c'est important de s'informer régulièrement. Je vais tous les ans au congrès Infogyn à Pau pour suivre. (...) Je suis formée à ce qu'on attend de moi. »* (SF). Cet entretien illustre très bien les propos des sages-femmes rencontrées. Elles sont formées au suivi gynécologique dans le domaine physiologique, mais sont aussi formées pour détecter la pathologie et l'orienter en suivant. **Les sages-femmes estiment avoir la formation nécessaire pour répondre aux attributions gynécologiques.** Malgré les difficultés qui ont parfois été évoquées à trouver des stages au cours de leurs études, lors du D.U de gynécologie ou encore au cours de leur exercice, les sages-femmes ont aussi expliqué vouloir approfondir et mettre en pratique leurs connaissances cliniques et les gestes techniques médicaux. C'est auprès des médecins généralistes titulaires d'un DU de gynécologie, de centres de planification ou plus rarement auprès des médecins gynécologues, qu'elles approfondissent leurs connaissances et leur pratique, même si elles décrivent des obstacles à obtenir cette forme de « compagnonnage ». Ce type de formation contribue au développement d'une forme de connaissances et de savoirs tacites codifiés, acquis par la pratique. Elles s'informent des avancées et des recherches scientifiques, sont abonnées à des revues spécialisées, reçoivent les recommandations HAS, INCa, du Collège des Gynécologues obstétriciens, et sont encouragées par le corps professionnel à régulièrement suivre des formations continues.

Sur ce dernier point, il est à rappeler que tous les professionnels se forment tout au long de leur carrière. La formation continue dans le cadre du DPC est une obligation<sup>7</sup> individuelle qui s'inscrit dans

---

<sup>7</sup> Obligation instaurée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST »).

une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins des professionnels de la santé. Chez les trois catégories de médecins et chez les sages-femmes, on peut appréhender les formations continues comme un moyen de redéfinir les contours de la pratique et du métier. La formation continue peut être perçue par ailleurs comme un outil de légitimation et de reconnaissances des compétences, ayant pour objectif de développer les qualifications. Tous les acteurs suivent des formations qui permettent à la fois de parfaire leurs compétences mais aussi de les étendre en s'orientant vers de nouvelles approches.

### c) Regards croisés sur les champs de compétences : territoires professionnels et distinctions

Il est pertinent de saisir les représentations des professionnels à propos de la formation et des compétences des autres acteurs. Cela permet de mener une réflexion sur la compréhension qu'ils ont des rôles mais aussi de préciser les positionnements et les distinctions.

#### Les gynécologues

Plus que d'autres acteurs, nous remarquons que **les gynécologues médicaux s'attardent à définir et à défendre leur profession**. Cette posture peut s'expliquer par le décloisonnement de la gynécologie médicale à l'ensemble des autres professionnels.

Une gynécologue médicale met en avant des éléments autour desquels reposent **les distinctions par rapport à la profession obstétricale** : « *La gynécologie médicale est une spécialité clinique, la gynécologie obstétricale est une spécialité chirurgicale, donc on a ses approches différentes. La gynécologie médicale s'occupe de la pathologie et de la physiologie de la femme. Ça touche aussi bien les pathologies du col que la ménopause. L'obstétricale, c'est normalement lié à l'accouchement, à la chirurgie. La gynécologie médicale est une spécialité purement médicale ou si vous préférez purement intellectuelle. Pour moi, le gynécologue médical, c'est le médecin de la femme. Je m'occupe beaucoup des pathologies virales du col. Je ne pense pas que des médecins généralistes puissent me remplacer (...). Moi ça fait 35 ans que je me forme sur cette question-là (...). Est-ce que le généraliste qui a fait un DU de 9 mois aura la même formation que moi et pourra proposer la même prise en charge ? Je ne pense pas. Je prends le temps aussi. Je suis beaucoup dans la relation, je fais beaucoup de psychologie avec mes patientes(..) » (GM). La gynécologie médicale est toujours définie comme une discipline médicale et clinique experte dans la santé de la femme, parfois désignée, comme ici, par ses traits intellectuels, en opposition à la gynécologie obstétricale, qui serait plus pratique et technique. Le **sens clinique mis en avant en gynécologie médicale** requiert une attitude et une démarche qui impliquent une attention particulière aux singularités de la patiente avec lequel il faut entrer en relation : « *Pour observer, sentir et recueillir des informations, des connaissances, et du savoir, pour ensuite analyser et faire un diagnostic.* » (GM) explique une autre gynécologue médicale, après avoir, elle aussi, soulevé le caractère intellectuel de sa discipline. Beaucoup de gynécologues médicaux utilisent un vocabulaire exprimant **l'approche globale des patientes**, prenant en considération la femme dans sa totalité, à tous les âges, sur le plan physiologique autant que pathologique. Les gynécologues médicaux insistent sur le trait relationnel de leur profession, tandis que la gynécologie obstétricale est appréhendée par les gynécologues médicaux comme une discipline plus « *pratique* », dans « *l'action* ». Cette conception de la gynécologie obstétricale ne vaudrait-elle pas davantage pour ceux qui exercent en structure ?*

Dans ce même extrait, la gynécologue médicale s'attache à **distinguer la gynécologie médicale de la médecine générale**, en mettant en avant la formation gynécologique (teneur et quantité) des médecins généralistes. Elle laisse comprendre qu'un DU n'est pas de niveau équivalent à sa formation initiale de spécialiste, et n'atteint pas non plus son expérience quotidienne depuis 35 ans. Un de ses homologues, obstétricien dit en ce sens, à propos des généralistes : *« Il est humainement impossible d'être compétent sur tout. En revanche, il est possible d'être compétent sur les choix qui intéressent et certains vont s'intéresser à la gynécologie ; mais c'est toujours pareil, c'est une question de volume. Plus on pratique, plus on peut être compétent, mais ce sont des omnipraticiens donc ils font de tout, donc je ne suis pas sûre qu'ils puissent véritablement faire de la gynécologie. Ou alors il ne faudrait qu'ils ne fassent plus que de ça. »* (GM). On voit dans quelle mesure **l'expérience, la formation sont érigées comme des aspects primordiaux de la discipline permettant ainsi de tracer des frontières** (et des niveaux ?). Se met en place un sens concurrentiel de la pratique et du savoir, pour défendre la légitimité d'une formation et d'une expertise sans aucune autre équivalence. Il convient néanmoins de préciser que **les gynécologues médicaux considèrent le rôle et la place des médecins généralistes dans la gynécologie comme importantes**, à l'heure où le renouvellement de la gynécologie médicale n'est pas assuré et l'accès aux soins mis en péril sur certains territoires. D'autres gynécologues médicaux précisent aussi que la figure du médecin généraliste, souvent considéré comme le médecin de famille, peuvent être un inconvénient pour le suivi gynécologique des patientes - et d'autant plus s'il est un homme -, ce même point étant également évoqué par les généralistes eux-mêmes comme on l'a vu précédemment.

La grande **majorité des gynécologues obstétriciens ont décrit une activité et des compétences similaires à celles de leurs confrères gynécologues médicaux**. En libéral, le seul élément qui permet, selon eux, de les distinguer clairement des gynécologues médicaux est le suivi jusqu'à terme des grossesses (quand ils n'ont pas abandonné l'obstétrique). En effet, à la fin de la phase d'investigation empirique, nous relevons **le glissement du métier vers la pratique de la gynécologie médicale**. Si certains conservent une activité mixte, en continuant d'exercer des actes d'obstétrique ou de chirurgie (accouchement, chirurgie, etc.) en structure publique ou privée, les gynécologues obstétriciens de ville exerçant en libéral abandonnent bien souvent une partie de leur métier, en ne faisant plus d'accouchement, en ne réalisant plus de chirurgie ou très peu de ce qu'ils nomment comme étant de *« la petite chirurgie »* ou des *« petits actes »*. Certains choisissent de conserver une spécialisation liée à leur formation initiale en réalisant des actes un peu plus techniques comme des biopsies (ce que font par ailleurs les gynécologues médicaux), des curetages, des conisations, du suivi des échographies (diagnostics anténataux), des suivis de grossesses pathologiques. Une gynécologue obstétricienne regrette d'ailleurs l'abandon de la spécialité en structure par ses pairs gynécologues obstétriciens, qui ont choisi de ne faire que de la gynécologie médicale. Elle dit à leur propos : *« Ils n'ont choisi que ça. Je trouve ça dommage. Je savais très bien ce que ça voulait dire quand j'ai commencé. On a choisi cette spécialité pour tout ce qu'elle implique. Moi je savais très bien que je serai obligée de travailler la nuit, que je risque de faire de longues journées. (...). Il y a une responsabilité, un sacrifice ! Il faut l'assumer dès le départ. »* (GO). Au final, ce glissement de pratique (passage d'une gynécologie obstétrique à une gynécologie médicale) produit une **confusion de territoires professionnels**, qui participe au **manque de lisibilité** quant à l'état de la gynécologie médicale. Cette même gynécologue obstétricienne met en avant le brouillage des frontières avec les différents acteurs qui se partagent le domaine de la gynécologie. Elle ne voit pas bien les différences de rôle entre le médecin généraliste et le gynécologue

médical, et considère les gynécologues obstétriciens de ville comme « *écrasant la gynécologie médicale* » (GO). Ce propos résume bien les difficultés de repérage et de positionnement de la gynécologie médicale. Celle-ci est perçue comme enserrée entre la médecine générale, les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens - tous pouvant faire une partie de l'activité de gynécologie médicale.

Les gynécologues obstétriciens mettent en avant un niveau de formation différent avec les médecins généralistes, mais reconnaissent aussi le caractère incontournable de leur rôle à venir dans la prise en charge des femmes : « *Ils prennent le relai, rattrapent des frottis, des choses comme ça, mais ils n'ont pas le temps, eux aussi sont plein à craquer !* » (GO). Comme leurs homologues en gynécologie médicale, ils reconnaissent la formation médicale et les connaissances pharmacologiques des médecins généralistes comme étant nécessaires à la prise en charge des femmes, conscients des délais d'attente et de l'engorgement des cabinets de ville. Néanmoins, ils soulignent les limites de leurs compétences en mettant en avant une formation plus courte et incomplète en gynécologie marquant ainsi la distinction des deux disciplines. Ainsi, **gynécologues obstétriciens et médicaux partagent la même vision du médecin généraliste** : il possède un **statut de médecin** reconnu et légitimé par ses pairs. Il endosse, d'une part, un rôle de prévention en gynécologie et, d'autre part, il permet une désenclavement du système en améliorant l'accès aux soins. Ils ne sont en aucun cas reconnus par les gynécologues comme étant des experts en gynécologie, mais plutôt comme **des médecins pratiquant ponctuellement et sommairement la gynécologie**. Gynécologues obstétriciens et médicaux mettent fréquemment en garde contre les prescriptions de pilules « au comptoir » : « *Qu'est-ce qu'elles font les dames à la fin de leur consultation pour le rhume, la demande de certificat, une oreille qui chauffe, au fait vous pouvez marquer la pilule, alors qu'elle a mis son manteau, a fait le chèque etc. Il ne lui prend pas la tension, faire le rapprochement que la mère a fait une phlébite dans l'année* » (GO). La contraception, c'est une consultation qui requiert du temps, les gynécologues émettent alors les garde-fous nécessaires. Un gynécologue obstétricien donne son point de vue dans cet extrait : « *La pilule, c'est un médicament avec des effets secondaires. Il faut s'intéresser aux antécédents et aux effets secondaires. Ce n'est pas bonjour, je te connais depuis vingt ans et je te prescris la pilule, au revoir.* » (GO). Ils mettent en garde contre les prescriptions sans suivi par des professionnels qui ne prendraient pas assez en considération les antécédents des patientes ou ne les examineraient pas.

**Gynécologues obstétriciens et médicaux approuvent plus ou moins le rôle et la place de la sage-femme en gynécologie.** Pour beaucoup d'entre eux, l'attribution de compétences gynécologiques n'a de sens que si la formation est adaptée. Or, la tendance émergente est celle d'un constat qui met en avant leurs compétences limitées. Certains d'entre eux vont jusqu'à penser qu'elles sont inadaptées. D'autres avancent l'idée selon laquelle il faudrait prévoir des études plus longues, ou un cursus différent pour l'acquisition des compétences gynécologiques des sages-femmes<sup>8</sup>. S'ils considèrent comme **inévitables** la prise en charge gynécologique par ces dernières, **ils s'interrogent véritablement sur leur formation.**

---

<sup>8</sup> Ce point est par ailleurs soulevé par les formateurs des écoles de sages-femmes. Nous savons que le temps d'enseignement en formation initiale n'a pas augmenté, alors même que l'on observe une extension des compétences chez les sages-femmes (Jacques B., Purgues S., 2017).

La taille de notre échantillon ne nous permet pas d'affirmer que la variable de l'âge des gynécologues obstétriciens peut jouer dans le regard porté sur la formation des sages-femmes ou encore sur la représentation de leur place en gynécologie. Cependant, on peut soulever la tendance selon laquelle les plus jeunes gynécologues obstétriciens (et gynécologues médicaux aussi) considèrent positivement la formation des sages-femmes et approuvent leur rôle dans la gynécologie de prévention. Ils émettent cependant les gardes fous nécessaires quant au respect des frontières et à la limite des compétences, mais dans l'ensemble, sont plutôt confiants : « *Sans elles, on serait bien embêtés.* » (GO) ou encore, « *Elles aident à désengorger un peu le système, les délais sont moins longs, c'est sûr.* » (GO) ou encore « *Elles peuvent faire le b-a-ba* » (GO) ou « *Heureusement qu'elles existent.* » (GO). Ces gynécologues affirment que la division classique du travail qui s'opère usuellement entre le gynécologue obstétricien et la sage-femme en obstétrique doit pouvoir se reproduire en tant que modèle, en gynécologie médicale de prévention : la sage-femme s'occupe de la prévention et de la physiologie et du suivi des femmes en bonne santé, quand les gynécologues s'occupent des patientes complexes sur le plan médical et des pathologies. Si cette catégorie s'est exprimée ainsi en entretien et lors des focus groups, **la grande majorité des gynécologues s'interrogent davantage sur la formation, les compétences et le rôle des sages-femmes.**

Les gynécologues ont souvent fait part d'anecdotes négatives suite aux passages des patientes chez les sages-femmes. Ils rendent compte fréquemment de situations qui entraînent leurs désapprobations. Une première gynécologue médicale dit : « *Depuis quelque temps, on leur donne l'autorisation de faire du dépistage. Mais le dépistage, il faut le faire convenablement. On voit des auto-prélèvements avec des résultats ininterprétables. Elles ne peuvent pas donner de traitement. Et dès qu'elles ont quelque chose qui ne va pas, elles sont obligées de nous les envoyer et ça nous énerve parce qu'on est surbookées. J'ai vu des choses qui m'ont énormément choquées. J'ai vu une patiente qui est allée voir la sage-femme en post natal et qui a eu trois contraceptions en six mois. (..). Elle est venue me voir au bout de six mois parce que la dernière contraception n'allait pas non plus. Là je dis non, ça n'est pas du bon boulot.* » (GM). Un autre gynécologue médical déclare (à propos des compétences en gynécologie des sages-femmes) : « *Je vais être méchant, mais elles n'en ont aucune. On ne peut pas comparer quelqu'un qui a fait six ans de médecine et 3 ans en plus de spécialité, voire plus, ce n'est pas le même métier. Elles ne sont pas compétentes.* » (GM). Une gynécologue obstétricienne confie : « *Moi je les plains un peu pour vous dire toute la vérité, parce que les gens vont leur mettre la pression, et comment on fait ? je me demande comme elle vont faire pour gérer tous les frottis une fois qu'on ne sera plus là. Vers qui elles vont orienter, et comment elles vont désamorcer les craintes des femmes. Toute la difficulté pour elles sera de poser les limites, dès qu'il y a pathologie, elles ont intérêt à passer la main, à qui je n'en sais rien, car les hôpitaux sont débordés, la clinique aussi.* » (GO) ou encore : « *Mais les frottis, ils vont maintenant être faits par des sages-femmes. Elles vont recevoir ces résultats, mais qu'est-ce qu'elles vont faire avec ces résultats ? C'est ça le problème !* » (GO). Enfin, une dernière gynécologue obstétricienne annonce : « *Moi j'ai vu une patiente arriver en urgence pour des douleurs terribles à cause d'un stérilet qui avait perforé l'utérus ! La sage-femme me l'envoie et c'était à moi de gérer son propre problème !* » (GO). A travers ces extraits d'entretiens, nous avons voulu montrer les points récurrents sur lesquels les gynécologues (obstétriciens et médicaux) pointent la limite des compétences des sages-femmes sur des champs qu'ils maîtrisent. Sur la question du dépistage du cancer du col de l'utérus, certains gynécologues s'interrogent sur la pertinence de la déléguer aux sages-femmes qui ne maîtrisent pas, selon eux, l'ensemble des actes de la prise en charge d'un col pathologique. Certes, elles sont formées à suivre une femme sans pathologie, mais qu'en est-il de leurs

compétences à détecter un col pathologique ? D'autres soulignent les orientations trop systématiques des situations de frottis anormaux vers les chirurgiens, alors que le protocole de prise en charge ne le recommande pas forcément. Si elles reçoivent un enseignement sur les frottis durant leur formation, on voit bien que les professionnels appréhendent la prise en charge et la gestion des frottis.

Au-delà de l'intérêt, bien présent, relatif à la prise en charge de la santé de la femme, on observe que **chaque segment professionnel cherche légitimement à protéger les frontières de son territoire**, à se protéger de la « concurrence » par l'obtention d'un monopole d'exercice et la mise en avant de ses compétences dans celui-ci. En sociologie et en psychologie sociale, les dynamiques professionnelles sont considérées comme des processus évolutifs, vulnérables, ouverts, instables (Demazière D., Gadéa C., 2009). L'entrée des sages-femmes dans le dépistage, et plus largement dans le domaine de la physiologie, peut être envisagé par les gynécologues comme un « empiètement » des limites de « territoires » d'un domaine plutôt réservé à la gynécologie médicale. La littérature a mis en évidence les résultats de travaux qui ont montré que l'arrivée de nouveaux acteurs dans une profession médicale vient remettre en cause le monopole légal d'exercice de son activité (Parsons T., 1968 ; Hugues E., 1996), de sa maîtrise pleine et entière du champ. Dès lors, comme cela peut aussi se produire dans d'autres sphères de la vie sociale, dès qu'un nouveau segment (moins diplômé et qui été jusque-là en deçà dans l'échelle des compétences) a autorité pour exercer les mêmes compétences (ici dans la limite de la physiologie), le groupe professionnel y voit une menace pour son propre métier à travers une forme de déqualification (Hughes E., 1996 ; Arborio A.-M., 2012). Il y voit aussi la crainte d'une expertise au rabais. D'ailleurs, les sages-femmes elles-mêmes savent qu'elles ne peuvent pas proposer le même type de prise en charge et certaines refusent même de s'engager en gynécologie. Lors des focus groups, des gynécologues ont d'ailleurs **reconnu ces attitudes protectionnistes, mais remarquent l'amorce d'un changement** de mentalités.

#### Les médecins généralistes

**Les médecins généralistes considèrent le niveau d'études comme une preuve de légitimité des compétences de leurs confrères gynécologues.** Un médecin généraliste dira : « *Nous, on ne sait rien sur tout et eux savent tout sur rien* » (MG). Cet exemple et le suivant font émerger une représentation binaire qui caractérise et distingue à la fois les compétences ordinaires des médecins généralistes, de celles au caractère « pointu », plus typiques du spécialiste. L'un se distingue par son omniscience, l'autre par son savoir et son expertise ciblée. De manière générale, **pour les médecins généralistes, chacun doit assurer les missions de son rôle**, dans le cadre (normé) de la prise en charge gynécologique, en respectant les frontières pour un partage des tâches qui ne susciterait pas de concurrence déloyale. **Les médecins généralistes ont intériorisé ce que doit être le partage informel des tâches entre confrères.** Un médecin généraliste dit à ce propos : « *Un gynécologue médical, s'il est bien, il m'envoie les pilules, ça ne l'intéresse pas. Il n'a pas fait dix ans d'études pour s'occuper de pilule. Ce qui l'intéressera, c'est l'endométriase, la ménopause et ses troubles, les pathologies du col, les kystes aux ovaires et voilà (...) que je vais lui adresser. L'obstétricien, c'est celui qui va faire la chirurgie ou alors gérer les grossesses et les accouchements qu'on va lui envoyer. Ils ont quatre ans d'actions, de gardes et d'accouchements en pratique. Et je ne vous parle pas de la théorie !* » (MG). Deux choses ressortent ici. La première est celle d'une vision subjective de la contraception, appréhendée comme un domaine pour lequel les compétences du médecin généraliste suffisent pour assurer la prise en charge et le suivi. Si on met en parallèle ceci avec ce qui a précédé sur le regard porté par une partie

des gynécologues sur le suivi contraceptif par les médecins généralistes, on relève un désaccord entre ces deux acteurs. Le second point qui apparaît dans ce discours est la distinction ou les pourtours des frontières entre médecine générale, gynécologie médicale et gynécologie obstétricale. Ce médecin généraliste définit ce que doit être la configuration professionnelle en gynécologie et l'intérêt du respect des frontières. La gynécologie médicale est appréhendée comme une spécialité sensée orienter son activité sur les suivis des affections plus spécifiques. La gynécologie obstétricale est la spécialité des grossesses, des accouchements et parfois de la chirurgie. On relève une conviction médicale selon laquelle le niveau de formation et le nombre d'années d'études des spécialistes suffisent en eux-mêmes pour expliquer les distinctions, les rôles et la place de chacun aux yeux des médecins généralistes. Les compétences des gynécologues ne sont pas négociées par les médecins généralistes, mais ils soulèvent toutefois l'idée d'une redéfinition des frontières. Ces derniers **distinguent implicitement deux types de gynécologie**, l'une qui reviendrait davantage au médecin généraliste ou à la sage-femme, qui serait une « **petite gynécologie** » **ordinaire, et une autre activité gynécologique ciblée**, moins routinière, à l'intérêt scientifique plus prestigieux, qui reviendrait aux gynécologues médicaux sinon aux obstétriciens. Les médecins généralistes se considèrent comme des acteurs de premiers recours, permettant de répondre aux demandes des femmes, et facilitant ainsi l'accès aux soins.

Si la formation des médecins généralistes n'est pas la même que celles des sages-femmes, la tendance ressortant des entretiens et des focus groups est celle d'une **proximité ressentie en termes de compétences et d'activité entre médecin généraliste et sage-femme**, comme en atteste le témoignage de ce médecin généraliste : « *Les sages-femmes, elles font à peu près la même chose que nous je pense, sauf qu'elles ne peuvent pas prescrire mis à part la contraception. Mais elles peuvent faire de l'information...euh...oui, de l'information, de la prévention, du dépistage, des frottis de la contraception, toutes ces choses qu'on fait nous aussi.* [Relance : est-ce que l'un ou l'autre vous pensez avoir une plus-value ?] *Oui nous, ça va être la connaissance médicale approfondie, la prescription et elles, elles ont...la confiance des patientes, mais euh... Pas la confiance mais la proximité peut-être aussi parce qu'elles sont plus accessibles que nous.* » (MG). Dans ce discours, la **principale ligne de démarcation perçue se situe au niveau du pouvoir de prescription** que possède le médecin généraliste, alors que les sages-femmes connaissent une limitation au niveau prescriptif. Notons par ailleurs qu'il existe une **méconnaissance générale du pouvoir de prescription par les sages-femmes**, qui s'explique par une ambivalence : elles peuvent prescrire dans la limite de la physiologie, et ne peuvent pas faire de prescription dans le cadre de pathologie - excepté durant les grossesses. Le médecin généraliste, quant à lui, peut suivre et prendre en charge les pathologies, même si, dans les faits, il ne s'engage que très rarement dans cette voie-là, préférant passer la main aux spécialistes. **Le regard porté sur la formation des sages-femmes par les médecins généralistes, dans l'ensemble, est plutôt positif.** Les médecins généralistes reconnaissent les compétences à la fois médicales et relationnelles des sages-femmes. Ensuite, à travers le vocable de la proximité et l'accessibilité, ce médecin généraliste rappelle que les sages-femmes suivent les patientes tout au long de leur grossesse, créant alors un lien avec les patientes. Elles peuvent aussi se déplacer au domicile. Elles sont aussi jugées comme étant plus disponibles, prenant le temps avec les patientes, avec davantage de liberté au niveau des créneaux de consultations.

### Les sages-femmes

Enfin, la perception des sages-femmes est intéressante à aborder car ce sont les derniers acteurs à être entrés en gynécologie. Nous l'avons vu, elles font l'objet de remarques et d'interrogations. Ainsi, il convient de regarder comment elles appréhendent les limites de territoires, quand les gynécologues obstétriciens et médicaux s'interrogent sur leur formation et leurs champs d'action. Il est également pertinent de regarder la manière dont elles interprètent la distribution des rôles dans l'offre de soins, et la manière dont elle se positionnent. **Toutes les sages-femmes déclarent s'occuper de la physiologie, du normal, en prenant soin de se distinguer des médecins qui ont, à leurs yeux, le monopole de la pathologie, de la complexité et de l'expertise gynécologique.** Elles ne soulèvent presque jamais directement les similitudes d'une prise en charge au niveau physiologique entre elles et les gynécologues, laissant penser que, dans leur esprit, les gynécologues doivent seulement prendre en charge la complexité et les pathologies. Elles reconnaissent, par ailleurs, leur rôle dans la prévention à travers le dépistage.

Dans les discours des sages-femmes, la première des distinctions soulevées est celle qui articule la **frontière normal/pathologique**. Les sages-femmes reconnaissent l'expertise que les gynécologues ont acquis au cours d'une formation médicale et d'une formation en spécialité. Ensuite, les sages-femmes soulèvent **l'aspect relationnel** comme une compétence humaine incontournable à l'exercice du soin et essentielle en gynécologie. **Elles déclarent pouvoir prendre davantage de temps que les médecins** lors des consultations. Elles précisent aussi que ce constat est fait par leur patientèle qui leur en font le retour. Les sages-femmes détiennent également des anecdotes relatives à la prise en charge par les gynécologues. Les patientes ont aussi fait part d'expériences, de déceptions ou d'erreurs dont elles estiment avoir été victimes. Par respect pour les gynécologues, elles ne nous ont que partiellement dévoilé ces retours. Pour elles, ces retours d'expériences chez les gynécologues sont les résultats d'une **pratique gynécologique en tension, parfois trop médicalisée**, laissant peu de temps à l'écoute et insuffisamment la place à la parole. Ainsi, la question du temps, de l'accessibilité des sages-femmes sont, pour elles, des marqueurs de leur plus-value. Elles peuvent proposer des délais de consultations inférieurs aux gynécologues et proposent des tarifs un peu moins chers. Mais si cette remarque vaut pour aujourd'hui, on peut se demander ce qu'il en adviendra demain.

Enfin, les sages-femmes ont décrit des rôles et des missions plus ou moins distincts, mais ont aussi souligné **des similitudes avec les médecins généralistes**. Ces derniers sont à leur yeux des professionnels-relais, lesquels peuvent faire, comme elles, du dépistage, de la prévention, des diagnostics, etc. Ils peuvent en revanche prendre en charge jusqu'au bout les patientes complexes sur le plan médical et prescrire ce qu'elles ne peuvent pas prescrire. Elles relèvent cependant un manque de pratique des médecins généralistes quant aux petits actes techniques (frottis, pose de stérilets). Certaines vont jusqu'à avancer être plus compétentes dans le domaine de l'obstétrique grâce à une formation spécifique intense durant 5 années. Elles se distinguent d'eux au niveau du pouvoir de prescription, de la connaissance pharmacologique et médicale et de la prise en charge de la pathologie - autant de compétences qu'elles ne détiennent pas.

Pour les sages-femmes, leur mission en gynécologie ne se distingue en rien de la division du travail déjà expérimentée avec les médecins dans le cadre de leurs activités obstétriques : elles se chargent du dépistage chez les femmes en bonne santé et elles dirigent les patientes vers le médecin dès qu'il y a pathologie, dans le travail de coopération (nous y reviendrons dans le chapitre suivant).

#### **d) Résumé des principaux résultats**

Ce premier axe d'étude a pour objectif de faire émerger les regards portés par chacune des quatre catégories d'acteurs (médecins généralistes, gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens et sages-femmes) sur la gynécologie d'une part, sur leurs rôles et compétences propres d'autre part, et, enfin, sur leurs perceptions et représentations des rôles et compétences des trois autres catégories d'acteurs.

Les travaux conduits ont tout d'abord permis de souligner que la pratique gynécologique traduit, pour toutes les catégories d'acteurs interrogés, un choix proactif, sous-tendu par un engagement au service de la santé de la femme, par une vision positive de cette discipline et par la volonté de répondre au mieux aux besoins de la patientèle. Si les gynécologues médicaux et obstétriciens se consacrent par nature à cette activité, on voit apparaître chez les médecins généralistes trois types de pratique gynécologique : une pratique gynécologique « partielle et occasionnelle » généralement liée au déficit d'offre sur le territoire et où le généraliste cherche en principe à orienter rapidement les patientes vers un gynécologue ; une pratique gynécologique « complète » pour laquelle le médecin généraliste considère la gynécologie comme partie intégrante de son activité ; et enfin une pratique gynécologique « totale et absolue », concernant des médecins généralistes qui font le choix de se spécialiser dans le domaine, n'assurant presque que des consultations en gynécologie. Les sages-femmes quant à elles considèrent la gynécologie comme s'inscrivant dans une continuité de la prise en charge que propose leur métier et la pratiquent notamment pour répondre aux besoins de la patientèle, en vertu des compétences qui leur ont été attribuées en 2009.

Les différents acteurs recourent à un vocabulaire similaire pour décrire ce qu'est la gynécologie et s'accordent pour la considérer comme une activité plurielle, comportant différents champs d'activité alliant physiologie et pathologie, allant de la prévention au dépistage et au traitement, incluant des prises en charge ponctuelle (grossesse - accouchement, pathologies) et un suivi au long cours. Tous considèrent la gestion des urgences comme partie intégrante de l'activité de gynécologie. Ils partagent également un ensemble de valeurs, de codes et de pratiques, notamment autour de la représentation de ce que doit être un bon professionnel. La prise en charge idéale en gynécologie est ainsi évoquée au travers de l'écoute (qui a pour corollaire la nécessité de disposer de temps), de l'empathie, de la compréhension, permettant ainsi d'adapter la pratique à chaque patiente – et bien sûr de compétences techniques et médicales.

Face à l'engorgement de leurs créneaux de consultations, les trois catégories de médecins mettent en œuvre des stratégies d'organisation, de régulation et de standardisation de leur activité (recours à un secrétariat, organisation de créneaux horaires dédiés, etc.) – ce qui tend à éloigner leur pratique réelle de leur idéal de prise en charge. Les sages-femmes sont, pour le moment, moins concernées par cette embolisation d'activité.

Au niveau des formations et des compétences perçues, les quatre catégories de professionnels s'estiment compétentes pour les champs d'activité gynécologique qui leur sont dévolus, grâce à leur formation initiale (cas des gynécologues essentiellement) ou bien continue (notamment pour les médecins généralistes et les sages-femmes). Seuls les médecins généralistes émettent une certaine réserve, s'estimant capables d'assurer le suivi gynécologique des femmes dans la limite de leurs

compétences, lesquelles sont variables d'un médecin généraliste à un autre. La plupart des professionnels rencontrés ont recours à la formation continue, pour parfaire leurs compétences en gynécologie ou les étendre en s'orientant vers de nouvelles approches.

Enfin, s'agissant des représentations des professionnels à propos de la formation et des compétences des autres acteurs, les trois catégories de médecins reconnaissent la légitimité de leurs confrères, tirée de leur formation médicale respective. Les gynécologues ont toutefois tendance à considérer les médecins généralistes comme pratiquant ponctuellement et sommairement la gynécologie – ce qui ne correspond pas complètement à la réalité de la pratique que l'on a pu observer. Si les médecins généralistes portent un regard globalement positif sur les compétences des sages-femmes, il n'en va pas de même des gynécologues qui s'interrogent sur leurs compétences et leur formation. Enfin, au-delà de l'intérêt, bien présent, relatif à la prise en charge de la santé de la femme, on observe que chaque segment professionnel cherche légitimement à protéger les frontières de son territoire professionnel – même si ces attitudes protectionnistes tendent à s'atténuer.

De fait, règne actuellement une certaine confusion des territoires, liées aux évolutions des différents métiers :

- Apparition des sages-femmes sur le champ de la physiologie, s'appuyant notamment sur une relation de proximité avec les patientes, sur une meilleure accessibilité et un temps plus grand à dédier à l'écoute – repositionnant de fait les gynécologues sur la prise en charge de la pathologie, de la complexité et de l'expertise gynécologique ;
- Intervention du médecin généraliste sur le champ d'une « petite gynécologie » ordinaire perçue comme assez proche de la pratique des sages-femmes, avec un pouvoir de prescription plus grand mais une accessibilité plus contrainte et une pratique moindre - passant dès lors le relai aux gynécologues dès que la situation le nécessite ;
- Glissement de pratique de certains gynécologues obstétriciens vers la gynécologie médicale, avec une pratique limitée à de « petits actes » de chirurgie uniquement.

Ces différentes évolutions accentuent ainsi la perception d'un enserrement de la gynécologie médicale entre les différentes autres catégories d'acteurs et participent au manque de lisibilité de l'organisation de la prise en charge gynécologique. Elles dessinent une offre de soins segmentée, qui s'éloigne de l'approche globale des patientes dans un suivi au long cours, tels que le proposaient jusqu'ici la gynécologie médicale. Dès lors, la question d'une prise en charge coordonnée intervient. Tout l'enjeu principal est de comprendre comment s'organise et se distribue l'offre de soins et, en amont, comment elle est pensée, discutée et partagée par les professionnels.

## **II. LE TRAVAIL DE COOPERATION : DES PRATIQUES PLUS OU MOINS NORMALISEES**

---

La segmentation des approches sur la question de la gynécologie induit la nécessité d'un travail d'articulation et de désenclavement des pratiques entre les différents acteurs, en vue d'une prise en charge coordonnée des patientes. C'est là, la grande caractéristique d'une médecine d'interdépendance, qui requiert un besoin de coordination entre les différents protagonistes et cela, avec d'autant plus de force qu'ici, nous l'avons vu, chaque catégorie d'acteurs occupe une place délimitée aux compétences distinctes. Nous allons regarder comment s'organisent les collaborations, dans quels contextes et pour quels motifs elles se mettent en œuvre. Nous verrons également quels sont les freins et les leviers aux coopérations.

### **a) Les pratiques de coopération interprofessionnelle**

#### L'orientation et l'adressage

Le premier et principal type de coopération interprofessionnelle mentionné par les différents acteurs consiste en l'orientation de leurs patientes vers les autres acteurs de la prise en charge gynécologique, dès lors que la limite de leur champ de compétences est atteinte.

Ainsi, s'agissant des sages-femmes, les limites de leurs compétences les conduisent nécessairement à mettre en œuvre des stratégies d'orientation et d'adressage. Leurs positions plutôt subalternes dans la pyramide de l'offre de soin gynécologique imposent de fait une passation des situations jugées complexes ou pathologiques. Toutes décrivent des liens de collaborations plus ou moins formelles avec des acteurs tels que les médecins généralistes, les gynécologues, des consœurs sages-femmes, ou des structures comme les maternités (staff, salle d'accouchement, urgences) et les services d'urgences. D'autres acteurs plus périphériques, comme les plannings familiaux, les centres de planification, les réseaux locaux ou autres associations apparaissent comme des interlocuteurs avec lesquels elles peuvent entrer en collaboration de façon plus ou moins récurrente et formelle. C'est parce qu'elles sont confrontées aux limites de leur champ d'activité, qu'elles décèlent une pathologie ou encore qu'elles sont confrontées à des situations complexes sur le plan médical, qu'elles orientent leurs patientes vers un gynécologue. Elles adressent aussi les patientes en situation de vulnérabilité économique et sociale vers les centres de planification et parfois les plus jeunes patientes. Plus concrètement, les sages-femmes peuvent adresser leur patientèle pour un souci de contraception, d'un retrait de stérilet difficile, dans les cas de mycoses à répétition, de résultats anormaux de frottis, d'examen clinique laissant un doute par exemple une grosseur à un sein, des situations d'aménorrhée de dysménorrhée, IVG, etc. Il est à noter que les orientations dépendent de la configuration des territoires. En ville, il semble que les coopérations se fassent dans un cercle de proximité, privilégiant avant tous les gynécologues ou les médecins généralistes de quartiers quand les situations ne nécessitent pas de chirurgie. En cas de besoin de chirurgie, les pratiques d'orientation se feront au sein des structures hospitalières ou cliniques privées. En zone péri-urbaine ou rurale, les sages-femmes adressent vers les structures de soins. Les statuts et la distinction entre gynécologie médicale et obstétricale n'ont que peu d'intérêt aux yeux des sages-femmes au moment de l'adressage des patientes, exceptés pour les situations de grossesses. Les frottis anormaux sont fréquemment adressés vers les gynécologues de structures, car en ville, les délais de prises en charge sont longs. De façon

générale, lorsqu'elles sont confrontées à un doute, l'orientation vers les structures de soins privées ou hospitalières sont pour elles le moyen d'assurer correctement la prise en charge des femmes et d'éviter tout risque.

S'agissant des médecins généralistes, les motifs d'orientation et d'adressage des patientes concernent là-aussi les besoins d'une expertise ou d'actes techniques précis, en cas de limite de leur champ d'action. De manière générale, les médecins généralistes rencontrés au cours des entretiens ou lors des focus groups adressent peu vers les gynécologues de villes, à l'exception d'une minorité, parmi laquelle on trouve ceux ayant une pratique « occasionnelle ». Les autres témoignent plus ou moins de coopérations. Ils vont orienter les femmes d'abord vers les structures de soins publiques ou privées, puis, plus secondairement, vers les sages-femmes en ville, et ensuite vers les gynécologues de ville. Il s'agit là d'une tendance. Des exceptions relatives aux orientations vers les gynécologues de ville subsistent quelques (rares) fois, notamment quand les patientes sont déjà suivies par un gynécologue référent. Le primat des structures s'explique par un besoin d'orientation des patientes vers un spécialiste (obstétricien, chirurgien, oncologue etc.) qui peut accéder à un plateau technique et possède l'expertise que le médecin généraliste n'a pas. Ce dernier part de l'hypothèse selon laquelle, les médecins gynécologues de ville n'ont pas les compétences suffisantes pour prendre en charge ce type de patientèle, ou tout au moins, en ont autant qu'eux. D'autres partent aussi du principe selon lequel l'adressage d'une patiente vers un spécialiste de ville se solderait tôt ou tard par une réorientation de cette dernière vers une structure. Des exemples concrets ont souvent été avancés pour mettre en lumière les situations d'orientation. Les extraits ci-après proviennent d'entretiens avec des médecins généralistes sur différents territoires. Un premier explique : « *Ici en campagne, c'est très souvent en hospitalier, c'est très rarement avec un gynéco de ville. Ça va être parce que j'ai découvert une tumeur de l'ovaire que j'ai découverte sur une patiente après une écho (..), ça peut être le stérilet que je n'arrive pas à enlever parce que les fils, il n'y en a plus. C'est des choses toutes bêtes, pas pour une prescription de pilule. Ça va être parce que j'ai besoin de passer la main, si j'ai des douleurs gynéco, parce que la patiente a un utérus qui n'arrête pas de saigner et qu'elle n'est pas encore ménopausée mais en péri-ménopause, donc je ne vais pas seulement lui donner un médicament. Je vais demander à une spé si on ne peut pas faire quelque chose parce qu'elle approche de la ménopause. Pour les frottis anormaux, c'est aussi systématiquement en hospitalier, les colpos tout ça. Je suis les grossesses si tout va bien. Si c'est plus compliqué ou pour les gémellaires, je passe la main, soit les sages-femmes, soit les gynécos de ville, soit les deux. Il faut savoir passer la main. Il y en a qui ne veulent pas passer la main* » (MG). Cet exemple met en avant des besoins qui nécessitent des orientations vers l'hôpital, et plus secondairement en ville avec les gynécologues ou les sages-femmes. Les coopérations avec ces dernières se limitent généralement aux grossesses ou aux actes techniques simples avec lesquels ils sont en général peu à l'aise comme la pose ou le retrait de stérilet ou les frottis. Les médecins généralistes adressent les patientes vers les spécialistes de structures, pour des motifs qui entrent pourtant dans le domaine de compétence des gynécologues médicaux ou gynécologues obstétriciens de ville. L'exemple de l'adressage systématique des frottis anormaux en hospitalier est jugé par les gynécologues comme « *inutile et surchargeant les hospitaliers alors qu'en ville, les gynécos sont formés à la colposcopie* » (GM). La gestion des frottis anormaux est souvent mise en avant comme un exemple de coopération typique, pour lequel une prise en charge hospitalière est fortement désapprouvée par les gynécologues, car selon le grade des lésions anormales, les recommandations préconisent différents stades intermédiaires à l'hôpital et à une chirurgie.

Chez les gynécologues (obstétriciens ou médicaux), l'orientation repose sur des liens en ville, mais aussi et surtout sur des liens hospitaliers ou de structures de soins privées. Les gynécologues qui font de la colposcopie se voient peu adresser de patientes par les médecins généralistes pour la prise en charge d'anomalies sur les résultats et le regrettent beaucoup. Parmi les gynécologues médicaux, on trouve ce type de propos : « *J'ai trente-cinq ans de métier. Aucun généraliste ne m'envoie jamais de patiente. Sans commentaire. Je demande toujours à mes patientes qui est le médecin traitant. Mais je ne travaille avec aucun généraliste parce que personne ne m'envoie jamais personne.* » (GM).

Selon les professionnels, les orientations sont plus ou moins fléchées, laissant ainsi à la patiente sa liberté quant au choix du professionnel. Les sages-femmes indiquent ne jamais mentionner le nom d'un seul gynécologue, par respect du Code de déontologie<sup>9</sup>, mais peuvent en revanche conseiller les patientes en leur remettant une liste de médecins, parmi lesquels ces dernières pourront choisir le spécialiste de leur choix.

#### La communication et le partage d'information

Si la coopération implique l'orientation ou l'adressage des patientes, elle doit être transcendée par des mécanismes de communication, d'interactions avec l'idée de transmettre et de partager des informations.

Les sages-femmes et les médecins généralistes relèvent des coopérations assez étroites, fondées sur une facilité de communication. Ainsi, les médecins généralistes leur adressent les patientes pour des actes techniques (DIU, frottis) lorsqu'ils sont dans des pratiques gynécologiques « partielles et occasionnelles » et elles savent faire suivre les informations, en retour, aux médecins généralistes.

En revanche, il est fréquent que les médecins généralistes déplorent les irrégularités ou les absences de comptes-rendus dans le cadre du suivi régulier des patientes par leur gynécologues. « *Quand une de mes patientes est suivie par un gynécologue, en tant que médecin traitant responsable de la santé du patient, je n'ai jamais aucun retour. Même s'il n'y a pas grand-chose, mais savoir pour suivre. Parfois j'ai les frottis parce que le gynéco a dû dire de mettre en copie le médecin traitant.* » (MG). Les médecins généralistes doivent alors parfois s'enquérir des informations directement auprès des patientes, ce qui peut constituer un biais, à cause d'une sélection des informations plus ou moins consciente de la part des patientes, de leurs mécanismes de compréhension et d'interprétation des informations reçues. Lors des focus groups, certains gynécologues déclarent pourtant adresser en copie les médecins généralistes référents des patientes, pour les informer des bilans, des résultats de frottis ou pour donner suite à l'orientation d'une patiente par un médecin généraliste. A observer les points de désaccords entre les professionnels, il semblerait donc que cette pratique ne soit pas systématique.

Enfin, les collaborations directes entre sages-femmes et gynécologues sont assez rares et concernent essentiellement les suivis de grossesses.

Chez tous les professionnels, lorsque les coopérations ont lieu, elles prennent la forme de communications plus ou moins formelles et systématiques, par retour de courriers, par mail (sécurisés

---

<sup>9</sup> Le code de déontologie des sages-femmes met en avant le fait que « *chaque sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir les soins.* ».

ou non) ou par téléphone. Nous relevons dans les discours que les collaborations sont empruntes de collégialité, de déférence et de respect des frontières, soulevant le caractère confraternel des coopérations.

### La coordination du parcours

Le médecin généraliste, chef d'orchestre du parcours de soins du patient, est positionné dans le système de santé au cœur des mécanismes de coordination. Cependant, s'agissant de la gynécologie, nous l'avons vu, tous les médecins généralistes ne s'investissent pas de la même manière. Nous observons globalement qu'ils ne parviennent pas toujours à coopérer suffisamment avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge gynécologique. Par ailleurs, aucun des médecins généralistes rencontrés n'a revendiqué ce rôle de pivot de la coordination en matière de gynécologie.

Dans l'ensemble, la coordination est jugée insuffisante, donnant l'image de professionnels qui travailleraient en silo. Quand les médecins généralistes orientent leurs patientes vers un gynécologue, ils n'adressent pas systématiquement de courriers qui préciseraient par exemple les antécédents ou les traitements en cours. *« Ce que je trouve dommage, c'est qu'on n'est pas de collaborations avec le médecin généraliste. Je ne collabore pas vraiment avec le médecin généraliste parce que je n'ai pas le temps ; je ne renvoie pas beaucoup vers le médecin généraliste. Je dis tout à la patiente et je lui dis de tout dire au médecin. C'est rarissime que je prenne mon téléphone. Je fais parfois des petits dessins, rarement des courriers parce que... Mais les médecins, ils n'envoient jamais. Je récupère des patientes des fois avec des traitements, et ils ne nous ont même pas dit ! C'est compliqué. Et des fois c'est vraiment lourd. »* (GM).

Globalement, les gynécologues déclarent collaborer davantage avec des spécialistes tels que les chirurgiens, les radiologues, les oncologues, les anatomopathologistes et les biologistes et enfin avec les dermatologues. Les mécanismes de coordination peuvent, d'une part, se mettre en place au moment où les gynécologues adressent les patientes vers les spécialistes (chirurgiens, oncologues) ou, d'autre part, au moment où ces derniers leur demandent de prendre le relai, en attendant d'eux qu'ils assurent le suivi gynécologique et veillent à l'état de santé des patientes (retour de patientes après une hystérectomie, ou suivi de patientes pendant une chimiothérapie). Dans ce type de coopération, et avec ces spécialistes, il semblerait que le partage d'informations circule mieux, permettant une meilleure continuité des soins.

### L'avis de second recours

Enfin, si les gynécologues sont en accès direct dans l'organisation des soins, ils sont généralement sollicités pour un avis de second recours par leurs confrères, en raison de leur expertise de spécialistes. *« Si j'ai un doute, je peux appeler le spécialiste et lui dire : voilà ! J'ai ça, ça et ça, qu'est-ce que tu me conseilles de faire ? Est-ce que tu penses qu'elle doit être vue par un spé. »* (MG). Ainsi, les relations avec les médecins généralistes fonctionnent plutôt dans le sens Généralistes → Gynécologues, et plus rarement dans le sens inverse. On observe également que les gynécologues obstétriciens sont plus sollicités que les gynécologues médicaux. A noter qu'apparaît ici une question qui fait débat au sein de la communauté des gynécologues, celui de l'accès en second recours, en lien avec leur expertise. Nous y reviendrons dans un chapitre suivant.

## **b) Freins et leviers aux coopérations**

### Des coopérations qui dépendent des professionnels et des territoires

Au regard de l'analyse des discours, nous pouvons avancer que les coopérations dépendent avant tout de deux facteurs : les professionnels et les territoires.

L'initiative de toute collaboration dépend en effet des professionnels eux-mêmes, de leur **propension à coopérer**, de leur statut et de leur positionnement dans la chaîne thérapeutique. Les coopérations revêtent un caractère « professionnel-dépendant », ce qui crée des relations et des interactions plus ou moins simples à mettre en œuvre. Des professionnels, les plus jeunes chez les gynécologues, soulèvent encore l'existence d'une hiérarchisation des spécialités qui ne favorisent pas les collaborations. Les mentalités, les sentiments de perte de pouvoir et de patientèle, la question des égos sont très fréquemment avancés parmi toutes les catégories d'acteurs. Dans les stratégies de coopérations, on relève des pratiques de sélection et de hiérarchisation aux aspects concurrentiels, en fonction des spécialisations et des compétences perçues par les professionnels et du retour qu'en font les patientes. Une sage-femme raconte l'expérience suivante : « *Si j'ai besoin d'une écho de contrôle, il y a un cabinet où les femmes se font insulter parce qu'elles se font suivre par une sage-femme. Il y a un cabinet où c'est l'horreur. Ils ont l'impression qu'on est nulle !* » (SF). Les retours des patientes, le ressenti général et le retour du professionnel sont autant d'éléments qui conditionnent les coopérations futures. Ils participent en effet à une « réputation », renforce le regard qu'ont le médecin ou la sage-femme sur le professionnel avec lequel ils estimeront partager plus ou moins une affinité, un sens du soin en commun. La propension à coopérer peut également être amoindrie par une méconnaissance - chez les professionnels en général et au sein du grand public - des rôles respectifs de chacun en matière de prise en charge gynécologique. Ainsi, les sages-femmes analysent que la méconnaissance de leur rôle en gynécologie freine les coopérations.

Cette perception est à mettre en lien avec la confusion des frontières mise en lumière dans le chapitre précédent : la prise en charge gynécologique, plurielle et segmentée entre plusieurs catégories d'acteurs, manque actuellement de lisibilité. Elle rend également la coopération dépendante des **configurations territoriales**. Sous l'effet des départs en retraite non remplacés de gynécologues, de fermetures de maternités, d'évolutions du zonage des sages-femmes, des pratiques de la gynécologie plus ou moins développées des médecins généralistes, on assiste ainsi à des **recompositions locales** des pratiques de coopération, qui se font selon la présence, la pratique et l'accessibilité de telles ou telles catégories de professionnels.

Enfin, de manière générale, les professionnels rencontrés ont décrit que de meilleures **connexions interprofessionnelles sur les territoires** constitueraient pour eux des leviers pour une meilleure coopération. Les professionnels déplorent très souvent méconnaître à la fois les acteurs locaux et leurs compétences. Parmi les exemples cités, la rencontre des acteurs en gynécologie a suscité la satisfaction chez les participants pour les liens créés à l'occasion. Le cloisonnement ville/hôpital est aussi soulevé comme un obstacle important qu'il faudrait pouvoir outrepasser. Une sage-femme déclare : « *L'hôpital n'envoie pas forcément vers les libéraux. Il y a une nécessité à se rencontrer pour mieux déléguer, et connaître ce que chacun fait.* » (SF). Les formations interprofessionnelles (formations continues, DPC) sont aussi considérées comme de véritables leviers favorisant les échanges, la connaissance des compétences et des rôles de chacun. Enfin, l'exercice en association est également cité comme un facilitateur de cette demande d'avis. « *L'association ça amène à... comment dire ? à un confort. Quand*

*on est deux, c'est du partage, tiens j'ai ça qu'est-ce que tu en penses. C'est le côté partage du problème.*  
» (GO).

### Normal vs pathologique, bonne santé : quelles définitions ?

Au cours des entretiens et des focus groups, des gynécologues et des sages-femmes se sont questionnés sur la porosité des frontières entre « normal » et « pathologique », plus précisément sur la difficulté qui existe à poser le diagnostic, à déterminer ce qui relève du pathologique. Cette inquiétude vient fragiliser les relations entre les acteurs et questionner les orientations des patientes par les sages-femmes. L'extrait ci-après rend compte de la réponse d'une sage-femme à une gynécologue médicale, en marge d'un focus group. La gynécologue s'interroge sur la porosité de la frontière entre « normal » et « pathologique ». La sage-femme lui répond : « *Comment on repère une situation pathologique ? Nous, on fait comme vous ! On détecte ou on pense détecter en fonction de ce qu'on sait et de l'examen clinique. Par contre, on vous adresse au moindre doute* » (SF). Cette sage-femme renvoie aux dispositions et aux compétences de chacun. L'article L4151-1 du Code de santé publique précise en effet la possibilité pour les sages-femmes de réaliser des « *consultations de contraception et suivi gynécologique de prévention, d'IVG par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique* ». Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) précise le champ d'application en gynécologie pour ces dernières, en écrivant : « *Depuis la loi HSPT du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie* ». Un élément attire notre attention : « Être en bonne santé » et « ne pas présenter de situations pathologiques » sont deux concepts différents. De quel point de vue se place-t-on ? De celui du patient ou du médecin ? Que veut dire la notion de bonne santé ? Est-ce faire référence à la santé globale, à la santé gynécologique, ou faut-il aussi prendre en compte les maladies chroniques qui peuvent être par ailleurs sous le contrôle d'un spécialiste ? La formulation « *en cas de situations pathologiques* » manque de précisions. Les autorités ne précisent pas ce que sont les situations pathologiques et on comprend bien les interrogations tant des gynécologues que des sages-femmes à cet égard. Ainsi, même si les sages-femmes déclarent toutes respecter les frontières et adresser en cas de situations pathologiques, il est fréquent d'entendre comme ici : « *Sur les petits bobos, on traite. On n'adresse pas pour une mycose. On va les traiter* » (SF). Comme en obstétrique, les extrêmes de la physiologie et de la pathologie sont facilement identifiables. Mais ce sont toutes les situations intermédiaires qui peuvent interpeller les sages-femmes et les gynécologues, complexifiant les coopérations entre les deux.

### Les outils de communication

Les coopérations reposent aussi sur plusieurs types d'outils qui facilitent les modes de communication plus ou moins directes, rapides et/ou sécurisées. Les outils classiques comme le téléphone, le courrier, les mails sont utilisés par les professionnels pour communiquer. Les staffs en clinique ou en maternité, les réunions formelles ou les temps d'échange plus informels en marge des réunions ou en formation sont aussi cités comme moyens de communiquer et poursuivre les coopérations.

L'on constate globalement que les nouveaux outils numériques restent peu perçus spontanément comme levier d'amélioration des coopérations interprofessionnelles. Les divers dispositifs numériques

comme les messageries sécurisées ou autres outils de coordination permettant d'y intégrer les plans personnalisés de soins, sont assez peu évoqués par les professionnels comme des solutions pour améliorer les coopérations. Le dossier médical personnel (DMP) a fait l'objet d'une discussion au moment d'un focus group, mais un seul des professionnels présents semblait utilisateur à ce stade. Notons cependant que la nouvelle version du DMP est très récente dans son déploiement (novembre 2018). Un répertoire numérique des professionnels, précisant de manière détaillée leurs compétences, a été suggéré, pour répondre aux besoins de lisibilité de l'offre.

### c) Résumé des principaux résultats

Le deuxième axe d'étude s'est intéressé aux pratiques de coopération entre les quatre catégories d'acteurs. La segmentation des approches sur la question de la gynécologie induit en effet la nécessité d'un travail d'articulation des pratiques entre les différents acteurs, en vue d'une prise en charge coordonnée des patientes.

Les travaux conduits ont montré que les coopérations relèvent de pratiques plus ou moins normalisées. Plusieurs types de coopération ont été relevés, parmi lesquels la plus répandue est l'orientation et l'adressage. Compte-tenu des limites de leurs compétences, les sages-femmes décrivent beaucoup de démarches d'orientation des situations jugées complexes ou pathologiques. Les motifs d'orientation et d'adressage par les médecins généralistes relèvent là-aussi des limites de leur champ d'action et de compétences. Ils adressent peu vers des gynécologues de ville. De façon générale, lorsqu'ils sont confrontés à un doute ou à une situation pathologique, sages-femmes et médecins généralistes tendent à orienter rapidement vers les structures de soins privées ou hospitalières, qui sont, pour eux, le moyen d'assurer la prise en charge rapide et adaptée des femmes.

Si la coopération implique l'orientation ou l'adressage des patientes, elle doit être transcendée par des mécanismes de communication, d'interactions avec l'idée de transmettre et de partager des informations pour entrer dans une pratique collaborative. De manière générale, les sages-femmes et les gynécologues déclarent collaborer assez peu en direct, en dehors des suivis de grossesse. De même, la communication et le partage d'information entre médecins généralistes et gynécologues semblent encore assez peu généralisés, en dehors de situations de demandes d'avis. Les gynécologues (en premier lieu obstétriciens) sont en effet sollicités pour un avis de second recours par leurs confrères, en raison de leur expertise de spécialistes. Les médecins généralistes et les sages-femmes communiquent en revanche facilement. Les gynécologues déclarent, quant à eux, collaborer davantage avec des spécialistes, tels que les chirurgiens, les radiologues, les oncologues, les anatomopathologistes, les biologistes et enfin avec les dermatologues. Avec ces spécialistes, le partage d'informations circule mieux, permettant une meilleure continuité des soins. La coordination des soins entre les quatre catégories d'acteurs interrogés est jugée globalement insuffisante.

L'étude des pratiques de coopération a permis d'identifier qu'elles sont avant tout dépendantes des personnes (propension à coopérer) et des territoires (configuration et accessibilité de l'offre de soins territoriale). De manière générale, les professionnels rencontrés ont évoqué que de meilleures connexions interprofessionnelles sur les territoires constitueraient pour eux des leviers pour une meilleure coopération, en leur permettant de mieux se connaître. Gynécologues comme sages-femmes ont également questionné la porosité des frontières entre « normal » et « pathologique » et pointé le flou de la définition de « bonne santé » qui établit, dans les textes officiels, la frontière entre leurs champs respectifs de compétences. Une meilleure définition de ces concepts permettrait de clarifier les frontières et améliorer les relations entre acteurs. L'on constate globalement que les nouveaux outils numériques restent peu perçus spontanément comme levier d'amélioration des coopérations interprofessionnelles.

### III. LA GYNECOLOGIE EN PERSPECTIVES : PERCEPTIONS SUR LES MUTATIONS SOCIALES ET L'AVENIR DE L'OFFRE DE SOINS

---

Dans un contexte en mutation, **l'avenir de leur profession et de la prise en charge gynécologique en général interroge fortement les acteurs**. Ce champ de la santé semble aujourd'hui fragilisé par un contexte de transformations socio-sanitaires. Le renouvellement insuffisant des gynécologues, les inégalités d'accès aux soins en santé génésique et reproductive, les évolutions de rôles, les polémiques récurrentes autour de la gynécologie, sont autant d'éléments qui viennent impacter la gynécologie. L'entretien est ainsi apparu aux yeux d'une partie des professionnels rencontrés comme un moyen d'expression de ces questionnements, mais aussi de leur envie de réhabiliter le champ de la gynécologie.

#### a) Regards sur les transformations socio-sanitaires

La diminution des gynécologues : quel sens faut-il y voir ?

En 1984, la spécialité de gynécologie médicale a été supprimée avant d'être rétablie en 2003. **Tous les acteurs interrogés soulèvent la diminution du nombre de gynécologues médicaux et ses conséquences négatives** sur la prise en charge de la santé des femmes d'une part, sur les conditions de travail des professionnels d'autre part. En effet, tous soulèvent la difficulté démographique à laquelle ils sont confrontés, après presque 19 ans d'absence de formation en gynécologie médicale. Si, depuis 2003, la spécialité est de nouveau enseignée, le nombre de sortants n'est pas suffisant pour renouveler la profession et faire face aux nombreux départs à la retraite. Les professionnels mettent ces constats en regard avec l'évolution démographique de la patientèle : l'augmentation générale de la population féminine, l'allongement de l'espérance de vie, le vieillissement augmentent les besoins de suivi et de surveillance. Les professionnels font part des consultations croissantes autour de la ménopause et des difficultés de couverture du dépistage du cancer du col pour chez les femmes de plus de 50 ans. Plus ponctuellement, ils pointent à l'inverse le contexte général de baisse du nombre de naissances.

Conséquence de cette démographie médicale, les difficultés d'accès qui en résultent (allongement des délais d'attente, éloignement, absence de référent en matière gynécologique...) débouchent, pour les professionnels, sur le ressenti d'une **dégradation du suivi de la santé de la femme** : « *Je trouve qu'on a de plus en plus de femmes sans suivi ou qui arrivent et n'ont vu personne depuis dix ans.* » (GM). Une sage-femme témoigne : « *Ils se rendent compte souvent effectivement qu'elles ne sont pas ou mal suivies, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas été vues depuis plusieurs années, n'ont pas quelqu'un de référent qui les suit habituellement, alors soit parce que il peut y avoir des délais d'attente effectivement, il y a une certaine précarité, une difficulté à se mobiliser, parfois des moyens de locomotion qui ne sont pas là ou pas pratiques pour qu'elles puissent se déplacer... voilà, et puis la vie a fait que, petit-à-petit, elles se sont un peu oubliées et... euh... n'ont pas forcément fait les suivis.* » (SF).

Ce **constat est nuancé à court terme pour les grands pôles urbains** considérés comme relativement encore bien dotés en gynécologues : en ville, « *les femmes sont plutôt gâtées* » (MG) affirme un médecin généraliste. Les professionnels **s'inquiètent toutefois globalement de voir cette tendance**

**s'aggraver** dans les années qui viennent : « *Moi j'ai pas l'impression pour l'instant d'une modification de l'accès aux soins, mais peut-être qu'avec le temps, ça va le devenir, puisqu'on est quand même de moins en moins nombreux (...)* Je pense que ça reste encore acceptable, mais on le ressent, au niveau des délais, des délais de rendez-vous. » (GM). Certains pointent alors le **creusement des inégalités en matière de suivi**, et le lie directement à la problématique de démographie médicale. Un médecin déclare ainsi : « *S'il n'y a pas l'offre, les patientes, elles ne font pas forcément la démarche. En plus, pour avoir un gynécologue, il faut en faire dix pour en trouver un qui prend de nouveaux patients parce qu'ils sont tous débordés. C'est quand même compliqué... Donc au bout d'un moment, si elles se sentent en bonne santé, elles ne vont pas faire le dépistage.* » (MG). Ce même professionnel ajoutera plus tard au cours de l'entretien : « *Les femmes qui viennent se faire suivre sont des femmes qui s'occupent déjà un peu d'elles.* » (MG).

Parallèlement à ce contexte, les sages-femmes voient leurs compétences s'élargir, venant renforcer l'autonomie de ce groupe professionnel autant que son identité. Pour la sociologue N. Sage-Pranchère, « *l'identité professionnelle de la sage-femme se constitue en lien direct et sous contrôle étroit de l'autorité publique* », qui fixe les lignes d'orientation du métier (Sage-Pranchère, 2014). **Pour la majorité des professionnels rencontrés, si, en 2009, l'Etat a attribué des compétences en gynécologie aux sages-femmes, c'est en partie pour faire face à la diminution du nombre de gynécologues.** Les sages-femmes, mais aussi les médecins généralistes, appréhendent dès lors leur place comme un moyen de pallier le déficit d'offre de soins gynécologiques de certains territoires plus dépourvus plus que d'autres en la matière. Un professionnel évoque ainsi son rôle de réduction des inégalités d'accès aux soins : « *Je vais récupérer des personnes d'entre les mailles du filet.* » (MG). Chez les sages-femmes, ce sentiment est renforcé par le fait qu'elles sont davantage présentes en zone rurale que les gynécologues.

Pour autant, les professionnels s'interrogent sur ce qui leur apparaît plus comme du raccomodage, que comme une nouvelle organisation de la prise en charge stabilisée. Les acteurs reconnaissent globalement que les sages-femmes peuvent être interlocuteurs-relais de prévention en première ligne et qu'elles peuvent, de ce fait, participer à désemboliser une partie du système de santé sur les questions physiologiques<sup>10</sup>. Mais ils soulignent tout autant, et de manière assez consensuelle entre les quatre catégories d'acteurs, que le métier de sages-femmes, malgré l'élargissement des compétences, n'est pas en mesure de proposer un suivi équivalent aux gynécologues médicaux ou obstétriciens. Dès lors, **les différents professionnels s'interrogent : qu'advient-il de la prise en charge des pathologies et des cas complexes sur le plan médical ?** Il convient aussi de ne pas évincer de cette réflexion qu'une partie des sages-femmes ne souhaitent pas s'engager en gynécologie ou limitent leur activité dans le domaine pour ne pas s'éloigner du cœur de leur métier qui est l'obstétrique et le suivi de grossesse. Sur la question du relai de la prise en charge par les médecins généralistes, les doutes subsistent aussi. Tous ne désirent pas faire de la gynécologie, et lorsqu'ils en font, ils ne s'engagent pas tous de la même manière. Devant l'encombrement de leurs salles d'attentes, pourront-ils assurer la gynécologie ?

Au cours des rencontres avec les professionnels, nous avons très rapidement constaté la **tonalité pessimiste** avec laquelle les libéraux s'expriment. Quelques professionnels font l'analyse d'un

---

<sup>10</sup> Notons toutefois que la démographie du métier de sage-femme commence à poser problème sur le plan de l'accès au marché du travail. Le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes prend conscience des difficultés pour les sages-femmes à trouver du travail en hospitalier et alerte sur la saturation progressive du libéral.

processus de transformation en cours : « *On est en train de vivre une transformation complète de l'offre de soins en gynécologie. On est dans le cours du processus, le processus n'est pas abouti.* » (GO). Mais la majorité semble plutôt l'analyser comme une volonté politique dont ils cherchent à **comprendre le sens** : « *Je ne comprends pas la logique. On sent bien depuis quelques années qu'ils veulent diminuer le nombre de médecins, et ils l'ont fait d'ailleurs. Puisque quand j'ai commencé à m'installer, ils ont commencé à supprimer les CES à ce moment-là. Mais je ne comprends pas la politique.* » (GM). Une autre gynécologue dira : « *Je ne sais pas s'il n'y a pas derrière tout ça une philosophie plus profonde qui manipule la société. On va avoir une gynécologie au rabais* » (GO). Ici, on voit que la question sous-jacente demeure la qualité de l'offre de soins gynécologique et ainsi, la santé de la femme. La sociologie a déjà mis en évidence le traitement social sexué de la santé. Une autre gynécologue obstétricienne va d'ailleurs affirmer que les difficultés auxquelles la prise en charge de la santé de la femme se heurtent seraient **l'expression d'une discrimination de genre**. Elle dit : « *Les femmes, tout le monde s'en fout ! Par exemple, la cotation d'une colposcopie, c'est 35 euros, alors qu'il s'agit d'un examen qui prend du temps, c'est pour savoir si c'est un cancer. C'est scandaleux ! Enlever un utérus, c'est 300 euros et enlever une prostate, c'est 900 euros. Il y a un souci du rapport de la médecine vis-à-vis des femmes, c'est évident. Il faut revaloriser la médecine de la femmes* » (GO). Un médecin généraliste partage ce ressenti et dit « *je pense que c'est quand même révélateur de la reconnaissance des femmes. Je dis aussi que l'IVG peut rapidement être remis en question aussi.* » (MG). Les sages-femmes expriment quant à elles le ressenti que l'Etat a vu en elles une façon de réaliser des économies<sup>11</sup> et se voient comme une variable d'ajustement économique.

Ces discours révèlent des **inquiétudes**. La problématique d'une reconnaissance (économique et sociale) de la pratique gynécologique et surtout de son champ d'application (le féminin) a été souvent abordé au cours des entretiens individuels. **Les transformations socio-sanitaires en gynécologie interrogent et suscitent le débat : quel sens faut-il y voir ?**

### La nouvelle figure du patient

Les professionnels partagent tous le constat selon lequel la figure du patient a évolué au fil des dernières décennies. En entretien ou en focus group, les professionnels ont presque **tous systématiquement souligné la démocratisation des savoirs sanitaires**. Aujourd'hui, les patientes ont accès à l'information, développent leurs connaissances grâce aux supports médiatiques comme la télévision, internet, les réseaux sociaux, la presse de vulgarisation. Ces dernières années, les questions autour de la gynécologie ont souvent occupé une place dans les médias. Les patientes cherchent la réponse à leurs questions, cherchent à s'informer sur les affections qu'elles rencontrent, cherchent à s'informer des pratiques en vigueur. Elles accèdent donc à une partie du savoir et de la connaissance médicale. En gynécologie, le professionnel doit alors intégrer à sa pratique les savoirs acquis des patientes et la dimension relationnelle qu'elle implique. La littérature et la sociologie plus précisément ont soulevé l'évolution de la relation médecin-malade (Castel P., 2005 ; Amar L. et Minvielle E., 2000). Elle se fait au profit d'une plus grande autonomie et responsabilité du patient, le rendant acteur de sa prise en charge et l'impliquant davantage dans la décision médicale, les choix thérapeutiques et les prescriptions. Cet « *empowerment* », ou la reprise en main par les patients de leur santé, questionne

---

<sup>11</sup> La consultation chez une sage-femme s'élève à 23 euros, quand chez le gynécologue, elle est de 28 euros pour les professionnels du secteur 1. Notons également que les gynécologues médicaux sont plus nombreux en secteur 2 que la moyenne de médecins, alors que les sages-femmes sont presque toutes en secteur 1.

les pratiques professionnelles. Ce type de comportements chez les patientes fait appel à la **notion de négociation**, qui permet d'envisager la rencontre médecin-malade comme ouverte, le discours de chacun pouvant influencer le déroulement de la consultation et les choix alternatifs qui en découlent. La patiente possède ainsi une plus grande marge de manœuvre et profite de chaque opportunité qui lui est offerte pour négocier dans le cabinet médical. Pour les plus anciens, ces évolutions marquent **un véritable changement de mentalités et un bouleversement des pratiques** et de la façon dont ils ont été socialisés au cours de leurs formations. Plusieurs ont évoqué avec le temps avoir laissé une plus grande place à l'explication et à l'écoute, se considérant à présent comme **des conseillers plus que comme des décideurs**. Pour les plus jeunes professionnels de notre échantillon, ce changement de paradigme est perçu comme un signe positif de réappropriation de la trajectoire de soins par les patientes. La négociation est aussi considérée comme un **stimulant**, obligeant les professionnels à ne pas profiter d'une autorité mais plutôt à informer, dialoguer avec leurs patientes. Les professionnels estiment alors avoir un « *rôle d'informateur (...) à l'avis supérieur à Internet* » (GM) comme l'explique une gynécologue médicale.

Cependant, les professionnels en gynécologie mettent en avant les **difficultés qu'ils ont parfois à composer avec une partie de leur patientèle**, vue comme une « *nouvelle génération de femmes qui savent tout, mais ne veulent rien, et qui vous disent ce qu'il leur faut.* » (MG). Ce constat est aussi partagé par une gynécologue médicale qui dit : « *Avec certaines personnes, il faut toujours se justifier et en particulier avec les MGEN, et les ayatollahs du bio. Eux, ils arrivent et ils savent tout.* » (GM). Les patientes ont désormais des attentes, des exigences et des appréhensions. Ce type de comportements ne semble pas concerner toutes les catégories sociales - certaines, comme évoqué ici, le sont plus que d'autres. Ce type de patientèle détermine donc une nouvelle façon d'exercer la gynécologie, qui est plus ou moins acceptée par les professionnels. Si les professionnels en font le constat, c'est au contact d'une patientèle devenue experte que l'exercice semble de plus en plus se confronter : l'exercice est bousculé, sommé de changer. Les professionnels font aussi part des **fausses vérités scientifiques véhiculées**. Les savoirs acquis par les sites Internet - qui ne sont pas tous spécialisés - participent à la construction de « fausses croyances ». Les professionnels affirment alors que « *ces consultations prennent du temps* » (GM), soulevant ainsi l'**aspect chronophage** produit et la charge de travail que cela implique. Mais elles sont néanmoins considérées comme nécessaires pour que le patient soit correctement informé. Nous revenons sur cet aspect, dans le point suivant. A contrario, les professionnels font aussi part de la **vacuité des connaissances persistante, en termes de comportements et de rapport au corps**, chez certaines franges sociales, témoignant de la persistance d'inégalités.

**Les praticiens se sentent de plus en plus exposés aux risques** et la gynécologie médicale se retrouve particulièrement fragilisée. Il y a le constat d'un paradoxe, celui de l'attente et de l'espoir dans le « pouvoir médical », et parallèlement l'impossibilité pour les individus d'accepter l'erreur. Les professionnels font part des exigences récurrentes des patientes. L'opposition à la demande, même lorsqu'elle est argumentée sur le plan médical, ne semble plus acceptable par une partie de la patientèle. Il naît une ambivalence qui se développe à l'égard des professionnels de santé, et en obstétrique en particulier. Les professionnels évoquent une **pression médico-légale** en même temps qu'une « désacralisation » du statut du médecin : « *Les femmes arrivent et disent « je veux » et quand on leur dit que ce n'est pas possible à cause des antécédents ou autre, j'en ai une qui est partie en me disant je vais me plaindre à l'Ordre !* » (GM). Une gynécologue obstétricienne dit : « *On n'a plus le droit à l'erreur* » (GO). Les gynécologues ont d'ailleurs interrogé l'avenir des sages-femmes dans ce contexte.

Les gynécologues doutant, comme on l'a vu, des savoirs des sages-femmes, ils s'attendent, dans un contexte social et médiatique délétère où le scandale vient déstabiliser les professionnels, à ce qu'elles soient potentiellement visées à leur tour par les attaques : « *Si elles ne maîtrisent pas, on ne pardonne plus rien.* » (GM) nous dit une gynécologue médicale. Les gynécologues obstétriciens ont aussi soulevé les conditions d'exercices difficiles en structure dans leur métier, où la gestion du risque, le poids des assurances et du juridique expliquent aussi un déficit actuel de recrutement, et le passage en exercice de ville en libéral.

#### Les professionnels face aux polémiques : stratégies, contournement et effets

En matière gynécologique, les médias relaient de plus en plus d'affaires médicales privées sur la scène publique et mettent régulièrement en avant des problématiques sanitaires. L'information est propagée par une multitude de supports de diffusion (chaîne de TV en continue, presse écrite, émission spécialisée TV, radio, réseaux sociaux, supports numériques, etc.) et influence notablement les patientes. **Les professionnels rencontrés ont fait part des inquiétudes des patientes en matière de contraception** (pilule troisième génération avec les risques d'effets cardio-vasculaires), **de traitements** (le traitement substitutif hormonal, Androcur et les risques oncogènes), **et de vaccination** (effet secondaire du vaccin HPV).

Les médecins doivent dorénavant **composer avec la médiatisation** d'affaires sensibles afin d'orienter les patientes dans leur choix. Ils voient leur rôle d'enseignement de l'information médicale, dépassé et concurrencé. Ils se trouvent désormais dans l'obligation de déconstruire ces nouveaux savoirs acquis et/ou de désamorcer les inquiétudes des patientes en adoptant un « *rôle de réassurance* » (MG), comme l'explique un médecin généraliste. Les polémiques ont différentes cibles et différents objets, et si certains sont partagés par les professionnels, d'autres créent des désaccords parmi eux.

Le **cas de la vaccination HPV** a été évoqué en entretiens et lors d'un focus group. S'il s'agit d'une pratique moins fréquente chez les gynécologues, les médecins généralistes y sont davantage confrontés du fait de leur rôle de « vaccinateurs ». Ce moyen de prévention contre le cancer du col de l'utérus ne fait pas consensus. Très médiatisé, ce vaccin montre à la fois les difficultés de positionnement des professionnels de santé et celles du grand public (*cf.*

Encadré 2).

#### *Encadré 2 - Les professionnels face à la vaccination anti-HPV*

Parmi les professionnels, le vaccin est globalement vu comme un instrument simple et efficace au cœur du rôle de prévention des médecins, surtout à l'égard des enfants. En ce domaine, la plupart des praticiens suivent les recommandations de la Haute autorité de santé et du Haut conseil de la santé publique parce qu'ils leur font confiance. L'adhésion aux vaccins relève ainsi plus largement de l'adhésion à l'État et à ses structures de santé publique. Il n'en est pas de même au sein de la patientèle. Différents travaux ont déjà mis en évidence une méfiance et une réticence des français à l'égard des vaccins en général et l'histoire de la santé publique à travers différents scandales (H1N1, Hépatite B) vient alimenter les craintes.

C'est dans ce contexte déjà ambivalent qu'est apparue, depuis quelques années, une controverse remettant en question la pertinence de la vaccination contre le HPV. Si les résultats d'une étude<sup>12</sup> réalisée conjointement par l'ANSM et l'Assurance Maladie « *montrent que la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) par Gardasil ou Cervarix n'entraîne pas d'augmentation du risque global de survenue de maladies auto-immunes* » (ANSM/CNAMTS, 2015), les cas de scléroses en plaque ou autres maladies auto-immunes rapportés à la suite des vaccinations contre le HPV viennent « troubler » le public comme les professionnels, suite aux prises de position d'organisations professionnelles ou de confrères. En France, depuis plusieurs années, par exemple le Pr Béraud et le Dr de Chazournes ont multiplié les alertes et les appels à un moratoire. Le Dr Winckle tout comme l'équipe de K. Wailoo (2010) rappellent la nécessité de mener une réflexion éthique avant de recourir au vaccin. Ces figures ont souvent été cités par les professionnels rencontrés plus précisément les gynécologues obstétriciens et les médecins généralistes. S'ils n'adhèrent pas totalement aux discours généraux de ces médecins, ils sont interpellés néanmoins sur certains aspects de ce vaccin. Il faut, selon eux, s'assurer que cette méthode est non seulement plus efficace que les méthodes antérieures et qu'elle ne fasse pas courir plus de dangers. Deux éléments entrent en collision : les désaccords au sein de la communauté scientifique et médicale d'une part, et l'opinion publique et médiatique d'autre part. Rappelons ici que, pour D. Torny (2010), les professionnels n'ont pas la formation médico-scientifique, ni le temps nécessaire, pour juger du bien-fondé de chacune des recommandations vaccinales. Or, ils se retrouvent en première ligne face aux inquiétudes exprimées par la patientèle. Le cas de la vaccination anti-HPV montre ainsi toute la difficulté de positionnement des médecins face aux controverses sanitaires.

Les **polémiques autour des pilules et de troisième et quatrième génération** ont également été largement évoquées par les professionnels rencontrés. Elles ont participé, selon eux, à une remise en question de la contraception chez les femmes. Beaucoup d'entre elles se sont inquiétées des situations médiatisées à propos de patientes ayant eu des AVC, des embolies pulmonaires, etc. Des patientes ont exigé d'autres moyens de contraception, parfois jugés inadaptés à leurs antécédents médicaux et familiaux. Les professionnels sont **très critiques sur les mécanismes de désinformation médiatique** : « *On mésinforme le patient (..) et ça va faire la une sur deux ou trois jours !* » (GM). Un autre professionnel dit : « *Mais c'est quand même monté en épingle ! On n'a jamais caché aux gens que la pilule a des effets secondaires ! On le sait. On sait qu'il y a des risques et des avantages aussi ! Mais en revanche, personne n'en parle jamais.* » (GM). Pour eux, la médiatisation des risques liés aux pilules ne constitue pas une information en soi, mais plutôt un moyen de créer le « buzz ». A partir de quelques affaires privées dramatiques, les professionnels voient un jeu de construction du scandale produisant un effet de persuasion auprès du grand public. Ce jeu semble aussi avoir des conséquences sur certains professionnels, qui finissent par **ajuster leurs pratiques en fonction des polémiques**. En effet, moins à l'aise avec la contraception, aussi parce que leurs compétences dans le domaine ne sont pas équivalentes, les sages-femmes semblent davantage appréhender la prescription des pilules de troisième et quatrième génération. Les propos d'une sage-femme rendent compte de cela : « *Je crois qu'on est encore plus méfiant quand on est une sage-femme et qu'on ne va pas prendre de risques, on*

---

<sup>12</sup> <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vaccination-contre-les-infections-a-HPV-et-risque-de-maladies-auto-immunes-une-etude-Cnamts-ANSM-rassurante-Point-d-information>

*ne va pas prescrire quoi que ce soit, et les pilules de troisième génération, on va zapper un peu quoi... »* (SF). Cet exemple montre comment cette professionnelle contourne ces générations de pilules, déterminant partiellement le choix des patientes. Des stratégies d'évitement de la part des médecins généralistes ont fait l'objet de discussion. Face aux hésitations des patientes, des médecins généralistes qui ont aussi des doutes évitent de prescrire certaines pilules - d'autant plus que, pour eux, *« il faut que les patientes adhèrent au traitement. C'est un contrat »* (MG). Un médecin généraliste explique ses pratiques de prescription dans le cas des traitements hormonaux de la ménopause : *« Je ne prescris pas les traitements hormonaux. On a un clan qui dit qu'il faut en faire et l'autre qui dit faut pas. Le patient, il est entre les deux, il se dit : je fais quoi ? Je lui donne mon avis à moi, et je lui dis je pense qu'il ne faut pas en faire parce que je n'ai pas confiance, et que je ne sais pas. Maintenant, si vous n'arrivez pas à gérer tous les symptômes et qu'on n'a rien à vous proposer, voyez avec quelqu'un d'autre, mais moi, comme je n'ai pas confiance, je ne vous le prescrirai pas. Le patient, vous ne le perdrez pas parce que vous avez été honnête »* (MG). Cet exemple est intéressant car cela insiste encore sur le fait qu'en situation de controverse, la décision médicale se retrouve en partie, voire totalement déterminée par l'expérience personnelle, les valeurs professionnelles et les contraintes perçues.

Les professionnels remarquent une **tendance à la naturalisation des pratiques de soins, à la démedicalisation**. Cela a très souvent été abordé. La crise de confiance croissante vis-à-vis des institutions en général semblent aussi toucher les autorités sanitaires en particulier, remettant en cause les compétences des médecins. La transformation de l'information en scandale et l'émergence des réseaux numériques facilite la propagation rapide dans l'espace public d'informations susceptibles de produire de la défiance, des formes de résistances aux recommandations, voire de distancier les femmes du système de soins. Les professionnels craignent que cela ne finisse par **produire des comportements à risques**, comme le dit cette gynécologue médicale : *« Je vois de plus en plus de filles qui ne veulent pas de pilule, pas d'hormones, et qui ne veulent pas non plus de stérilet parce qu'elles ont peur. Alors on fait comment ? »* (GM). Devant faire face à ces appréhensions, les professionnels développent au-fur-et-à-mesure des stratégies d'informations et redoublent d'attention<sup>13</sup>. Cette gynécologue médicale déclare : *« Il faut beaucoup plus discuter avec les patientes, les informer en amont pour ne pas qu'après, on ait des appels tous les deux ou trois mois, à chaque fois qu'une émission radio va dire le scandale de ceci, le scandale de cela »* (GM). L'information devient une norme de précaution à mettre en œuvre au même titre que la démarche médicale. Ces principes usuels valent afin de se prémunir de l'effet « retour », qui peut aller jusqu'au médico-juridique.

Les gynécologues sont aussi visés depuis quelques années par les **accusations de violences gynécologiques**. En juillet 2017, la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes commande un rapport au Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) sur la question des violences gynécologiques et obstétricales pour notamment *« mesurer et objectiver le phénomène »* (lettre de saisine de Mme Schiappa au HCE, juillet 2017). Beaucoup d'émissions radios et d'articles dans la presse écrite ont évoqué les maltraitements gynécologiques, en relatant les expériences et propos des patientes. Sur les réseaux sociaux, la parole des femmes s'est aussi libérée<sup>14</sup> et beaucoup ont créé des groupes, et des discussions sur cette thématique. Des médecins généralistes ont pu faire allusion aux difficultés des confrères de sexe masculin à exercer la gynécologie, par crainte

---

<sup>13</sup> La question de l'information, de la prévention et du temps dédié à cela qui n'est pas rémunéré intervient également au second plan.

<sup>14</sup> Plus tard, le mouvement « me too » s'inscrit dans cette même lignée.

d'accusations à cause des situations d'examen. Cette question a impacté les professionnels, et beaucoup déclarent avoir été surpris des accusations. D'autres affirment n'avoir jamais assisté, ni entendu ce qu'une partie des patientes ont pu mettre en avant. Les gynécologues vivent mal ces scandales, et comme la plupart d'entre ont pu le dire : « *On ne fait pas ce métier pour faire du mal aux gens* » (GM). Si nous n'avons pas rencontré de patientes qui auraient pu rendre compte de ce phénomène, nous avons en revanche recueillis les propos des praticiens. Tous s'interrogent sur ces violences, sur leur définition et le périmètre des dégâts. Les gynécologues ont soulevé les limites humaines à la pratique pour expliquer les comportements dont sont accusés leurs homologues. Un gynécologue obstétricien explique : « *Il y a des excès, c'est sûr. L'erreur fait partie de l'exercice en médecine. Quand tu vois quatre-vingt-dix patientes par semaine, toutes les semaines de ta vie, c'est impossible d'être parfait. Poser un stérilet qui fait mal, est-ce que c'est de la violence faites aux femmes ? Ça fait mal, la pose d'un stérilet... Jusqu'où on va pour dire que c'est de la violence ? Il n'y a pas de vrais salopards, je ne crois pas, il y a des maladresses.* » (GM). Sans jamais remettre en question la parole des patientes, **les professionnels questionnent la notion polysémique de la violence qui en fait une notion complexe, tant dans sa conception que dans son expérience.** Les professionnels mobilisent en effet les parcours de vie, les histoires personnelles, la culture et le social pour mettre en avant la subjectivité à l'œuvre dans la notion et l'expérience de la violence ou de la maltraitance en gynécologie. Ce type d'argumentation vient renforcer l'idée que les professionnels ne sont pas dans une approche intentionnelle et se retrouvent malgré eux à produire ce qui peut être ressenti comme de la violence. Cette question semble principalement toucher les gynécologues, et les discours ont semblé plus particulièrement cibler l'obstétrique. Le rapport du HCE met en avant la situation de vulnérabilité des femmes en consultation gynécologique du fait de la non prise en compte du caractère intime. Les gynécologues l'ont également soulevé lors des entretiens et il semble que cette prise de conscience soit particulièrement marquée chez les gynécologues les plus jeunes qui souhaitent se démarquer de leurs « anciens » confrères. Ils décrivent une démarche explicative plus prononcée que leurs homologues, en recueillant le consentement des patientes avant chaque acte ou examen. Au même titre que les médecins généralistes et les sages-femmes ont pu le faire, ils ont en effet qualifié de « paternalistes » les consultations gynécologiques d'une part, et le modèle de la médecine de manière plus large. Ils soulèvent aussi fréquemment l'iatrogénie des pratiques et des techniques, qui viennent se sur-ajouter à une première situation de vulnérabilité, dans laquelle se retrouvent les femmes au moment où le corps féminin est dénudé et exposé. « *C'est vrai qu'on a un examen qui est par essence intrusif* » (GM), nous dit une gynécologue médicale. On ne peut pas évoquer les violences gynécologiques et obstétricales sans faire le lien avec le développement des techniques. Plusieurs courants de pensées ont dénoncé les effets pervers des techniques : morcellement du corps, évacuation du sujet, remplacement du corps par l'instrument. Ainsi, malgré l'intérêt reconnu des techniques, les praticiens soulèvent le caractère déterministe et anxiogène des techniques, qui renforce des situations de vulnérabilité. Les sages-femmes qui ont une approche physiologique soulèvent l'aspect ultra-médicalisé des médecins, plus précisément des gynécologues. Sur l'approche obstétricale, les sages-femmes déclarent, de façon plus ou moins tacite, que, selon elles, les gynécologues paient le lourd tribut d'une vision patho-centrée de la prise en charge des accouchements et de la santé de la femme, qui appauvrit la relation thérapeutique. Le recours aux instruments lors des examens, les positions gynécologiques, les tables d'examen et tous les accessoires utilisés lors des accouchements sont des éléments qui sortent de l'ordinaire des femmes et peuvent être plus ou moins bien vécus. L'accès aux techniques est pourtant un moyen d'apporter une preuve scientifique complémentaire à l'examen clinique et ainsi d'assurer la prise en charge des

patientes. Ils sont aussi des moyens de mieux se protéger du risque médico-légal. La réification du corps et la neutralité affective pour les besoins de la tâche médicale peuvent participer à une déshumanisation de la relation thérapeutique, et cela avec d'autant plus de force qu'il s'agit de l'intimité (le sexe féminin). Il apparaît un contexte général de prise en charge trop distanciée, technicisée, qui peut produire une forme de violence symbolique. Enfin, tous les professionnels soulèvent la légitimité des plaintes des patientes, mais déplorent le relai médiatique et la « récupération » qui en est faite.

Au-delà du non renouvellement de cette profession, l'on observe que les polémiques et les attaques régulières vulnérabilisent les praticiens qui développent une vision pessimiste de l'avenir. « *Comment voulez-vous que les femmes viennent si on décrédibilise les gynécologues ? Il ne faut pas oublier qu'il y a une ministre de la santé qui nous a traités d'empoisonneurs ! Il ne faut pas oublier que tout ce qui est lié à la gynéco est pointé du doigt ! La pilule, Essure les prothèses mammaires, les tampons, Gardasil, les césarienne abusives, les épisiotomies, les violences etc... J'en ai assez. On ne va pas rétablir la gynécologue médicale. Tout ça a été fait sciemment.* » (GM), dira une gynécologue médicale. Cet extrait est tout à fait illustratif du contexte social ambiant. Les professionnels ont souvent exprimé des accusations lourdes et pesantes.

## **b) Attentes, besoins et propositions pour l'avenir**

Dans ce contexte lourd, les professionnels soulèvent les enjeux à venir, faisant part de leurs attentes. Pour beaucoup, la situation semble devenue intenable, tant du point de vue professionnel que des conséquences pour la santé de la femme, rendant **impossible d'envisager un statut quo**. Une gynécologue médicale dira ainsi : « *On ne peut pas continuer comme ça. (...) Ce n'est pas possible.* » (GM). La plupart des professionnels semblent également **peu enclins à concevoir la possibilité d'un retour en arrière** : « *La prise en charge de la santé de la femme ne peut plus être le monopole des gynécologues. (...) Il faut réfléchir à d'autres façons de faire.* » (GO). Les professionnels cherchent alors à être les premiers investigateurs du renouveau de la prise en charge gynécologique à venir et sont pour cela force de proposition.

### La redéfinition des frontières et du parcours de soins : du normal au pathologique

Nous l'avons vu, le manque de gynécologues médicaux produit l'effet d'une « tâche d'huile » faisant bouger les frontières professionnelles. L'**augmentation du nombre de gynécologues** (particulièrement les gynécologues médicaux) est dès lors une solution évoquée : « *Je pense que le nombre de gynécos va augmenter.* » (GM). Un médecin généraliste dit aussi : « *Il ne suffit pas de travail en réseau. Il faut des acteurs supplémentaires* » (MG). La **nécessité d'une réorganisation des soins en gynécologie** est fréquemment avancée dans les discours : « *Les besoins sont toujours là. Alors il va falloir se réorganiser autrement (...).* » (GO) ou « *Il faut une vision organisée du schéma de soins en gynéco* » (GM). Ces propos soulèvent la nécessité d'un changement et d'un besoin d'une nouvelle organisation en gynécologie.

Ainsi, la **redéfinition des champs et des compétences, inscrite dans une vision globale de la prise en charge gynécologique, est attendue.**

La prospective d'un **schéma d'organisation** a été débattue au sein des focus groups mais aussi en entretien. Un médecin généraliste déclare : « *Il faut une prise en charge organisée. Où chacun puisse faire ce qu'il sait faire. On n'a plus le choix de toutes façons, c'est comme ça. Les sages-femmes, elles sont là. On doit faire avec et il faut que chacun puisse prendre les patientes en respectant une organisation. Point. C'est tout. Et on passe à autre chose. Fin de l'affaire* » (MG). Les **professionnels anticipent un modèle segmenté de prise en charge**. Les lignes professionnelles mouvantes, l'embolisation de la prise en charge, les inégalités territoriales en termes d'effectifs, le risque d'une discontinuité dans la trajectoire de soins des patientes doivent conduire à une division du travail concertée. Une gynécologue médicale déclare : « *Ça ne me choque pas du tout que les sages-femmes fassent de la gynéco. Elles sont formées. Quand je suis arrivée ici, je suis allée voir les médecins généralistes pour me présenter. Ils m'ont tous dits 'on ne fait pas de gynéco'. C'est pour vous. On n'a pas le temps et pas ce qu'il faut. Donc de ce fait et partant du constat aussi que les sages-femmes font des choses que je ne fais pas, on a des compétences propres chacun, même si on a des compétences parfois qui se chevauchent, mais je pense que le travail en parallèle bien ficelé est possible quoi.* » (GM). Certains professionnels ont pu mettre en avant cette conception de la prise en charge. Un gynécologue obstétricien dit : « *Suivre les femmes sur trente ans, ça, ça va disparaître. La femme aura un suivi avec une sage-femme ou un généraliste et puis quand il y aura un problème un peu plus lourd, on fera appel à un gynécologue, soit pour un problème précis par exemple, la fertilité, la cancérologie, ou une chirurgie. Le gynécologue ne sera plus le seul pilier parce qu'il n'y en aura pas assez. Et en plus en toute sincérité, je pense que ça n'est pas indispensable. Ça n'apporte rien de plus que ce soit un gynécologue ou un médecin généraliste.* » (GO). Dans cette conception, **le suivi gynécologique classique ordinaire et physiologique serait réparti entre le médecin généraliste et la sage-femme**. Ils peuvent se partager Le premier, par sa place de chef d'orchestre et sa proximité avec la patientèle, doit pouvoir occuper une place dans la coordination du parcours de soins en gynécologie comme il le fait déjà par ailleurs pour les autres spécialités. Il peut se partager les situations de suivis physiologiques avec les sages-femmes, et tous deux adressent en cas de complexité, de situations pathologiques aux gynécologues médicaux et les grossesses aux gynécologues obstétriciens. Les **gynécologues deviendraient alors des acteurs de second recours**, ce qui viendrait redimensionner leurs rôles.

Il revient alors aux acteurs concernés et aux pouvoirs publics de **discuter et préciser la délimitation des activités de chacun** et pour cela, ils doivent réciproquement être informés de leurs champs de compétences. Les gynécologues et les sages-femmes abordent souvent les difficultés qu'il y a à repérer le « *banal quotidien et répétitif* » du cas problématique, dont la gestion nécessite une compétence et une expertise. Sur cette question, les sages-femmes espèrent que la HAS puisse reproduire le même travail pluridisciplinaire réalisé sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes. Elles attendent la publication de **nouvelles recommandations consensuelles** autour du suivi gynécologique. Une sage-femme propose : « *Il faut que tous nous discussions. Tous. Et de façon collégiale. Par exemple produire un texte qui définira les limites* » (SF). Cette synthèse permettrait aux sages-femmes de savoir précisément quelles situations relèvent de leurs compétences, quelles autres justifient l'avis d'un spécialiste et quelles femmes ne peuvent être suivies que par un médecin. De manière générale, il ressort des entretiens et focus groups menés le souhait qu'une **réelle réflexion soit engagée pour répondre aux exigences de ce que doit être l'offre de soins en gynécologie et le parcours de soins des patientes de demain.**

### La revalorisation de la gynécologie médicale

La gynécologie médicale se trouve actuellement enserrée entre les trois autres catégories d'acteurs, ce qui contribue à sa vulnérabilité. Les gynécologues médicaux le disent : « *On a du mal à exister nous la gynécologie médicale, entre les généralistes, les sages-femmes et la gynécologie obstétrique* » (GM). Lors des focus groups, les professionnels semblent tous partager les difficultés de positionnement de la gynécologie médicale. Certains professionnels évoquent la nécessité pour la gynécologie médicale de se repositionner, à travers la (ré)-organisation du schéma de l'offre de soins gynécologique évoquée précédemment.

A ce propos, un focus group a évoqué la **nouvelle place envisagée pour la gynécologie médicale** : « *Il faut que les gynéco med trouvent leur place, en disant, on fait de l'écho, de la fertilité, on fait de l'endo, on fait des colpo, on fait les surveillances des pathologies du cancer du sein, on règle les femmes qui ont été opérées et qu'on va surveiller, tout ça. Il faut qu'elles trouvent, elles, leur place. (...). Il faut qu'elles disent 'mon job a changé'* » (GO). Il ajoutera également : « *J'arrive maintenant à comprendre avec mes compétences de gynéco obs et chirurgien, que les gynéco med ont des nouvelles compétences que je n'ai plus et je me rends compte que sans eux, il y a plein de secteur de mon activité ou je suis sous-compétent comme dans l'oncologie médicale, comme dans la fertilité, que j'ai complètement abandonnées ou l'endocrinologie. Il y a plein de toutes petites spécialités, on est obligés de travailler avec elles. (...). C'est là où il faut aller les chercher, mais c'est elles qui ne se positionnent peut-être pas très bien* » (GO). Cette nouvelle place de la gynécologie fondée sur l'**hyperspécialisation** est également pensée en lien avec le **passage en seconde ligne des gynécologues médicaux** : « *Mais peut-être, que l'accès direct effectivement est quelque chose qui nous dessert, et dessert aussi les femmes ; Il y a un délai de consultation qui devient long. Elles viennent pour des petites choses qui deviennent longues, alors qu'elles viendraient voir le généraliste pour le frottis, et laisseraient la place pour celles qui auraient besoin d'une colposcopie chez le gynécologue.* » (GM).

Ces deux éléments – hyperspécialisation et second recours - sont présentés comme des éléments qui permettraient à la gynécologie médicale de retrouver ses lettres de noblesses. Ces **deux solutions sont différemment acceptées par les gynécologues médicaux**. Chez les gynécologues les plus anciens, l'hypertechnicité croissante de la discipline et l'accès de second recours soulèvent un enjeu identitaire profond. Certains y voient la transformation du métier et ont des appréhensions légitimes. Il se joue une **modification des contours du métier et de ses aspects les plus originels**. La spécialisation des plus jeunes s'appuie sur la technique, ce qui contraste avec l'aspect médical et clinique de la gynécologie traditionnelle : « *On va vers un monde, partout, en général, où tout devient technique. C'est la technologie avant tout. Or, la pédiatrie et la gynécologie sont des spécialités cliniques et ça c'est fini. Tout ce qui est valorisé sont les disciplines technologiques, comme la radio. L'humain, c'est fini. Vous voyez bien le développement du télétravail, du numérique.* » (GM). En observant le monde qui les entoure, les gynécologues médicaux soulèvent l'intérêt croissant pour les disciplines innovantes au détriment des spécialités cliniques, sans pour autant s'élever contre le principe technologique. Les anciens gynécologues voient leurs professions « délégitimées ». La remise en question de la clinique par la technique se retrouvent au cœur des verbatims où les médecins désapprouvent l'augmentation des examens complémentaires, prescrits trop systématiquement. Pour d'autres, ce « réductionnisme technologique » ne doit pas faire force de loi. Au contraire, la maîtrise des nouvelles techniques doit être perçue comme la voie de la revalorisation de la gynécologie. Les hyperspécialisations acquises

notamment au cours des diplômes d'études complémentaires (DESC) (l'endocrinologie, l'oncologie, la fertilité, etc.) ou en formations continues sont des moyens d'étanchéifier les frontières, et de revaloriser la gynécologie médicale.

**La question du second recours est aussi fortement débattue.** Si certains gynécologues médicaux paraissent émettre des réticences, d'autres se mettent d'accord sur la perspective d'un positionnement en seconde ligne. L'accès direct favorise l'accès aux soins et représente une proximité dans la prise en charge aux yeux des professionnels. Une gynécologue médicale nous dit : « *C'est important que les femmes puissent venir nous voir directement. Certains me disent ne pas vouloir parler de leur problèmes intimes à leur médecin.* » (GM). En effet, la majorité de la patientèle arrive de son plein grès chez les gynécologues médicaux, sans orientation préalable. Les professionnels le soulignent souvent. Si l'accès de second recours inquiète, c'est pour deux grandes raisons, déjà évoquées à l'abord des coopérations. Le passage de la profession en seconde ligne représente, d'une part, le risque d'une perte de patientèle et, d'autre part, l'abandon d'une partie de leur travail. En effet, en passant en second recours, le risque est de perdre le suivi physiologique des femmes et de limiter la pratique au suivi pathologique. Une gynécologue médicale explique : « *Je ne veux pas être que du second recours, je ne veux pas devenir qu'une gynéco qui ne ferait que des colposcopies, des biopsies. Je veux l'être, c'est quand même valorisant. J'ai une compétence que d'autres n'ont pas. Je veux bien la mettre au service voilà. Mais je ne veux pas faire que ça. Je veux continuer à être d'accès direct, continuer à voir les patientes qui viennent me voir moi parce qu'elles ont choisi de venir me voir moi, alors qu'elles n'ont pas de souci. Ces consultations-là, elles ne sont pas toujours passionnantes mais c'est aussi parce que vous arrivez à établir un lien, à parler d'autres choses* » (GM). Cet extrait met en avant la proximité soignant/soigné sur laquelle les gynécologues médicaux ont souvent insisté. L'approche globale de la gynécologie médicale serait alors remise en question par le passage en second recours. Cette nouvelle forme du métier doit alors être débattue pour que cette particularité-là du métier puisse perdurer. Le second recours est perçu comme une forme manifeste d'abandon d'un champ de compétences vers une autre catégorie de professionnels (médecin généraliste ou sage-femme). Il renvoie aussi au morcellement de la prise en charge des femmes. Si ces appréhensions émergent, elles sont aussi concurrencées par une autre vision plus positive. En effet, l'accès en second recours est jugé positivement par certains gynécologues médicaux mais aussi par d'autres professionnels. Les arguments qui sont alors mobilisés prennent le contre-pied de ceux évoqués précédemment. Il y a en jeu d'une part l'idée d'une (re)valorisation significative de la gynécologie médicale, mais aussi de la gynécologie obstétrique, et d'autre part la réduction des délais d'attente. Au regard de la conjoncture actuelle, une gynécologue médicale explique : « *Sur la petite ville de [XXX], il y a 14 gynécologues qui sont partis à la retraite, on est quatre à s'être installés ces trois dernières années (...), donc on ne peut pas recevoir tout le monde et on a une trentaine de demandes par semaine qui veulent un nouveau suivi et on ne peut pas éponger. Il faudrait par exemple que pour le dépistage, les médecins ou les sages-femmes s'en chargent. Et que nous les gynécologues, on se concentre sur nos plus-values* » (GM). Le passage en second recours permettrait de lever la surcharge de consultations. En confiant le suivi classique et la prise en charge physiologique aux médecins généralistes et aux sages-femmes, les gynécologues médicaux voient un moyen de « désymboliser » les consultations.

L'institutionnalisation d'un parcours de soins et de son organisation passe également par la **revalorisation de l'engagement du professionnel, de son positionnement, de son rôle et de son expertise.** Le découpage d'une prise en charge qui reposerait sur le normal et le pathologique, mobilise des acteurs et des compétences distinctes pour lesquels il convient de revaloriser les actes. Les

gynécologues acceptent mal que le coût d'une consultation et la cotation des actes puissent être quasi équivalents à ceux des sages-femmes. C'est sur la question des frottis particulièrement que ce discours a pu être entendu, la spécialisation d'une partie des gynécologues en pathologie du col leur semblant permettre d'accéder à une distinction et une reconnaissance du métier. Les gynécologues voient alors dans le second recours la possibilité de (re)valoriser leurs pratiques ce qui, à terme, viendrait faciliter la négociation du système de cotation. La revalorisation des cotations d'actes a particulièrement été abordée par les gynécologues obstétriciens. La pénibilité du métier, son risque médico-légal, la mauvaise valorisation financière liée à une cotation de la nomenclature qu'ils jugent insuffisante sont autant d'éléments qui détournent les gynécologues obstétriciens vers la gynécologie médicale. L'accès direct amène à une prise en charge de « tout venant » qui participe au détournement des fonctions des uns et embolise le système. Si un ensemble d'actions doit être envisagé pour améliorer l'offre de soins et sa coordination, une partie des acteurs ont exprimé le souhait que la gynécologie médicale perdure et, pour cela, qu'elle fasse l'objet d'une revalorisation à la fois sociale et économique.

#### Des cadres d'échanges interprofessionnels

Au cours de deux focus groups, la problématique du travail en silo a été abordée. Les professionnels observent des pratiques individuelles, avec peu de connexions interprofessionnelles. S'il existe bien des groupes de travail, des assemblées constitutives et représentatives pour chaque profession, le manque de connaissance de la pratique d'autrui a été soulevé. Au cours de nos réunions, dans l'ensemble, au sein de chaque catégorie professionnelle, les acteurs se connaissent : les gynécologues se connaissent, les sages-femmes aussi et les médecins généralistes se connaissent assez dans l'ensemble. Toutefois, la connaissance des acteurs issus des autres catégories requiert une amélioration des connexions. Les professionnels partagent assez bien l'idée d'une **nécessité de mieux se connaître**.

Diverses propositions ont été formulées en ce sens. Ont été cités les exemples d'associations permettant aux professionnels de créer des **groupes de réflexion** sur l'offre de soins. Ainsi en Creuse, un groupe nommé l'ADRES (Association pour le développement d'un Réseau de soins primaires de la Montagne Limousine) a été créé. Ce réseau de santé de la Montagne limousine a été labellisé Pôle d'Excellence Rurale par l'Etat, et son objectif est de mettre en réseau les professionnels de santé pour faciliter l'accès aux soins courants pour les habitants, renforcer l'attractivité pour inciter de nouveaux professionnels de santé à s'installer sur le territoire creusois et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Une sage-femme évoque des **temps d'échanges** conviviaux, à l'instar de ce qu'elle fait déjà avec ses consœurs : « *Dans mon secteur, toutes les sages-femmes libérales, on se voit régulièrement, on s'organise même des petits restos pour discuter ensemble des problématiques qu'on peut avoir. C'est important de savoir pour pouvoir orienter nos patientes. (...) On travaille en réseau entre nous mais on n'a pas de réunion avec les gynécologues. Finalement, je connais certains d'entre vous de nom mais on n'a pas ce temps d'échanges. Je ne sais pas si c'est réalisable. Mais en tout cas, on le voit entre nous déjà, c'est très bénéfique* ».

Un médecin généraliste évoque lui aussi l'idée d'organiser, localement, les connexions pour mieux collaborer : « *Moi je pense qu'avec l'évolution de l'offre, c'est-à-dire l'apparition des sages-femmes libérales en gynécologie, je pense qu'il faudrait une meilleure lisibilité pour les femmes de ce que chacun*

*peut apporter et je trouve très intéressant les exemples de ma collègue qui est médecin généraliste. Elle s'organise avec les sages-femmes en correspondant et en s'adressant les patientes entre elles. Mais il y a des territoires où cette organisation n'est pas encore bien ficelée et les patientes se retrouvent un petit peu perdues, sans suivi très bien organisé. Je pense que typiquement, c'est quelque chose qu'il faudrait organiser. » (MG).*

Ainsi, des cadres d'échanges pourraient réunir localement des sages-femmes, médecins généralistes, des gynécologues médicaux et obstétriciens, afin de faciliter les connexions interprofessionnelles, les échanges de pratiques et permettre ainsi aux professionnels d'organiser entre eux la division du travail nécessaire à l'organisation de la prise en charge gynécologique.

### c) Résumé des principaux résultats

Le troisième volet de l'étude a pour objectif de faire émerger les questionnements mais aussi les attentes et propositions pour l'avenir de la gynécologie.

Les travaux menés ont tout d'abord fait émerger que, dans un contexte en mutation, l'avenir de leur profession et de la prise en charge gynécologique en général interroge fortement les acteurs. La diminution du nombre de gynécologues médicaux génère le sentiment d'une dégradation du suivi de la santé de la femme et l'inquiétude de voir cette tendance s'aggraver dans les années qui viennent. Dans ce contexte, l'attribution des compétences en gynécologie aux sages-femmes est analysée comme un moyen, pour les pouvoirs publics, de pallier la diminution du nombre de gynécologues ; mais cette stratégie leur apparaît plus à ce stade comme du raccommodage, que comme une nouvelle organisation de la prise en charge stabilisée. La tonalité pessimiste des expressions révèle les inquiétudes des professionnels face aux transformations socio-sanitaires en gynécologie, dont ils cherchent à comprendre le sens.

Les changements perçus portent également sur la nouvelle figure du patient, mieux informé, faisant appel au registre de la négociation, ce qui a conduit les professionnels à transformer leurs pratiques, se considérant à présent comme des conseillers plus que comme des décideurs. Si cette évolution est vécue comme positive et stimulante par certains professionnels, d'autres évoquent les difficultés qu'ils ont parfois à composer avec une partie de leur patientèle. Tous soulignent l'aspect chronophage de ces nouvelles pratiques impliquant écoute, dialogue et parfois déconstruction de fausses vérités scientifiques véhiculées. Les praticiens se sentent également de plus en plus exposés aux risques, déplorant une pression médico-légale qui ne leur donne plus le droit à l'erreur. Enfin, les gynécologues plus spécifiquement doivent à présent composer avec la médiatisation d'affaires sensibles, suscitant les inquiétudes de leurs patientes en matière de contraception, de traitements hormonaux, de vaccination ou encore avec les accusations de violences gynécologiques et obstétricales dont la profession a fait l'objet. La conjonction de ces éléments génère un contexte social particulièrement lourd pour la profession.

Pour beaucoup, la situation semble devenue intenable, rendant impossible d'envisager un statut quo, mais le retour en arrière n'est pas pour autant considéré comme possible. Les professionnels cherchent alors à être les premiers investigateurs du renouveau de la prise en charge gynécologique à venir et sont pour cela force de proposition. La nécessité d'une réorganisation globale et concertée est fréquemment avancée. Si l'augmentation du nombre de gynécologues est un élément évoqué, la redéfinition des champs et des compétences, inscrite dans une nouvelle vision globale de la prise en charge gynécologique, est corrélativement attendue. Les professionnels anticipent un modèle segmenté de prise en charge et émettent le souhait qu'une réelle réflexion soit engagée pour répondre aux exigences de ce que doit être l'offre de soins en gynécologie et le parcours de soins des patientes de demain. Dans cette nouvelle organisation, certains envisagent la nouvelle place de la gynécologie médicale autour d'une hyperspécialisation et d'un passage en second recours – même si cette vision ne fait pas l'unanimité chez les professionnels. Une partie des acteurs expriment le souhait d'une revalorisation sociale et économique de la gynécologie. Enfin, les professionnels partagent la nécessité de mieux se connaître localement pour améliorer les connexions interprofessionnelles et évoquent l'idée de temps d'échanges interprofessionnels sur les territoires.

## IV. SYNTHÈSE GÉNÉRALE ET CONCLUSION

---

Les évolutions des rôles et de la démographie médicale en gynécologie ont conduit la commission « Organisation des soins en gynécologie médicale » de l'URPS Médecins Libéraux de Nouvelle-Aquitaine à piloter en 2018 une étude portant sur la prise en charge gynécologique en région Nouvelle-Aquitaine. Les objectifs de l'étude sont triples : faire émerger les regards des professionnels sur la prise en charge gynécologique et les rôles respectifs de chacun ; étudier les pratiques collaboratives ; faire émerger leurs perceptions quant à l'évolution de la prise en charge.

Le caractère qualitatif des objectifs a conduit à privilégier une méthode par entretiens individuels et collectifs. Ceux-ci ont été conduits entre novembre 2018 et janvier 2019 auprès des quatre principales catégories d'acteurs de la gynécologie : gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens, médecins généralistes et sages-femmes. 32 professionnels ont été rencontrés en entretiens individuels et 21 dans le cadre de trois focus groups – soit 53 professionnels en tout, issus des différents territoires de la région Nouvelle-Aquitaine.

Les travaux ont montré l'ampleur des transformations qui traversent actuellement la gynécologie et qui questionnent fortement les professionnels. Si ces interrogations ne sont pas récentes, il n'en demeure pas moins que leur conjonction se traduit par l'expression globale d'inquiétudes de la part de nombre des professionnels rencontrés.

La perception d'une dégradation du suivi des femmes, une diminution de la gynécologie médicale qui ne fait pas vraiment sens à leurs yeux, l'absence d'une véritable vision de la prise en charge gynécologique de demain, sont autant de constats assez largement partagés par les quatre catégories d'acteurs. Si les sages-femmes - dans le cadre des compétences qui leur ont été attribuées en 2009 - et les médecins généralistes s'efforcent de pallier les insuffisances de l'offre de soins gynécologiques sur les territoires, ils sont eux-mêmes limités, soit par leurs compétences et formations, soit (s'agissant notamment des médecins) par leur propre manque de temps face à l'engorgement de leurs consultations. Ces évolutions ne semblent dès lors pas dessiner à l'heure actuelle une organisation stabilisée de la prise en charge de la santé des femmes. Elles favorisent au contraire une confusion des territoires professionnels, qui participe au manque de lisibilité de l'offre de soins. Elles ont également pu créer des tensions peu propices à la coopération entre ces différentes professions - notamment entre gynécologues médicaux et sages-femmes – même si ces attitudes tendent à s'atténuer. Au final, cela crée un contexte socioprofessionnel assez pesant, accentué par les changements plus généraux qui traversent le système de santé (évolution de la figure du patient, montée de l'exercice coordonné, place grandissante de la technique par rapport à la clinique, pression médico-légale, mises en cause fortement médiatisées de certains traitements et pratiques...).

Les acteurs restent néanmoins très fortement attachés à leur métier. Ils partagent un même engagement au service de la santé de la femme, une même vision de la gynécologie vue comme une activité positive et plurielle, nécessitant une relation d'écoute et de dialogue avec les patientes. Ces éléments constituent des fondations solides sur lesquels peut s'envisager l'avenir de la gynécologie.

On note que les acteurs parviennent ainsi à se mobiliser pour porter une revalorisation de leurs pratiques, améliorer l'offre de soins et sa continuité en envisageant une nouvelle configuration des

prises en charge - même si celle-ci ne fait pas l'unanimité et risque d'entraîner avec elle une modification des champs professionnels.

Comme toute profession, la gynécologie évolue dans le temps. Elle voit aujourd'hui se confronter deux visions, l'une attachée à l'approche globale et au suivi au long cours, telle que la gynécologie médicale a pu la pratiquer jusqu'ici ; l'autre plus segmentée, plus technique, partagée entre les différentes catégories d'acteurs qui devront pour cela redéfinir leurs champs de compétences et d'interventions respectifs. On observe une tendance selon laquelle les jeunes générations de médecins (gynécologues médicaux, obstétriciens et généralistes) semblent développer une approche plus positive des transformations, des demandes sociales, de l'innovation, perçues comme des moyens de revaloriser la gynécologie médicale et de repenser l'avenir du métier autour d'une plus grande coordination, d'une hyperspécialisation et d'un passage en second recours.

Si une telle redéfinition des champs professionnels devait se mettre en place, elle devrait s'appuyer préalablement sur une organisation repensée de manière concertée entre les acteurs, respectant la place et les compétences de chacun, favorisant une réelle coordination et une continuité dans la prise en charge. Elle nécessiterait de repenser les parcours des patientes, d'adapter les métiers, les formations, les démographies professionnelles, mais aussi de favoriser des nouveaux cadres et outils de connexions interprofessionnelles sur les territoires. C'est une évolution importante, qui appelle dès lors une anticipation et un accompagnement. La prise en charge gynécologique semble avant tout aujourd'hui avoir besoin d'une nouvelle vision partagée et d'une organisation clarifiée, au service de la santé des femmes.

# Chapitre III – Références et annexes

## I. REFERENCES

---

### a) Sources bibliographiques

- Amar L., Minvielle E., (2000). « L'action publique en faveur de l'utilisateur : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade », *Sociologie du travail*, 42, 1, pp. 69-89.
- Arborio A-M. (2012). « Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital », *Économica*, coll. Sociologiques, Paris.
- Hardy-Baylé M., Younès N. (2014). « Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? », *L'information psychiatrique*, volume 90 (5), 359-371.
- Bonnin M, Grémy F. (2004). « Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique », *Santé Publique*, vol. 16, no. 1, pp. 133-146.
- Carricaburu D. (1987). « La profession de sage-femme : de la compétence limitée à l'autonomie relative », *Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales*, mémoire de DEA, Paris.
- Charrier P., Clavandier G. (2013). « Sociologie de la naissance », Paris, Armand Colin, coll. U Sociologie.
- Castel, P. (2005). « Le médecin, son patient et ses pairs : Une nouvelle approche de la relation thérapeutique ». *Revue française de sociologie*, vol. 46(3), 443-467.
- Demazière D., Gadéa C. (2009). « Sociologie des groupes professionnels, Acquis récents et nouveaux défis », Paris, La Découverte.
- Grimaldi A. (2012). « « Patient expert » : une clarification nécessaire ». 2èmes rencontres d'éducation thérapeutique du patient, Lyon.
- Guyart L. (2010). « Consultation gynécologique et gestion de l'intime », *Champ psychosomatique*, 2002 :27, 61-82
- Hughes E. (1996). « Le regard sociologique. Essais choisis » Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, EHESS, Paris.
- Jacques B. (2007). « Sociologie de l'accouchement », PUR, Paris.
- Levy D. (2011). « Le métier de médecin aujourd'hui », *Revue française des affaires sociales*, no. 2, pp. 297-309.
- Lowy I. (2010). « HPV vaccination in context : a view from France » in Wailoo K. et al., *Three Shots at Prevention*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

- Parsons T, (1968). « Eléments pour une sociologie de l'action », Plon, Paris.
- Robelet M., Serré M., et Bourgueil Y. (2005)., « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, no. 1, pp. 231-260.
- Sage-Pranchère N. (2014), « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique », *Analyses démographiques historiques*, 2014/1, pp.181-208. Conrad P. (1985), « The meaning of medications: another look at compliance », *Social science & medicine*. 1985. Vol. 20, n° 1, pp. 29–37.
- Bernard V. (2008). « Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (empowerment) et pratiques sociales. Une approche susceptible de contribuer à une dynamique de développement durable ». In Fondation d'Auteuil, Familles et professionnels de l'action sociale. Eduquer ensemble. Lyon, Chronique sociale.
- Wailoo K. et al. « Three Shots at Prevention. The HPV vaccine and politics of medicine's simple solutions», The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

#### **b) Rapports**

- Agence nationale de sécurité du médicament, Caisse nationale de l'assurance maladie (2015). « Vaccins anti-HPV et risque de maladies auto-immunes : étude pharmacoépidémiologique ».
- Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (2018). « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme ».
- Haut Conseil de la Santé Publique (2017), « Place du vaccin Gardasil 9 dans la prévention des infections à papillomavirus humains », rapport du Comité technique et de prospective du dépistage du cancer du col.
- Jacques. B, Purgues S. (2017), « La sage-femme comme nouvel acteur de prévention du cancer du col de l'utérus : Enjeux professionnels, identification par les femmes et partage des compétences », rapport final de la Ligue contre le cancer.
- ORS Nouvelle Aquitaine (2017). « Inégalités sociales de santé en Nouvelle Aquitaine. Approche à partir d'une typologie des bassins de vie ».

#### **c) Sources Internet**

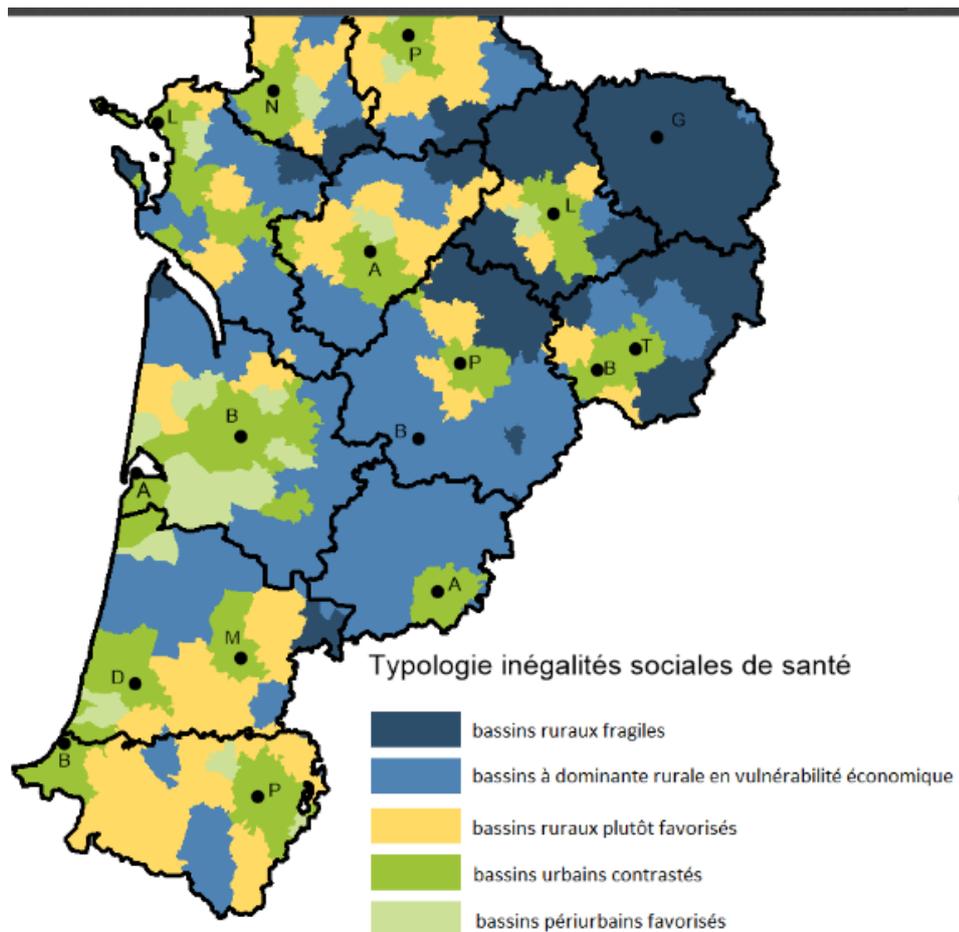
- Répertoire numérique de professionnel de santé : <https://www.keskeces.com/>
- Site de l'ordre des sages-femmes : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>

## II. ANNEXES

---

### a) Typologie des bassins de vie de Nouvelle Aquitaine selon les inégalités sociales de santé (ORSNA, 2017)

Figure 2 - Typologie des bassins de vie de Nouvelle Aquitaine selon les inégalités sociales de santé (ORSNA, 2017)



## **b) Guide d'entretien<sup>15</sup>**

### I. Le métier : regards sur les formations, les rôles, et le fonctionnement de l'activité

#### **Formation**

- Les raisons du choix du métier (Quels sont les éléments qui vous ont amenés à devenir MG ? SF ? Gynéco ? Ou pourquoi avoir choisi ce métier ?) → Permet de faire « se raconter » le professionnel et d'instaurer une proximité. G/MG/SF
- Postes occupés (Depuis combien de temps vous exercez ce métier ?) → L'objectif est de mieux saisir les étapes du parcours pros en renseignant un profil G/MG/SF
- Teneur de la formation (1° Sur quoi reposait votre formation initiale en gynécologie ? 2° Comment estimez-vous votre niveau de formation actuel en gynécologie ?) savoir s'il suit des formations continues ou s'il est titulaire d'un DU → L'objectif est de connaître son niveau de formation G/MG/SF
- Les raisons du choix de la spécialisation ou d'absence de spécialisation (Pourquoi avez-vous décidé de vous spécialiser ou non ?) Au-delà de connaître les motifs, l'objectif est de savoir si c'est un choix contraint ou subi G/MG/SF

#### **Le rôle et la pratique**

- Description de l'activité (1° Pourriez-vous me décrire votre activité gynécologique au quotidien ? faire décrire une journée type si besoin) → L'objectif est de faire présenter les différents domaines d'activité et de saisir l'activité dominante, voire la spécialisation. Sans induire la réponse, nous chercherons à évaluer la place du médical/ prévention. 2° Place de la prévention ? Comment cela s'exerce, sous quelle forme et dans quelles situations ? G/MG/SF L'objectif reste de poursuivre la description de l'activité, voir quelle place détient la prévention.
- Rôle et distinctions /Impact de la spécificité du rôle (En quoi, votre rôle/profil, vous vous distinguez des autres professionnels qui font de la gynécologie? ou quelle est la spécificité du gynéco par rapport au MG (vice-versa), de la SF par rapport au gynéco vice-versa) et du MG par rapport à la SF (vice-versa) → L'objectif est de savoir si et sur quels éléments les pros estiment se distinguer des autres professionnels ; Ici les frontières du médical et de la physiologie vont se dessiner, ainsi que celles de compétences G/MG/SF
- Description de la patientèle (Quel est le profil de votre patientèle ?) → l'objectif est d'ouvrir sur la question suivante et de recueillir le point de vue sur la question des inégalités sociales et territoriales G/MG/SF

---

<sup>15</sup> Les mentions « G, MG, SF » font référence au profil des participants à qui la question est destinée. G : gynécologues ; MG : médecins généralistes ; SF : sages-femmes.

- Place de la patientèle dans les pratiques (Est-ce que votre patientèle vous amène à privilégier des domaines d'activités ? des façons de faire en gynéco ? → Evaluer la relation médecin/patient et ses conséquences sur l'activité. G/MG/SF

-Description du profil –type du « professionnel idéal » (Selon vous, quels sont les critères du parfait professionnel en gynéco ? → L'objectif est de pouvoir mettre à jour les critères subjectifs à l'œuvre dans la conception du métier G/MG/SF

### **Fonctionnement de l'activité**

- Pertinence de la gestion. (1°Comment considérez-vous l'organisation (fonctionnement) de votre activité au quotidien ? 2° D'après vous en quoi cela peut avoir une répercussion sur la prise en charge ? ou qu'est ce qui améliore ou freine la prise en charge?) → Ici ce sont les points sur la gestion des rdv, les délais et conséquences sur la prise en charge qui sont abordés et feront l'objet de relance. Cela renvoie aux questions d'accès aux soins. G/MG/SF

- Impact de l'accès direct. (L'accès direct est-il une bonne chose pour votre activité ?) G

- Gestion de l'urgence (Comment gère-t-on les situations d'urgence ?)→ L'objectif est de mieux comprendre l'organisation du professionnel et de saisir la place que le patient peut occuper dans la prise de gestion de l'urgence. (Créneaux dédiés ? Consultations tel ? Orientation ext ? Ordonnance ? Éléments médicaux ? Retour du patients ?) G/MG/SF

-Définition de l'urgence. Qu'est-ce qu'une situation d'urgence selon vous? Ou Sur quels critères repose l'urgence ?) → L'objectif est de saisir la place du médical stricto sensu et du discours et expérience des patients ; ex. du cas de la mycose récidivante G/MG/SF

## II. Le travail de coopération : Perceptions sur les collaborations

- Collaboration et acteurs AVEC QUI (1° Avec qui de manière récurrente? Exceptionnelle ?place des assos et autres divers 2°Avec qui cela fonctionne mieux ? 3° Pourquoi ?) →Au-delà de la connaissance des partenaires l'objectif est de savoir s'il s'agit de choix subi ou contraint et s'il existe des conflits. Pourquoi l'un et pas l'autre ? G/MF/SF

- Si pas évoqué avant : Raisons/motifs de collaboration POURQUOI (Pour quels motifs avez-vous besoin de collaborer avec d'autres professionnels ou confrères ?)On cherche à savoir si c'est pour une orientation d'un patient, besoin d'avis médical ou expertise, urgence, etc. G/MG/SF

- Si pas évoqué avant : Moment de l'orientation de la patiente QUAND A quel moment on décide d'orienter une patiente ? Ex précis de pathologies, de contextes) →l'objectif est de saisir sur quoi et quand se joue l'orientation d'une patiente et s'enclenche une collaboration G/MG/SF

- Retours après orientation du patient COMMENT (Comment se font les retours de collaboration suite à l'orientation d'une patiente ? Contacts directs ? (téléphone ?)(Courriers par ex ?)→ L'objectif de de savoir s'il existe une réciprocité dans les collaborations G/MG/SF

- Vision de la place du généraliste en gynéco En gynécologie, et d'après vos expériences quelle place le médecin généraliste occupe-t-il dans la coordination ?(G/MG/SF) (le fait d'être en accès direct modifie-t-il les collaborations ? Pourquoi ?
- Coopérations les plus saillantes ; (Quelles situations requièrent des coopérations plus importantes ? Pourquoi ?) G/MG/SF
- L'impact de l'arrivée de nouveaux acteurs sur les collaborations (L'arrivée des nouveaux acteurs comme les sages-femmes génèrent-elle de nouvelles collaborations ? Pourquoi ? → L'objectif est de savoir si les nouveaux acteurs modifient les coopérations G/MG
- Facilitateurs et Limites à l'œuvre dans les collaborations (qu'est-ce qui vient favoriser les collab ? ou au contraire les freiner ? G/MG/SF
- Amélioration des coopérations ; (Quelles situations doivent/peuvent être améliorées en termes de coopérations ?) Par ex la connaissance des acteurs locaux, connaissances des métiers, proximité etc. ?) → L'objectif de cette question et de la précédente est de connaître les éléments déterminant/freinant les collab. G/MG/SF
- Place du patient dans le travail de coopération des professionnels (En quoi le patient a-t-il une place dans les collaborations interprofessionnelles ?) → L'objectif est ici de savoir s'il peut et dans quelle mesure émettre un avis G/MG/SF
- Satisfactions des coopérations générales et particulières ? (1° Que pensez-vous de vos collaborations actuelles ? 2° Êtes-vous satisfait des collaborations que vous pouvez avoir de manière générale ? 3° Plus précisément le fonctionnement des collaborations actuel entre MG/ et SF, MG Gynéco, Gynéco et SF est-il satisfaisant ? G/MG/SF

### III. Perspectives : la profession face aux changements et aux évolutions

- Perception des différents changements, des évolutions et impacts (1° Depuis vos débuts quels changements avez-vous constaté ? 2° Quelles nouveautés ? 3° Qu'est-ce qui ne se fait plus ? 4° Quel impact sur le rôle et la place du gynéco ? De la SF ? Du MG ?) G/MG/SF
- Perception avenir offre de soin gynéco : Comment concevez-vous l'avenir de l'offre de soin en gynécologie ? (Attentes / craintes / doutes)
- Perception avenir profession gynéco 1° Comment voyez-vous l'avenir de la gynécologie médicale ? Quels impacts sur votre pratique ? G/MG/SF
- Ressenti polémiques (Comment avez-vous vécu les faits - tels que les violences gynécologiques - relayés par les médias → L'objectif est d'ouvrir et de savoir selon leur point de vue si cela a un impact sur le métier de gynécologue et sur les relations avec la patientèle. G

### **c) Guide d'animation des focus groups**

#### I) Représentation générale

- Que pensez-vous de la prise en charge des femmes ?

Relances :

- Quelles évolutions constatées depuis le début d'activité ?

- A quoi attribuez-vous ces évolutions ? (Système de santé / métiers)

#### II) Confrontation des représentations des métiers

- Comment vous vous positionnez les uns les autres sur la prise en charge ?

Relances - Obtenir une description des pratiques et considérations d'autrui :

- Comment présentez-vous votre activité et votre plus-value ?

- Quel regard/connaissance avez-vous de la pratique des autres ? De la plus-value de chacun ? Des limites de chacun ?

- Dans un tel contexte, comment considérez-vous vos collaborations et coopérations ? Rencontrez-vous des difficultés ? etc.

#### III) Solutions

- Pour vous, comment on sort de tout ça ? Quelle est l'issue de la gynécologie ?

Solutions et attentes