



Faculté de médecine

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Marie VEZIN

Née le 18/05/1996 à Villeurbanne (69)

**Représentations et attitudes des médecins généralistes du Loiret sur le
pessaire dans la prise en charge du prolapsus des organes pelviens
chez la femme, une enquête qualitative**

Présentée et soutenue publiquement le 15 mai 2025 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET, Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Cécile RENOUX-JACQUET, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Marie CHAS, Gynécologie-obstétrique, PH, CHU – Tours

Directrice de thèse : Docteur Violaine ROUJOU, Médecine Générale – Orléans

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire.....	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive - réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie - gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive - réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse LEBEAU
Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie.....	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie

CLOUTOUR Nathalie.....

CORBINEAU Mathilde.....

HARIVEL OUALLI Ingrid.....

IMBERT Mélanie.....

SIZARET Eva

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Henri MARRET

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence du jury de ma soutenance et du temps que vous m'avez accordé pour la lecture de mon travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

À Madame le Docteur Cécile RENOUX

Un sincère merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et pour vos enseignements au cours de mon internat de médecine générale qui ont grandement contribué à ma formation et à mon attrait pour cette spécialité.

À Madame le Docteur Marie CHAS

Je vous remercie sincèrement de participer à mon jury de thèse et de m'apporter vos conseils et votre expertise dans ce domaine. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon respect.

À Violaine

Violaine, je te remercie encore grandement d'avoir dirigé ce travail d'une main de maître, merci pour ta confiance et tes conseils d'une grande qualité. Merci de m'avoir poussée à faire toujours mieux.

RESUME

Introduction : Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) accordent une place centrale au pessaire dans la prise en charge du prolapsus. Il reste peu connu et peu prescrit par les médecins généralistes. L'objectif principal de cette thèse était d'explorer les représentations et les attitudes des médecins généralistes face au pessaire dans la prise en charge du prolapsus. L'objectif secondaire était d'explorer celles des médecins généralistes sur le prolapsus en général.

Méthode : Étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée, par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans le Loiret entre juillet et novembre 2024. L'échantillonnage était théorique et complété jusqu'à suffisance des données.

Résultats et discussion : 11 entretiens ont été réalisés. Le prolapsus était décrit par les médecins comme un sujet tabou, soulevant la question d'un dépistage systématique. Les connaissances et l'aisance des médecins sur la prise en charge du prolapsus étaient variables. Il en découlait un sentiment de légitimité inconstant. La plupart des médecins en déléguaient la prise en charge. Ils décrivaient la connaissance du réseau de soins local comme essentielle. Ils proposaient une prise en charge individualisée à chaque patiente. Ils se donnaient un rôle important d'information, de réassurance et d'orientation des patientes. Les médecins reconnaissaient l'influence de leurs représentations sur leurs attitudes vis-à-vis du pessaire. Ceux ayant une image positive l'avaient intégré dans leur pratique, ceux en ayant une image négative exprimaient des freins à son utilisation. Malgré l'inertie dans les pratiques, un regain d'intérêt pour le pessaire semblait se profiler.

Conclusion : Un retour du pessaire dans les pratiques et un changement progressif de perception sur ce dispositif s'opèrent. Les recommandations de la HAS semblent moins influentes que les représentations des médecins sur leur appropriation et utilisation du pessaire. Plusieurs leviers pourraient contribuer à modifier ces représentations et attitudes : la formation des médecins généralistes, l'éducation et la sensibilisation des patientes sur le prolapsus et le pessaire, l'exposition croissante des médecins généralistes au pessaire et les retours positifs des patientes, le remboursement récent du pessaire.

Mots clés : pessaire, prolapsus des organes pelviens, médecine générale, représentation, attitude, étude qualitative

ABSTRACT

General practitioners' representations and attitudes in Loiret county regarding pessary in the patient care of pelvic organ prolapse in women, a qualitative survey

Introduction: French National Authority for Health guidelines grants a mean role to the pessary in the patient care of prolapse. It is unfamiliar and rarely prescribed by the general practitioners. The main objective of this thesis was to explore general practitioners' representations and attitudes towards the pessary in the patient care of prolapse. The secondary objective was to explore general practitioners' representations and attitudes about prolapse in general.

Methods: Qualitative study inspired by grounded theory, through semi-directed interviews to general practitioners exercising in Loiret county from July to November 2024. Sampling was theoretical and complete until enough data.

Results and discussion: Eleven interviews were conducted. Prolapse was described by general practitioners as a taboo subject, raising mass screening. General practitioners' knowledge and skill with prolapse's patient care varied. This resulted in an inconsistent sense of legitimacy. Most of the general practitioners delegated the patient care. They conceded that the local care acquaintance was essential. They fitted a proper medical care to each patient. They devoted themselves to a major role of information, recomforting and orientation towards patients. General practitioners recognized that their representations influenced their attitudes towards the pessary. Those who had a positive picture about it and integrated it into their practicing. Those who had a negative picture about it mentioned obstacles hindering its use. Despite an inertia in practicing, a renewal of pessary seems to emerge.

Conclusion: There appears to be a return of the pessary in practicing and a gradual change in perception of this device occurs. French National Authority Health guidelines seem to be less influential than practitioners' representations upon appropriation and use of the pessary. Many levers could contribute to modify these representations and attitudes: general practitioners' training, education and awareness-raising for patients to the prolapse and pessary, increasing general practitioners' exposition to pessary and positive feedback from patients, pessary's recent refund.

Keywords: pessary, pelvic organ prolapse, general practice, representation, attitude, qualitative study

LISTE DES ABREVIATIONS

POP	Prolapsus des organes pelviens
HAS	Haute Autorité de Santé
PEC	Prise en charge
COREQ	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
MG	Médecin généraliste
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
WONCA	<i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i>
MSU	Maître de stage universitaire
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
IU	Incontinence urinaire
SF	Signe fonctionnel
ANDPC	Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	16
I. Le prolapsus des organes pelviens (POP).....	16
II. Les différentes options de traitements du POP.....	17
III. Place théorique du pessaire dans la prise en charge du POP	17
IV. Place du pessaire en pratique dans la prise en charge du POP.....	18
V. Représentations et attitudes des médecins généralistes	19
VI. Objectif principal de l'étude	20
MATERIEL ET METHODE	21
I. Type d'étude.....	21
II. Population.....	21
III. Recueil des données.....	22
IV. Analyse des données	22
V. Aspects éthiques et réglementaires.....	23
RESULTATS	24
I. Description de l'échantillon	24
II. Analyse des résultats	25
A. Prolapsus	25
a) Un ressenti de prévalence variable	25
b) Dépistage systématique du POP.....	26
c) Un sentiment de légitimité variable des médecins généralistes face au POP	26
1. Connaissances et aisance des médecins généralistes sur le POP	26
2. Un décalage entre les médecins généralistes et les patientes.....	28
d) Rôles que les médecins généralistes s'accordent	28
e) Les indications des différents traitements : une hiérarchisation non systématisée	30
1. L'orientation vers la rééducation : l'incontournable	30
2. L'orientation vers la chirurgie : première ou deuxième intention	30
3. L'orientation vers le pessaire : première ou deuxième intention	31
4. Facteurs influençant les propositions de traitements	31
f) Une prise en charge individualisée à chaque patiente.....	33
1. Acceptabilité et adhésion inconstantes	33
2. Efficacité et satisfaction inconstantes	33
3. Adapter la prise en charge à chaque patiente	35

B.	Pessaire.....	35
a)	Le pessaire : entre désuétude et sujet d'actualité.....	35
b)	Représentations des médecins généralistes sur le pessaire : conviction ou image négative.....	36
1.	Être convaincu par le pessaire et ses avantages	36
2.	Une image négative et inconvénients du pessaire.....	37
c)	Attitudes des médecins avec le pessaire : une appropriation variable	39
1.	Appropriation aisée du pessaire dans la pratique	39
2.	Appropriation difficile dans la pratique.....	41
3.	Une inertie entre la conviction et l'appropriation	43
d)	Le pessaire selon le profil de la patiente.....	43
e)	Conscience des médecins généralistes de l'influence de leurs représentations ...	45
1.	Influence des représentations négatives	45
2.	Influence des représentations positives	46
f)	Modèles explicatifs	46
3.	Figure 1. Représentations et attitudes des médecins généralistes sur le prolapsus	47
4.	Figure 2. Représentations et attitudes des médecins généralistes sur le pessaire.....	48
	DISCUSSION	49
I.	Forces et limites de la thèse	49
A.	Forces	49
a)	Liées au sujet de la thèse	49
b)	Liées à la méthodologie.....	49
c)	Liées au recrutement	50
d)	Liées au contenu des entretiens	50
B.	Limites.....	50
a)	Liées au recrutement	50
b)	Liées à la collecte des données	51
c)	Liées à l'analyse des données	52
C.	Comparaison avec la littérature.....	52
a)	Un changement de regard positif sur le pessaire	52
b)	Pertinence d'un dépistage systématique du POP ?	53
c)	Sentiment de légitimité du médecin à prendre en charge le prolapsus par pessaire	54
d)	Prise en charge du POP par pessaire reflet des compétences du MG : prise en charge individualisée et relation de confiance soignant-soigné.....	56
e)	Implémentation des recommandations	57

D.	Perspectives	59
a)	Augmenter l'appropriation et l'utilisation du pessaire par les médecins généralistes	59
1.	Retours positifs et confrontation régulière au pessaire	60
2.	Prise en charge financière du pessaire	60
3.	Formation médicale théorique et pratique	60
4.	Sensibilisation aux prolapsus et pessaire	61
b)	Pour la recherche	62
CONCLUSION		63
BIBLIOGRAPHIE.....		64
ANNEXES		69
Annexe 1 : Formulaire d'informations pour les participants.....		69
Annexe 2 : Guide d'entretien.....		70
Annexe 3 : Entretiens retranscrits - lien google drive.....		71
Annexe 4 : Exemple de codage.....		72
Annexe 5 : Liste des propriétés et catégories		86
Annexe 6 : Formulaire de consentement		99
Annexe 7 : 7 questions		100
Annexe 8 : Fiche informative HAS à visée des patientes		101

INTRODUCTION

I. Le prolapsus des organes pelviens (POP)

Le **prolapsus des organes pelviens** ou prolapsus génital se définit par la protrusion d'un ou plusieurs organes pelviens dans une hernie de la paroi vaginale. Il résulte une faiblesse des systèmes de soutènement et de suspension du plancher pelvien (1).

C'est une pathologie **fréquente**. La **prévalence** est cependant difficile à évaluer car elle dépend de la méthode d'évaluation. Elle varie de 2,9 à 11,4 % lors d'une évaluation des symptômes par auto-questionnaire, ou de 31,8 à 97,7 % lors d'une évaluation par examen clinique. Cette affection concerne la femme à tous les âges. La prévalence augmente avec l'âge jusqu'à 50 ans environ puis se stabilise (2,3).

Le diagnostic est **clinique**. L'interrogatoire retrouve le plus souvent une sensation de "boule intravaginale", majorée en fin de journée et en position debout prolongée. Les examens d'imagerie sont réservés aux cas complexes. Il existe plusieurs **classifications** selon l'importance du prolapsus et les organes concernés. L'importance du prolapsus se grade de 1 à 4 selon la classification de Baden-Walker, la plus utilisée. Après 50 ans, le grade du prolapsus augmente avec l'âge (1,3).

Les **facteurs de risque** de survenue d'un prolapsus sont l'âge, la ménopause et l'hypo-œstrogénie, la grossesse, les accouchements par voie basse, la multiparité, un antécédent d'hystérectomie, l'obésité, la constipation, la toux chronique, le port de charges lourdes répété, la sédentarité, des prédispositions génétiques, certaines maladies neurologiques du plancher pelvien, ainsi que les origines caucasienne et hispanique (1).

Tous les prolapsus ne sont pas symptomatiques (1). Lorsque le prolapsus est symptomatique, il peut impacter la **qualité de vie** des femmes. Des symptômes urinaires et digestifs, des troubles de la fonction sexuelle et des symptômes dépressifs y sont fréquemment associés (4–7).

II. Les différentes options de traitements du POP

Seuls les prolapsus **symptomatiques** nécessitent une prise en charge thérapeutique. Les différentes options de traitement comportent des mesures **médicales** et **chirurgicales**.

La prise en charge médicale repose sur les **mesures hygiéno-diététiques**, la **rééducation périnéale**, le **pessaire** et l'**hormonothérapie locale**. La prise en charge chirurgicale peut être réalisée par **voie basse** ou par **voie haute** (1).

À la suite de **complications** parfois graves survenues après la pose d'implants chirurgicaux par voie basse, un arrêté ministériel de 2019 a imposé l'évaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS) de l'ensemble des prothèses synthétiques utilisées pour le traitement chirurgical du prolapsus (8). La HAS a émis un avis défavorable pour tous les dispositifs utilisés dans la chirurgie par voie basse. Le ministère des Solidarités et de la Santé a donc demandé à la HAS l'**élaboration de nouvelles recommandations** pour définir la stratégie thérapeutique du prolapsus génital (9).

Ces recommandations sont parues en 2021 (1). Elles ont pour objectif d'optimiser la **prise en charge du prolapsus génital**. Elles visent à améliorer la symptomatologie tout en minimisant les effets indésirables des traitements. Elles sont à destination des chirurgiens et des soignants de premiers recours, médecins ou paramédicaux. Leur but est d'harmoniser l'information et les pratiques des professionnels de santé. Ces recommandations visent également à développer l'information auprès des patientes pour permettre une décision médicale partagée. Les différentes prises en charge présentées dans ces recommandations incluent les mesures hygiéno-diététiques, la rééducation périnéale, le pessaire, l'hormonothérapie locale et la chirurgie.

III. Place théorique du pessaire dans la prise en charge du POP

Le pessaire est un dispositif intravaginal. Son but est de maintenir les organes pelviens en place et de soulager les symptômes associés au prolapsus. Il en existe différentes formes et tailles à adapter en fonction de la symptomatologie et de la morphologie des patientes (1). Par le passé, le pessaire était proposé uniquement aux femmes très âgées ou en cas d'impossibilité d'une prise en charge chirurgicale (10).

Les études montrent que le pessaire est un **traitement efficace** contre les symptômes associés au prolapsus. Les femmes en sont le plus souvent satisfaites (11–13). Son efficacité sur les symptômes associés au prolapsus semble équivalente à celle d'un traitement chirurgical (14,15).

Les **complications** du pessaire sont la plupart du temps bénignes. Elles comportent les pertes vaginales, les érosions parfois à l'origine de saignements vaginaux, les infections, les douleurs et la constipation. La fréquence de ces effets indésirables est variable selon les études. Il existe des complications plus graves telles que l'incarcération du pessaire dans la paroi vaginale, les fistules vésico-vaginales et les migrations de pessaires. Ces complications graves sont exceptionnelles et dues à des pessaires laissés en place sur le long terme, sans suivi régulier (9).

Au vu des données d'efficacité et de la suppression récente du marché des prothèses synthétiques pour la chirurgie par voie basse, **la place du pessaire est révisée**. Les récentes recommandations de la HAS proposent désormais le **pessaire en première intention pour toute patiente présentant un prolapsus symptomatique**, quel que soit son âge ou le stade du prolapsus (1). Le pessaire utilisé dans le cadre du prolapsus a d'ailleurs été inscrit récemment sur la liste des **produits remboursables** par l'Assurance Maladie depuis le 20 septembre 2024 (16).

IV. Place du pessaire en pratique dans la prise en charge du POP

Malgré une prévalence élevée en population générale, les patientes connaissent mal les troubles pelvi-périnéaux et leurs options de traitement (17). Le manque de connaissances et les perceptions erronées des patientes sur le prolapsus sont un **obstacle à la recherche de soins** et peuvent **influencer leur choix de traitement** (18). Face à des symptômes pourtant invalidants, moins de la moitié des patientes souffrant de troubles du plancher pelvien consultent pour ce motif (18–20).

Les connaissances des patientes concernant le pessaire comme option de traitement sont également pauvres. La plupart des femmes en ont une **vision négative** (21–23). La grande majorité des études a été réalisée dans des centres spécialisés en secteur secondaire voire tertiaire. Peu de données sont disponibles en secteur de soins primaires sur la connaissance du pessaire par les femmes.

La principale source de connaissance des patientes sur le prolapsus et ses options de traitement est **médicale** (21,22). La délivrance de l'information et l'éducation thérapeutique font en effet partie des missions du médecin généraliste (24,25). Il existe un **défaut de médiatisation** du pessaire (21,22). Ceci montre bien l'importance de l'information délivrée par les professionnels de santé.

Bien que le pessaire soit reconnu comme un traitement de première intention, il est **peu prescrit** par les professionnels de santé en France (26).

Les médecins généralistes déclarent **ne pas être à l'aise** avec la prise en charge du prolapsus. Ils **connaissent mal** le pessaire et le prescrivent peu. Ils orientent rapidement vers le spécialiste, voire d'emblée pour près de la moitié d'entre eux. Leurs représentations sur le pessaire sont souvent **péjoratives** (27–31). Ils expriment des **obstacles** à la prescription tels que le manque de temps et de connaissances (22,27,31). Près de trois quart des médecins jugent qu'une **formation complémentaire** sur le sujet leur serait nécessaire pour les aider à la prescription (26,27,29,32).

La prévalence du prolapsus est importante. Les nouvelles recommandations de la HAS placent le pessaire en traitement de **première intention**. Il est donc étonnant d'être face à une faible connaissance et utilisation du pessaire par les femmes et les médecins généralistes.

V. Représentations et attitudes des médecins généralistes

Le terme “**représentation**” renvoie à l'idée incomplète et provisoire qu'un individu se fait d'un objet donné à la suite de perceptions antérieures (33).

En psychologie sociale, le terme “**attitude**” renvoie à une prédisposition à agir de telle ou telle façon. L'attitude influence les comportements et opinions de l'individu vis-à-vis d'un objet (34). Elle résulte de trois composantes à l'égard d'un objet :

- Une composante **affective** qui concerne les émotions positives ou négatives
- Une composante **cognitive** qui fait référence aux connaissances et croyances
- Une composante **conative** relative aux comportements passés, présents et futurs

Les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis du prolapsus et du pessaire sont donc influencées par leurs représentations, leurs ressentis et émotions, leurs connaissances et croyances, ainsi que leurs expériences passées dans ce domaine. Il m'a donc semblé intéressant d'explorer, sans les dissocier, les concepts de représentations et d'attitudes des médecins généralistes face au pessaire dans la prise en charge du prolapsus.

Il existe peu de données sur les représentations et attitudes des médecins généralistes sur le pessaire. Une thèse réalisée en 2023 a exploré les pratiques et représentations des médecins généralistes dans la prise en charge du prolapsus (28). La plupart des médecins déclaraient ne pas être pas à l'aise, et leurs représentations sur le pessaire étaient plutôt péjoratives. Cette étude portait uniquement sur le prolapsus des **femmes de plus de 75 ans**. Or, le prolapsus concerne tous les âges. Il m'a donc semblé pertinent d'explorer les représentations et attitudes des médecins généralistes sur leur prise en charge des patientes atteintes de prolapsus, sans limite d'âge.

Une autre thèse réalisée en 2024 a étudié les freins à l'utilisation du pessaire par les médecins généralistes (31). Cette étude explorait seulement les **freins à l'utilisation du pessaire**, et pas les avantages. Il m'a donc semblé intéressant d'étudier à la fois les représentations positives et négatives des médecins généralistes à l'utilisation du pessaire. La population étudiée dans cette thèse comportait uniquement des médecins généralistes ayant un **exercice régulier en gynécologie**, dont la plupart avaient un diplôme universitaire en gynécologie. Il m'a semblé pertinent d'explorer également le point de vue de médecins ne pratiquant pas ou peu la gynécologie.

VI. Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de cette étude qualitative était d'explorer les représentations et les attitudes face au pessaire des médecins généralistes du Loiret exerçant en ambulatoire dans la prise en charge du prolapsus génital chez la femme.

L'objectif secondaire de cette thèse était d'explorer les représentations et attitudes de la même population sur le prolapsus des organes pelviens et sa prise en charge en général.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

L'étude réalisée était une étude **qualitative inspirée de la théorisation ancrée** (35,36). L'objectif était de construire un modèle explicatif des représentations et attitudes des médecins généralistes sur le pessaire dans la prise en charge du prolapsus génital. Cette méthodologie était donc la plus adaptée.

L'ensemble du protocole a été comparé aux items de la grille **COREQ** (37). Cela a permis de s'assurer de la qualité de cette étude qualitative.

II. Population

La population étudiée était composée de médecins généralistes exerçant en ambulatoire dans le Loiret. L'étude étant basée sur le principe de la **théorisation ancrée**, la population était recrutée par un **échantillonnage théorique**, effectué jusqu'à **saturation des données**.

Les **critères d'inclusion** étaient : être médecin généraliste, exercer dans le Loiret et avoir un exercice ambulatoire.

Les **critères d'exclusion** étaient : les médecins s'opposant aux traitements des données, les médecins n'ayant aucune activité ambulatoire.

Le **recrutement** a été réalisé par le biais d'appels téléphoniques, de courriels ou en face-à-face. Une fiche informative sur le sujet et le déroulement des entretiens a été délivrée aux participants lors du recrutement (cf. **annexe 1**). Les motifs de refus de participation étaient le manque de temps pour participer aux entretiens et le sentiment de manque de légitimité ou d'expérience sur le sujet de recherche.

III. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué par le biais d'**entretiens semi-dirigés individuels**. L'entretien individuel a été favorisé par rapport au collectif car il laisse plus de place à l'expression des habitudes, opinions, croyances et émotions.

Les entretiens étaient guidés par une trame de questions ouvertes, ajustée au cours de l'étude en fonction des résultats obtenus et analysés entre chaque entretien (cf. **annexe 2**). Les questions initiales de l'entretien ont été inspirées de données de la littérature (26,28,29,31), puis axées sur les représentations et attitudes des médecins généralistes. Cette trame a été testée auprès d'une consœur interne en médecine générale et d'un médecin généraliste en amont du début du recueil des données pour en tester la faisabilité et la pertinence. Ces entretiens n'ont pas été pris en compte dans l'analyse des données de l'étude.

Les entretiens ont eu lieu dans les cabinets d'exercice ou au domicile des participants selon leur choix. Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone, retranscrits intégralement et anonymisés.

La période de recueil des données s'est étendue du 4 juillet 2024 au 28 novembre 2024, jusqu'à saturation théorique des données.

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité avec le logiciel de traitement de texte *Word* (cf. **annexe 3**).

IV. Analyse des données

L'analyse des entretiens a été effectuée au fur et à mesure du recueil des données, sur un **mode itératif**. Le principe de **comparaison constante** a permis l'analyse de chaque entretien à la lumière des entretiens précédents.

L'**analyse ouverte** des données a conduit à coder les verbatims en étiquettes expérientielles, ensuite déclinées en propriétés, et enfin regroupées en catégories. Un exemple de codage est fourni en annexe, ainsi que la liste des propriétés et des catégories obtenues (cf. **annexes 4 et 5**). L'**analyse axiale** a permis d'organiser entre elles les propriétés et catégories autour d'axes principaux. Ceux-ci ont ensuite été structurés en un modèle explicatif par l'**analyse intégrative**. Deux schémas ont été réalisés avec le logiciel *Publisher* pour illustrer ce modèle explicatif (cf. **figures 1 et 2** p.47 et 48).

Aucun logiciel n'a été utilisé pour l'analyse des données.

Une **triangulation** partielle des données a été effectuée pour renforcer la scientificité et la richesse des résultats de l'étude. Elle a été réalisée avec le Dr Roujou, directrice de la thèse, et le Dr Sallet, médecin généraliste.

V. Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont donné leur **consentement** libre et éclairé en signant un formulaire de consentement remis avant chaque début d'entretien (cf. **annexe 6**).

Tous les entretiens ont été **anonymisés** lors de la retranscription. Les noms propres ont été remplacés par les initiales MG (Médecin Généraliste) et numérotés (ex : MG3). Les éventuels éléments personnels particuliers ont également été supprimés. Les enregistrements ont été détruits après retranscription complète.

Cette étude explorant les pratiques de professionnels de santé est considérée **hors Loi Jardé**. Il n'a pas été nécessaire de faire de déclaration auprès des Comités de Protection des Personnes, ni auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

RESULTATS

I. Description de l'échantillon

Au total, **11 entretiens** semi-dirigés ont été réalisés. La durée d'entretien a varié entre 17min59sec et 39min54sec, avec une durée moyenne de 27min34sec. Le tableau 1 répertorie la durée de chaque entretien. Le tableau 2 résume les caractéristiques des participants et des entretiens.

MG1	MG2	MG3	MG4	MG5	MG6	MG7	MG8	MG9	MG10	MG11
26:57	25:31	27:29	27:10	35:13	39:54	21:57	17:59	23:16	39:03	19:44

Tableau 1. Durée des entretiens (min:sec)

Participant	Sexe	Âge	Maître de stage universitaire	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Exercice régulier gynécologie
MG1	Femme	44	Oui	Rural	Cabinet de groupe	Oui
MG2	Femme	56	Oui	Semi-urbain	Seule	Oui
MG3	Homme	43	Non	Semi-urbain	MSP	Non
MG4	Homme	45	Oui	Semi-urbain	MSP	Faible
MG5	Femme	58	Oui	Urbain	Cabinet de groupe	Oui
MG6	Femme	28	Non	Rural	Cabinet de groupe	Oui
MG7	Homme	40	Non	Urbain	MSP	Non
MG8	Homme	38	Non	Urbain	MSP	Non
MG9	Femme	41	Non	Urbain	Cabinet de groupe	Oui
MG10	Homme	59	Oui	Rural	MSP	Non
MG11	Femme	30	Non	Rural	ESP	Faible

Tableau 2. Caractéristiques des participants

II. Analyse des résultats

A. Prolapsus

a) *Un ressenti de prévalence variable*

La **prévalence** de femmes atteintes de POP et comme motif de consultation était évaluée de façon très variable par les médecins. Le POP était jugé comme très fréquent ou bien rare selon les médecins.

MG10 : “Alors le pourcentage de patients atteints, je sais pas. Je dirais 10 % si tu me demandais un chiffre mais (rires)”

MG6 : “Donc je sais pas, j’en ai peut-être... Là en ce moment j’en ai peut-être une par semaine”

MG5 : “Ouais deux trois par an je dirais. Sur mon ressenti voilà, max. C’est faible hein ? Enfin voilà, c’est pas une consultation où chaque semaine j’en ai une hein.”

Les médecins décrivaient une **tolérance** et une **résilience** variables des patientes face au prolapsus. Il était décrit une **banalisation** des symptômes de POP. Du point de vue des médecins, toutes les femmes n’avaient pas recours aux soins pour ce motif, ou bien de façon tardive. Les médecins généralistes voyaient le POP comme un **motif caché** de consultation, un **sujet souvent tabou** pour les femmes. Ils pensaient que le POP est probablement une pathologie **sous-diagnostiquée**.

MG4 : “Et en même temps c’est le genre de plainte, de pathologie, où les gens vont pas se plaindre, ou très tardivement quoi.”

MG3 : “Donc pour un même symptôme, les gens consulteront pas tous au même moment.”

MG3 : “Euh... Ouais ça arrive souvent sur les fins de consultation en fait, ils viennent pas nous voir pour ça en fait.”

MG8 : “Peut-être que c’est quelque chose de tabou de parler de ça.”

MG10 : “Alors je pense que c’est sous-estimé hein. Voilà je pense que c’est largement sous-estimé.”

Le sujet du prolapsus était par contre plus souvent abordé lors des consultations en période de **post-partum**, ou bien chez la **femme âgée**.

MG5 : “C’est rarement le premier motif de consultation. Sauf si c’est pour un bilan gynéco chez une jeune ou... tu vois ou en post-partum, ou assez jeune quoi.”

MG11 : “Que la demande vient pas forcément de la part des femmes plus jeunes. Mais oui, les expériences que j’ai eu c’était surtout des femmes ménopausées. Ouais.”

b) Dépistage systématique du POP

Certains médecins dépistaient le prolapsus de manière **systématique** à l'interrogatoire ou à l'examen clinique. D'autres attendaient une **plainte spontanée** des patientes.

MG9 : "Ben déjà systématiquement évidemment à l'examen post-partum, et puis après ben tous les suivis gynéco où il y a un examen gynéco je leur demande du coup euh... Si y'a une gêne particulière, si y'a certaines symptomatologies de pesanteur, ou des petites choses comme ça voilà."

MG11 : "Parce que c'est vrai que c'est un sujet que j'avoue que moi j'aborde pas forcément de prime abord."

MG2 : "Parce que en fait je m'occupe que des femmes qui se plaignent."

Les médecins se questionnaient sur les **bénéfices** et **inconvenients** du dépistage systématique du POP par l'interrogatoire ou l'examen clinique en consultation. Certains médecins le considéraient comme **invasif**. D'autres le considéraient comme un moyen d'aborder le sujet et de **casser le tabou** autour du POP.

MG4 : "Je sais pas trop comment me positionner entre essayer de le diagnostiquer de façon systématique, par des questions ou par un examen clinique, qui peut être quand même un petit peu invasif. Et quel intérêt derrière après il n'y a pas de plainte."

MG6 : "Avant je posais beaucoup ces questions, justement pas tant pour vouloir les mettre, mais pour leur dire qu'il y a des choses qui existent, que c'est pas normal entre guillemets, fin qu'on peut essayer de les soulager quoi."

MG4 : "En tout cas peut-être aller vers, enfin poser la question aux patientes. Ouvrir le sujet, comme sur beaucoup d'autres sujets en fait."

c) Un sentiment de légitimité variable des médecins généralistes face au POP

1. Connaissances et aisance des médecins généralistes sur le POP

La définition, la physiopathologie et les signes fonctionnels du POP étaient **bien connus** de certains médecins généralistes.

MG6 : "Comment dire, je sais même pas comment le définir en fait (rire), parce que pour moi prolapsus je sais clairement ce que ça veut dire (rire)"

MG7 : "Euh... Bah le terme prolapsus, euh ce qu'il veut dire dans le sens propre du terme, en gros c'est une faiblesse du périnée, avec après bah différents organes qui peuvent être proéminents en externe."

MG1 : "Et puis les conséquences anatomiques et médicales gênantes sur les infections, les choses euh fin les constipations, les diarrhées fin tout ce qui peut aller dans tous les prolapsus."

Le diagnostic clinique était jugé **facile** par certains médecins.

MG11 : “Enfin diagnostic je dirais plutôt simple, sur l’interrogatoire et l’examen clinique.”

MG6 : “Je pense qu’on est tous à même de faire un examen, enfin si on est à l’aise bien sûr hein, si on fait des examens gynéco, on peut facilement faire l’examen et puis bah regarder si le prolapsus il est là euh bon... Je pense que c’est donné à tout médecin généraliste qui a fait un petit peu de gynéco quoi.”

Certains médecins étaient **moins à l’aise** avec les signes fonctionnels associés au POP. La gradation et la classification du POP étaient parfois jugées **difficiles**. Une partie des médecins déléguaient l’examen clinique en cas de suspicion de POP à l’interrogatoire.

MG3 : “Je me demande, mais ça je suis pas calé, mais je crois que j’ai des patientes qui ont des prolapsus mais qui ont pas forcément de fuites urinaires.”

MG4 : “Donc quand je suis confrontée aux symptômes j’essaie de me replonger dans les grades, enfin en tout cas avoir un avis de base.”

MG3 : “Je fais peu d’examen gynéco donc moi je constate pas les prolapsus. Donc ça va être plutôt diagnostiqué, de manière formelle, par le kiné chez qui j’oriente (...), ou l’urologue ou les gynécos.”

L’**aisance** des médecins lors d’une consultation de POP était variable d’un médecin à un autre. Certains se sentaient très à l’aise, d’autres trouvaient ces consultations difficiles.

MG1 : “Donc après c’est une consultation qui est hyper facile, parce que tu fais le diagnostic, tu rassures tout de suite, tu voilà, tu leur dis qu’il va falloir faire des choses mais tu rassures tout de suite c’est, c’est satisfaisant”

MG11 : “Donc ouais, pas toujours simple en termes de prise en charge. Enfin diagnostic je dirais plutôt simple, sur l’interrogatoire et l’examen clinique. Mais derrière sur la prise en charge, euh... Limitée quoi.”

Les médecins déclaraient parfois être **surpris** voire **mal à l’aise** face à des POP de grade très avancé découverts à l’examen clinique.

MG4 : “Ouais une patiente qui, fin... qui arrive avec un prolapsus euh... grade... enfin je connais plus exactement les grades, mais le dernier des derniers grades (rires), et euh c’est « faut faire quelque chose Docteur ». Bon voilà, des situations pas toujours très confortables on va dire.”

Il ressortait l’idée que la **pratique régulière de consultations de gynécologie** améliorerait l’aisance des médecins à aborder le sujet du POP.

MG3 : “Et comme je fais pas de consult’ gynéco, clairement je pense que pendant l’examen on aborderait le sujet si on était exposé tout de suite en voyant que hop ça commence à bomber un peu quoi. Donc mes collègues qui font souvent de la gynéco doivent l’aborder beaucoup plus souvent que moi je pense.”

2. Un décalage entre les médecins généralistes et les patientes

Il existait une **différence de terminologie** entre les patientes et les médecins. Ces derniers parlaient de “prolapsus”, alors que les patientes évoquaient une “descente d’organes”.

MG1 : “Parce que moi elles me parlent de descente d’organes, et... et principalement ça, c’est le terme utilisé dans le langage courant.”

Les symptômes et le diagnostic étaient décrits comme **anxiogènes** pour les patientes. Une **minimisation** des symptômes par le médecin généraliste semblait possible, considérant cette pathologie comme bénigne.

MG1 : “Mais je trouve que oui, tu vois nous dans le terme médical, descente d’organes ça m’a jamais... moi j’étais naïve, ça m’a jamais évoqué quoi que ce soit de grave ni de dangereux. Et puis en fait les patientes euh... « j’ai discuté avec j’sais plus qui, qui m’a dit que j’avais surement une descente d’organes, mais qu’est ce qu’il va se passer ? c’est hyper inquiétant ! » (rises) « bah oui, c’est... vous inquiétez pas, tout va bien se passer ! »”

Certains médecins constataient **ne pas être le premier recours** pour les patientes se plaignant de troubles gynécologiques.

MG3 : “Je vais pas forcément venir pour ça voir mon généraliste. Je pense que le gynéco va être plus une porte d’entrée pour ça.”

Du niveau de connaissance et d’aisance des différents médecins semblait découler un **sentiment de légitimité ou d’illégitimité** face à une plainte de POP. Le décalage entre les patientes et les médecins, et le fait que le médecin généraliste ne soit pas toujours l’interlocuteur de premier recours pour les patientes paraissaient augmenter ce sentiment d’illégitimité.

d) Rôles que les médecins généralistes s’accordent

La place que les médecins s’accordaient dans la prise en charge du POP étaient **variable**. Certains se donnaient une **place centrale** dans la prise en charge, d’autres un rôle plus **périphérique**.

Les médecins généralistes se donnaient un rôle important dans la **réassurance** et l’**éducation thérapeutique** sur le POP et sa prise en charge. Ils utilisaient le plus souvent une **communication visuelle** à visée pédagogique.

MG1 : “On explique, on rassure. Je fais toujours un dessin.”

MG6 : “Alors je leur montre toujours la planche anatomique, donc du plancher pelvien, avec vagin, utérus, vessie et puis rectum.”

Les médecins s'attribuaient un rôle dans la **présentation des différents traitements** du POP. Les traitements proposés aux patientes par les médecins généralistes étaient la **rééducation périnéale** par une kinésithérapeute ou une sage-femme, la **chirurgie**, le **pessaire** et les **mesures hygiéno-diététiques**.

MG8 : "Je leur présente les différentes options possibles sur ces problèmes-là. Donc entre la rééducation, le pessaire et la chir."

MG10 : "Alors quand je peux éventuellement aborder le sujet des thérapeutiques, donc voilà y'a l'hygiène de vie, la rééducation, et on peut proposer le pessaire par exemple avant une chirurgie, ou ça peut être une alternative à la chirurgie, ou une indication si la chirurgie est contre-indiquée."

Les médecins **déléguaient** régulièrement la prise en charge aux professionnels paramédicaux ou aux médecins spécialistes. Ils pouvaient déléguer **à différentes étapes** de la consultation pour le motif POP. Certains déléguaient dès l'examen clinique, d'autres pour les explications de traitements, ou encore au moment de l'étape du choix et de la mise en place d'un traitement.

MG3 : "Je fais peu d'examen gynéco donc moi je constate pas les prolapsus. Donc ça va être plutôt diagnostiqué, de manière formelle, par le kiné chez qui j'oriente (...), ou l'urologue ou les gynécos."

MG3 : "Après comme je fais pas de gynéco active on va dire, j'aborde pas forcément la présentation des différentes possibilités."

MG9 : "Et après j'avoue que je botte assez vite en touche en disant « si vous êtes intéressée, j'ai une collègue qui peut vous briefer sur le sujet de ce dispositif, et vous dire de quel dispositif vous pouvez relever »"

MG2 : "Moi j'envoie directement voir le gynéco ou l'urologue, parce qu'en fait je ne connais pas bien"

Les médecins s'accordaient un rôle important d'**orientation** vers les spécialistes. Ils décrivaient l'importance de la **connaissance d'un réseau de soins local** et des **prises en charges pluriprofessionnelles** du POP. Les médecins adressaient préférentiellement vers les confrères ou consœurs spécialisés dans le POP.

MG7 : "Mais après, dans mon activité, je pense que c'est surtout aiguiller vers les bons, donc soit gynéco, soit kiné."

MG9 : "On a une consœur là pas très loin qui est spécialisée qui travaille super bien donc on oriente pas mal vers elle du coup en rééducation."

MG7 : "Parce que je connais les compétences des uns et des autres, et puis je connais aussi un peu les plannings, celui de la gynéco qui est encore plus chargé que celui de la kiné. Donc c'est aussi la connaissance et la facilité de ce qu'il se passe ici, voilà."

e) Les indications des différents traitements : une hiérarchisation non systématisée

Les indications des différents traitements étaient très **variables** selon les médecins.

1. L'orientation vers la rééducation : l'incontournable

La rééducation périnéale était prescrite **quasiment systématiquement**, d'autant plus en post-partum.

MG1 : "Et puis d'emblée je propose de la kiné, euh... chez toutes les femmes, quel que soit l'âge, quelle que soit la volonté, je propose de la kiné."

MG9 : "Alors la rééducation de toute façon en préventif aussi, moi je l'ai assez facile en post-partum, voilà."

2. L'orientation vers la chirurgie : première ou deuxième intention

La place de la chirurgie dans la prise en charge du POP variait entre la **première** et **deuxième intention**.

Une partie des médecins attribuaient des **inconvénients** à la chirurgie du POP : irréversible, invasive, compliquée, présentant des contre-indications et des risques d'effets indésirables.

MG8 : "Je parle de tout acte chirurgical étant irréversible est toujours plus difficile à prendre"

MG7 : "Et sans être justement le côté très invasif et/ou justement échec de la chirurgie quoi. Et après une chirurgie c'est quand même compliqué après de revenir en arrière"

MG10 : "Ça peut être une autre solution que la chirurgie qui est quand même un peu plus compliquée"

MG9 : "J'en ai vu une autre là récemment pour le coup elle a eu une plaie de l'uretère pendant la chirurgie"

MG9 : "Euh la patiente qui a une contre-indication chirurgicale"

Ils évoquaient la **controverse** récente sur les prothèses.

MG9 : "Donc voilà, malgré toutes les réticences actuelles sur la bandelette euh bon"

Ces médecins étaient donc **réticents** à orienter les patientes vers la chirurgie au vu de ces éléments. Ils préféraient proposer en premier lieu le pessaire ou la rééducation et réservaient la chirurgie comme traitement de **dernier recours**.

MG7 : "C'est vrai que le degré de réussite de la chir c'est plutôt variable aussi, bah autant que quelque chose qui peut être variable soit moins délétère sur les risques infectieux, et cetera."

MG7 : "Donc soit la rééducation, soit le pessaire, et voire après la chirurgie, si on avait écumé toutes les autres possibilités."

Une autre partie des médecins trouvaient cependant des **avantages** à l'option chirurgicale : curative, définitive, radicale, durable et souvent efficace.

MG1 : "Je trouve que ça marche bien, et que c'est un traitement curatif et pas palliatif."

MG9 : "Je me dis que c'est sympa de pouvoir avoir une prise en charge définitive quoi, tourner la page aussi quoi."

Ceux-ci pouvaient orienter les femmes vers la chirurgie en **première intention**.

MG5 : "Mais sinon je suis plutôt axée sur chir oui"

MG5 : "Bon là je leur propose d'emblée la chirurgie."

3. L'orientation vers le pessaire : première ou deuxième intention

La place du pessaire dans la prise en charge du POP variait également selon les médecins entre la **première et deuxième intention**.

MG10 (en parlant du pessaire) : "C'est quand même un truc qui peut être utilisé en première intention"

MG2 : "Mais j'sais pas le pessaire quand même euh... Bah pas en première intention"

MG9 (en parlant du pessaire) : "Mais bon, c'est vrai que ça reste plutôt un second choix pour moi, pour l'instant"

MG2 (en parlant du pessaire) : "Donc je me dis que ça peut peut-être être une solution, de dernier recours."

Les médecins évoquaient aussi bien des **inconvénients** que des **avantages** au pessaire. Ils seront détaillés ci-dessous dans la partie des résultats consacrée au pessaire (**paragraphe Bb**). Ces avantages et inconvénients impactaient ainsi la place accordée au pessaire dans la prise en charge proposée par les médecins.

4. Facteurs influençant les propositions de traitements

Les médecins prenaient en compte **plusieurs caractéristiques de la patiente** pour adapter leurs propositions thérapeutiques :

- **L'âge** : *MG5 : "En fait ça dépend de leur âge"*
- **Le niveau d'autonomie** : *MG6 : "L'autonomie... L'autonomie de la patiente aussi. Bah clairement, une dame de 80 ans qui peut pas se... enfin qui a de l'arthrose partout, le pessaire euh bon (rire)"*
- **La qualité de vie** : *MG5 : "En fait ça dépend (...) de leur qualité de vie"*
- **Les antécédents et comorbidités** : *MG5 : "En fait ça dépend (...) de leurs... je dirais euh possibilités interventionnelles on va dire."*
- **La parité** : *MG6 : "Voilà, et les dames (...) qui ont eu des grossesses par exemple."*

- **Le statut ménopausique** : MG10 : *“Plutôt les femmes ménopausées euh... Enfin on va dire plutôt les femmes de 60 que 40 (rire).”*
- **L’activité sexuelle** : MG6 : *“Et l’activité sexuelle aussi”*
- **L’activité physique** : MG6 : *“Voilà, et les dames qui font du sport”*
- **L’aisance des patientes avec leur corps** : MG1 (en parlant du pessaire) : *“Donc je le verrai ouais proposer aux femmes (...) suffisamment à l’aise avec leur corps.”*

Les **caractéristiques du POP** entraient aussi en compte dans leur décision thérapeutique :

- **Le grade** : MG5 : *“Quand il est vraiment vraiment très important et que je vois que de toute façon ça passera pas, bon là je leur propose d’emblée la chirurgie.”*
- **Le tonus périnéal** : MG3 : *“Après je pense qu’il faut garder un certain tonus quand même au niveau du périnée pour pouvoir utiliser ça donc euh bon, des patients en surpoids et qui ont aucun périnée je suis pas sûr que ça puisse trop marcher, donc là faudra aller vers la chirurgie.”*
- **Le retentissement fonctionnel** : MG3 : *“Et puis en fonction des symptômes, parce que le prolapsus c’est anatomique mais c’est surtout une histoire de symptômes, ça dépend si elle est gênée ou pas aussi.”*
- **L’évolution** : MG5 : *“En voyant l’évolution aussi.”*

Les médecins reconnaissent **l’influence de leurs représentations personnelles** sur les propositions de traitements faites ou non aux patientes.

MG5 : “C’était aussi en fait un peu mon esprit à moi qui voulait pas la faire opérer, et en fait du coup j’ai compliqué un peu les choses aussi ouais je pense. (...) Donc voilà, je m’étais imaginée que ça allait être encore une galère pas possible. Et puis non.”

MG9 : “Enfin je me dis que si dans 2 ans c’est mon tour d’avoir une incontinence euh bon, je serai contente d’avoir une solution durable quoi je pense, c’est vrai. (...) Je me dis que j’aimerais pas moi vivre avec une solution d’appoint.”

MG1 : “Et je me dis du coup, ça m’a créé une image négative du pessaire.”

f) Une prise en charge individualisée à chaque patiente

1. Acceptabilité et adhésion inconstantes

Les médecins constataient une **adhésion** très variable d'une patiente à l'autre pour les différents traitements.

Ils remarquaient parfois une **réticence** des femmes envers les différents traitements du POP.

MG8 : "J'en envoie pas mal à notre kiné qui fait de la rééduc, et j'ai reçu pas mal de refus."

MG3 : "Après je pense qu'il y a des patientes qui ne veulent pas se faire opérer, parce que voilà, y'en a qui préfèrent vivre avec leurs symptômes que de se faire opérer."

MG5 (en parlant du pessaire) : "Il y en a certaines hein, qui sont totalement résistantes à l'idée d'avoir un truc dans le corps, enfin voilà y'a des représentations hein"

Les médecins voyaient par contre parfois des patientes **enthousiastes** face aux propositions de traitement.

Certaines patientes rapportaient aux médecins vouloir absolument une chirurgie, considérant ce traitement comme **curatif** et **définitif**.

MG10 : "Certaines vont préférer la chirurgie parce que voilà, après hop c'est terminé, c'est fini, on va résoudre le problème et on en parlera plus."

D'autres femmes refusant de se faire opérer étaient motivées pour essayer le pessaire.

MG6 (en parlant du pessaire) : "Ah bah quand elles sont très très symptomatiques et qu'elles sont motivées pour en fait, elles se disent ok, enfin elles sont pas réticentes, que tout de suite qu'elles sont convaincues par l'idée, qu'elles ont pas envie de voir un chirurgien."

2. Efficacité et satisfaction inconstantes

Les médecins observaient une **efficacité** du traitement et une **satisfaction** des patientes variables.

Les médecins constataient parfois un **manque d'efficacité** de la rééducation.

MG9 : "On a fait plusieurs fois de la kiné, avec une efficacité assez médiocre, c'était venu trop tard je pense."

Ils voyaient certaines patientes **très satisfaites** de leur opération du POP.

MG9 : "C'est vrai que globalement moi j'ai un paquet de patientes qui ont été opérées par le passé qui sont aussi super contentes quoi, donc c'est vrai qu'une fois que c'est fini, c'est fini quoi, la patiente est tranquille."

Ils constataient cependant parfois des **échecs** et des **complications** après une prise en charge chirurgicale du POP.

MG9 : “J’en ai vu une autre là récemment pour le coup elle a eu une plaie de l’uretère pendant la chirurgie, donc elle du coup euh elle est moins satisfaite.”

MG11 : “Ben d’éviter qu’il y ait une anesthésie, d’éviter les cicatrices, des adhérences, des effets secondaires en fait d’une chirurgie.”

MG7 : “Mais c’est vrai que le degré de réussite de la chir c’est plutôt variable aussi”

Certains médecins avaient des **retours positifs** de patientes satisfaites de leur pessaire. Elles leur décrivaient une nette amélioration de leurs symptômes et de leur qualité de vie.

MG6 : “Et donc du coup quand elles reviennent, les dames elles disent « ouais c’est trop bien quoi, je me pisse plus dessus » par exemple, ou « je ne sens plus ce petit truc gênant quand je m’essuie »”

MG9 : “Et finalement elle a un pessaire, et elle est ultra contente !”

D’autres patientes leur rapportaient **ne pas être soulagées** ou avoir eu des **problèmes de tolérance** avec leur pessaire.

MG1 : “Mais les trois elles sont dubitatives de dire « ouais peut-être, ça me gêne, mais en fait je suis pas à l’aise, mais en fait euh voilà ». (...) Mais je les sentais ouais, pas super emballées.”

Les médecins **adaptaient la prise en charge du POP en fonction des retours** positifs ou négatifs qu’ils recevaient des patientes.

Les **retours positifs** des patientes sur la chirurgie incitaient les médecins à orienter les patientes atteintes de POP vers la chirurgie.

MG9 : “Bah logiquement une opération qui se passe bien, et c’est vrai que globalement moi j’ai un paquet de patientes qui ont été opérées par le passé qui sont aussi super contentes quoi, donc c’est vrai qu’une fois que c’est fini, c’est fini quoi, la patiente est tranquille.”

Selon les retours d’efficacité, les médecins adaptaient leur prescription ou orientation.

MG8 : “Et donc si échec de la rééducation je leur parle du pessaire, et je leur parle de la chir aussi si je sais qu’elles seront pas récusées de la chir.”

MG3 : “Et puis après ben voilà, si elle me dit ça marche pas, ça sert à rien, bah oui à ce moment et si la patiente le souhaite on ira voir le chirurgien uro ou gynéco pour discuter.”

MG11 : “Qu’est-ce qui va faire que je vais parler du pessaire ? Euh... Bah quand la rééducation n’a pas suffi”

3. Adapter la prise en charge à chaque patiente

L'**adhésion**, l'**efficacité** et la **satisfaction** des patientes influençaient également les médecins dans la prise en charge du prolapsus. Ils accordaient une place centrale au **respect du choix et représentations des patientes**. Ils adaptaient leurs propositions en fonction de chaque patiente pour leur proposer une **prise en charge individualisée**.

MG1 (en parlant du pessaire) : "Celles que je sens suffisamment à l'aise et qui me disent qu'elles ont pas envie de voir de chirurgien, et la kiné pfff franchement ça les soulent et qu'elles ont pas envie, elles ont pas le temps, elles ont pas besoin, machin, je leur prescrirais"

MG6 : "Et puis après euh, c'est toujours en fonction de leur choix."

MG3 : "Bah c'est, avec ce qu'on peut croiser parfois avec des représentations qui ne collent pas avec la réalité de l'anatomie en fait chez certains patients, et là ça va forcément être plus compliqué et c'est des choses qu'elles vont pas oser faire. (...) Si la patiente elle met tout de suite un frein et qu'on sent qu'elle peut pas se projeter dans ça, on va pas forcément forcer les choses quoi"

B. Pessaire

a) **Le pessaire : entre désuétude et sujet d'actualité**

Certains médecins voyaient le pessaire comme un traitement **désuet**, prescrit en **dernier recours**, uniquement **palliatif**, et qui avait été **remplacé par la chirurgie**.

MG10 : "Et après ouais disons que c'était passé de mode entre guillemets, et que la chirurgie allait tout résoudre quoi, tu vois. En fait on a supprimé le pessaire en disant « mais non Madame, vous allez voir moi aller, je vais vous opérer, ça va être nickel vous n'allez plus avoir de soucis »"

MG1 : "Alors que le pessaire c'est palliatif."

MG9 : "Eh bah en fait pour être honnête, ces dernières années pour moi c'était un truc archaïque qu'on n'utilisait plus du tout."

D'autres médecins remarquaient un **retour au pessaire** dans les pratiques et avaient **changé récemment leur point de vue** sur le pessaire. Ils le décrivaient comme un **sujet d'actualité**.

MG10 : "Alors que je pense que maintenant c'est revenu, c'est avant la chirurgie. Et non pas un traitement de la dernière chance."

MG9 : "Bah finalement je trouve que c'est une solution qui devient de plus en plus pratique, en fait c'est une solution que je suis contente de connaître mieux maintenant."

MG4 : "Il y a eu une réflexion aussi des gynéco sur le sujet, voilà un mouvement vers une plus ample prescription de ces dispositifs."

Il existait des points de vue opposés sur la **prévalence** de patientes porteuses de pessaire en consultation.

Une partie des médecins décrivaient être **très rarement voire jamais confrontés au pessaire**. Ils déclaraient ne pas toujours être informés si leurs patientes portaient des pessaires. Les sujets du pessaire et du prolapsus n'étaient pas prioritaires à aborder en consultation pour les médecins.

MG2 : "Mmh bah j'ai vraiment quasi pas de patientes qui sont sous pessaire, et puis elles voient direct avec le gynéco donc bon... Ou alors elles y sont mais elles m'ont pas dit et elles m'en parlent pas."

MG4 : "Pff ouais non franchement j'en ai très peu je pense, là comme ça je sais pas, je sèche. Ben après j'ai sans doute des patientes hein, mais j'ai sans doute pas poser la question parce que... parce que il y avait d'autres choses à gérer, et c'était pas prioritaires et si elles se plaignaient de rien et ben voilà."

D'autres médecins remarquaient **un retour au pessaire** dans les pratiques et y étaient de plus en plus régulièrement confrontés.

MG1 (en parlant du nombre de patientes porteuses de pessaire dans sa patientèle) : "Bah oui tu vois je te dis cette année, tu m'aurais dit l'année dernière je t'aurais dit non, mais là cette année euh j'en ai trois !"

Les médecins avaient des avis tranchés sur le pessaire, le voyant comme traitement de première intention pour certains, et de dernière intention pour d'autres.

b) Représentations des médecins généralistes sur le pessaire : conviction ou image négative

1. Être convaincu par le pessaire et ses avantages

Une partie des médecins étaient convaincus de la **place centrale du pessaire**. Ils avaient un **avis très positif** sur le pessaire.

MG8 (en parlant de son point de vue sur le pessaire) : "Très positif. Ouais très positif, mon point de vue il est euh... Enfin ça fait vraiment partie de notre arsenal thérapeutique du prolapsus maintenant."

MG7 (en parlant de son point de vue sur le pessaire) : "Euh non non donc oui, une vraie place, enfin une place primordiale sur la prise en charge du prolapsus."

Ces médecins reconnaissaient des **avantages** au pessaire tels que :

- **Peu de risque d'effets indésirables** : *MG8 : "Et le fait qu'il y ait très très peu d'effets indésirables"*
- **Non invasif** : *MG8 : "C'est non invasif, réversible."*
- **Simple** : *MG6 : "Ça me paraît vraiment une solution qui est simple"*

- **Rapide** à mettre en place : *MG10 : “Que avec un moyen simple, rapide, avec lequel on peut résoudre le problème.”*
- **Réversible** : *MG8 : “Et c’est réversible, donc c’est top.”*
- Possible sur le **long terme** : *MG5 : “Quand ça fonctionne bien, oui non elles peuvent le garder longtemps”*
- **Sans contre-indication** : *MG3 : “Quand je le prescris je me dis pas « attends faut quand même que je check ça ou ça », j’ai pas d’arrière-pensée négative particulière.”*
- **Évitant le recours au spécialiste** : *MG3 : “Et sans avoir recours au spécialiste aussi, et quand on sait les délais de recours qu’il y a au spécialiste”*
- **Évitant les effets indésirables de la chirurgie** : *MG8 : “Et éviter un bloc, enfin éviter une chirurgie”*

2. Une image négative et inconvénients du pessaire

Une autre partie des médecins avait une **vision négative** du pessaire.

Un des inconvénients du pessaire énoncé par les médecins était son rôle uniquement **palliatif**. Les médecins avaient une préférence pour un traitement radical et curatif comme la chirurgie.

MG1 : “Il vaut mieux proposer une chirurgie parce que, parce que quand même je trouve que ça marche bien, et que c’est un traitement curatif et pas palliatif”

Certains médecins voyaient le pessaire comme un traitement **uniquement temporaire**. Ils le voyaient même comme une **perte de chance** de pouvoir se faire opérer en temporisant une éventuelle chirurgie.

MG5 : “C’est ce que je leur explique, que plus vous reculez, peut-être vous aurez des comorbidités et on vous opérera pas, et fin voilà c’est plus comme ça mon raisonnement.”

Les médecins voyaient le pessaire comme un dispositif **intrusif**, avec des **problèmes d’acceptation et de tolérance** de la part des patientes. Pour les médecins, le pessaire semblait être une **contrainte** pour les patientes. Ils envisageaient cette contrainte surtout pour les femmes jeunes au moment de leurs règles, pendant les rapports sexuels ou les activités sportives. L’entretien et les manipulations régulières du pessaire étaient aussi vus comme une contrainte.

MG5 : “Ben ouais, être à l’aise de le manipuler, de pouvoir l’introduire, de l’enlever, euh... Y’a des femmes qui sont pas du tout à l’aise d’aller euh... au niveau vaginal hein”

MG9 : “Et là elle se lève, et en fait elle dit que ça la gêne, elle commence à hurler à la mort donc je lui enlève et au final ça s’est arrêté là (rire)”

MG5 : “Mais parfois y’a des irritations, quelques fois y’a quand même des prolapsus ou même avec le pessaire ça tient pas quoi, voilà.”

MG2 : “Non mais et puis t’imagines, en plus t’as un rapport sexuel, il est pas prévu, euh “attends j’enlève mon truc” euh non non, pff... (pause).”

Les médecins disaient être confrontés à la **méconnaissance**, aux **inquiétudes** et aux **représentations négatives** des patientes sur le pessaire. La méconnaissance des patientes était décrite comme un frein à la prescription du pessaire par la médecin.

MG8 : “La plupart elles connaissent pas hein, c’est très peu connu je pense dans la population générale.”

MG8 : “Ouais c’est un frein ouais, pour les patientes, enfin pour moi aussi, pour leur parler de ça. Enfin ça leur fait découvrir quelque chose, ça les inquiète un peu. Ouais ça serait mieux que ça soit un peu plus plébiscité.”

MG5 : “Après si je vois, il y en a certaines hein, qui sont totalement résistantes à l’idée d’avoir un truc dans le corps, enfin voilà y’a des représentations hein.”

Une partie des médecins voyait le pessaire comme une **contrainte pour le médecin**, notamment en termes de temps nécessaire à y consacrer. Les explications sur le pessaire, la consultation de pose, le suivi régulier du pessaire étaient décrits comme chronophages.

MG5 : “Enfin tu sais celle dont je te parlais tout à l’heure je l’ai vue au moins trois fois, il tombait, je lui remettais, il retombait... Enfin je sais pas, mais c’était toutes les semaines à un moment hein”

MG5 : “Et puis je pense que le frein il est peut-être aussi médical. Faut du temps. (pause). Non mais c’est pas un truc qui s’explique si facilement quoi.”

Par ailleurs, la question du **coût** et du **remboursement** était un facteur limitant la prescription. Le prix pouvait être un frein pour la prescription initiale et éventuellement pour un deuxième achat en cas de prescription initiale inadaptée. Néanmoins, le prix du pessaire leur paraissait raisonnable au regard des bénéfices attendus.

MG10 : “Le pessaire est pas remboursé. (...) Voilà après 30 euros en valeur absolue c’est peut-être cher, mais ça peut éventuellement leur apporter un bienfait et voilà. Après ça peut être effectivement un frein. A voir.”

MG6 : “Parce que je savais que du coup ça pouvait être un frein quoi, ça a un certain prix, je veux dire tout le monde ne peut pas se permettre de l’acheter, surtout si je me trompe de taille après.”

c) Attitudes des médecins avec le pessaire : une appropriation variable

1. Appropriation aisée du pessaire dans la pratique

Une partie des médecins convaincus par le pessaire **se l'était approprié et l'utilisait en pratique courante**. Ils le proposaient régulièrement voire systématiquement aux patientes comme option de traitement.

MG5 (en parlant du pessaire) : "Non, je crois que j'en parle à toutes. Ouais. (...) je pense que la proposition elle va venir pour toutes celles qui ont un prolapsus."

MG3 : "Donc c'est quelque chose que j'intègre dans ma réflexion, que je ne pratique pas moi mais je l'ai vraiment intégré dans ma pratique et je peux en parler aux patients, leur expliquer le principe si y'a besoin quoi."

Certains médecins interrogés posaient eux-mêmes des pessaires en consultation. Ils prévoyaient la pose sur une **consultation dédiée**, sur un créneau long. Cette consultation permettait de prendre le temps d'**expliquer** et de **rassurer** la patiente sur les manipulations du pessaire en autonomie. Les médecins utilisaient souvent une **communication visuelle** pour expliquer le pessaire aux patientes.

MG5 : "Et donc je lui ai dit « on se reverra, on prévoit une consult' juste pour ça »"

MG6 : "Du coup, ça quand je leur dis ça, y'a des dames qui me disent « ah mais j'ai peur de pas savoir le remettre après toute seule à la maison », et c'est pour ça que j'insiste et que je leur dis « on prend le temps en consultation, que vous le remettiez vous-même » (...) Et donc voilà en général ça les rassure quoi."

MG5 : "Bah il y a aussi une vidéo sur internet. « Pose de pessaire ». Ouais. Et puis ben j'explique, ou on fait ensemble, fin voilà quoi."

Certains médecins déclaraient **être à l'aise** avec la pose de pessaire. Ils avaient déjà eu des expériences de poses faciles de pessaire.

MG10 : "Mais ouais en plus c'est pas si compliqué à poser. Faut une petite technique, mais ouais."

MG5 : "Ouais je suis à l'aise, enfin je dirais comme un examen gynéco quoi, pose de spéculum ou de pessaire, voilà quoi. Enfin c'est pas la même chose, mais ça me pose pas de problème quoi."

Ils organisaient ensuite des **consultations de suivi** à un rythme adapté à chaque patiente. Ces consultations leur permettaient d'évaluer l'efficacité, la tolérance et l'aisance des patientes avec leur pessaire.

MG6 : "Alors ensuite je les fais revenir entre un et trois mois. Bon y'a des dames qui veulent vraiment un mois un mois parce que voilà. Et puis d'autres elles se laissent un peu porter. Mais voilà on va dire 4 à 6 semaines d'une manière générale."

MG6 : "Et quand elles reviennent bah voilà, savoir si elles ont bien réussi à le remettre, savoir si ça soulage les symptômes, fin voilà les trucs basiques quoi."

Une grande place était accordée à la **présentation positive** du pessaire et aux **explications** pour en maximiser l'adhésion, l'observance, et donc l'efficacité. Une place particulière était donnée à l'**éducation** des patientes sur la physiopathologie et l'anatomie génitale.

MG7 : "Parce que je pense que plus on explique correctement et de façon un peu confiante qu'on peut faire adhérer le patient à tel ou tel principe, donc ouais."

MG6 : "Ce qui peut être un petit frein, je reviens sur la question d'avant, c'est des dames où elles disent « j'ai peur de ne pas réussir à le mettre » en fait. Après je les rassure toujours que je prends le temps en consultation."

MG7 : "Ben je fais tout pour que ça fonctionne, en tout cas j'espère vraiment que ça fonctionne"

MG6 : "Je pense les dames quand elles ont compris anatomiquement comment ça fonctionne, tout de suite ça leur paraît évident quoi."

Les médecins à l'aise avec le pessaire déclaraient l'être après avoir suivi des **formations** sur le sujet. Ils avaient également adapté leur pratique **sur le terrain** avec l'expérience.

MG6 : "Donc sur la visio on avait eu des vidéos, des explications, des démonstrations... Enfin non pas de démonstrations, mais des vidéos quoi. Puis après ben c'est de se lancer hein, sur le tas."

MG4 : "Pour l'utilisation je pense qu'il faut un peu d'expérience. (...) Il faut entre guillemets pratiquer, se former, faire régulièrement pour être efficient"

MG5 : "Parce que j'avais une patiente qui avait un pessaire, et enfin c'était comme ça que j'ai découvert « oh qu'est-ce que c'est que ce truc ? ». Parce qu'en fait on nous en parle, voilà pessaire, mais je crois que j'en avais jamais vu. Et donc je crois que j'avais regardé la notice voilà, comment poser, et puis je m'étais dit oui ok, si on m'en reparle faut peut-être regarder et se lancer quoi."

Certaines patientes arrivaient à être très **autonomes** avec leur pessaire, ne nécessitant qu'un suivi occasionnel avec leur médecin pour ce sujet. Cette autonomie était décrite comme satisfaisante pour le médecin et pour les patientes.

MG3 : "Et puis avec une autonomie quand même de la patiente, si je ne m'abuse, qui quand même peut être intéressante. (...) Donc ça a cet intérêt-là, être autonome, maîtriser un peu ce qu'il se passe"

MG5 : "Ben le suivi généralement après si elles sont à l'aise c'est bon quoi ça va"

2. Appropriation difficile dans la pratique

Une partie des médecins **ne s'étaient pas approprié** le pessaire. Ils ne le proposaient qu'en **deuxième voire dernier recours**.

MG5 : "Mais sinon je suis plutôt axée sur chir oui, et sinon je mets un pessaire."

MG1 : "Celles (...) qui me disent qu'elles ont pas envie de voir de chirurgien, et la kiné pfff franchement ça les soule et qu'elles ont pas envie, elles ont pas le temps, elles ont pas besoin, machin, je leur prescrirais"

MG2 : "Je me dis que ça peut peut-être être une solution, de dernier recours. (...) Si je sentais qu'il y avait pas le choix, oui."

Certains médecins **déléguaient** rapidement voire d'emblée la présentation, l'éducation thérapeutique, la pose, le suivi, l'entretien et la gestion des complications du pessaire. Les différentes raisons évoquées étaient le manque de temps, le manque d'aisance à parler du pessaire, le manque de connaissance et de formation sur ce dispositif.

MG4 : "Donc si on est soi-même pas complètement à l'aise avec le sujet, on n'est pas forcément le meilleur prescripteur. Donc y'a un intérêt peut-être à envoyer vers un autre prescripteur."

MG2 : "Je lui ai dit « vous irez voir le gynéco ». Voilà. Je me suis pas sentie de... Fin voilà franchement j'y connais rien. (...) C'est pas simple !"

MG3 : "Ou alors il faut passer la main pour que un kiné ou une sage-femme puisse amener les choses progressivement avec une rééducation mais aussi une éducation de la patiente quoi."

MG9 : "Voilà il existe un truc, c'est le pessaire, c'était balayé euh pfff. Mais à la fac on n'a pas de formation là-dessus."

MG10 : "Mais c'est plutôt l'indication, est-ce qu'il y a une indication, quelle indication, à quel moment je fais ça, qu'est-ce que je fais, pourquoi, est-ce que je dois faire avant un test de je sais pas quoi, une échographie ou... Y'a tout un protocole je pense avant, je sais pas quoi, une échographie, ou autre chose..."

D'autres médecins rencontraient des **difficultés techniques pour le choix de la taille et forme** de pessaire adaptées. Ils ressentaient le **besoin de se former** sur le sujet. Ils décrivaient aussi un **besoin de pratiquer régulièrement** pour être à l'aise avec les pessaires.

MG5 : "Alors, ce qui me manque surtout c'est la taille du pessaire (rire). Le choix de la taille j'ai encore du mal. Donc quelques fois je bug. Mais, je vais me perfectionner."

MG10 : "Je sais pas, peut-être parce que j'ai plus l'habitude de le faire, j'ai plus les indications, je sais pas euh après la taille, le stade, machin... C'est pas un truc que je fais régulièrement, donc comme je le fais pas régulièrement..."

Certains médecins avaient dû se faire aider d'un spécialiste pour la prescription d'un pessaire adapté.

MG9 : "J'ai appelé un gynéco à l'hôpital, (...) donc je lui décris un peu « elle est comme ça », et donc il m'a dit « ben mets telle taille »"

Des médecins disaient **ne pas être intéressés ni avoir le temps de se former** à la pose de pessaires. Ils exprimaient aussi des difficultés à rester informés des nouvelles recommandations et évolutions sur les pessaires.

MG10 : "Après est-ce que je suis prêt à refaire des formations pour en repasser ? (pause) Pas forcément, c'est pas mon objectif."

MG7 : "Après moi clairement, moi je délègue. Voilà c'est vraiment parce que j'aurai pas le temps de m'intéresser puis surtout de m'habituer aux gestes. On va dire qu'il faudrait que je fasse aussi plus de gynéco en général, ce qui n'est pas trop dans mon optique."

MG4 : "Mais voilà, le fait d'en faire peu finalement, on va pas être très à l'aise avec des dispositifs qui sont voués à évoluer, avec des marques chez untel et untel, avec des formats qui vont aussi sans doute évoluer dans le temps, bon."

Des médecins déclaraient avoir déjà eu des **difficultés avec la pose** de pessaire, parfois impossible avec besoin de déléguer.

MG6 : "Et puis ouais, j'en ai eu deux ou en gros j'ai pas réussi à le poser bah c'est le jeu hein. (...) Bah soit on retente à un autre moment, soit on passe la main et voilà quoi."

Une des limites exposées par les médecins pour la mise en place de pessaire concernait l'**accès aux soins**. Ils décrivaient des difficultés d'accès aux gynécologues et aux professionnels paramédicaux spécialisés. Les médecins avaient tendance à orienter plutôt vers des kinésithérapeutes ou sage-femmes spécialisés pour essayer de réduire les délais de prises en charge.

MG5 : "Les gynéco c'est dur aussi à trouver hein. C'est pour ça d'ailleurs que je te parle beaucoup de sage-femmes, c'est parce que c'est un bon recours quoi."

MG7 : "Si je vois que ça commence à être compliqué, je passe moi-même le relais à la kiné pour la motiver, enfin voilà pour lui dire aussi que ça serait bien qu'elle soit vue rapidement quoi. Voilà, on dirige un peu plus."

Selon les médecins interrogés, la préférence des paramédicaux allait vers une prise en charge par pessaire et celles des gynécologues vers la chirurgie.

MG10 : "Mais je suis pas sûr que le chirurgien soit très pessaire (rire). Je suis pas sûr qu'il le propose trop, pas sûr qu'il soit très emballé. A la limite les gynécologues ou les sage-femmes, ouais les sage-femmes sont beaucoup plus pessaire. Ce qui est normal, elles veulent trouver une solution avant la chirurgie."

Certains médecins étaient confrontés à un manque de connaissance et d'aisance, voire même une inquiétude des soignants en EHPAD et des pharmaciens avec le pessaire.

MG10 : "Et je pense que ouais je vais le prescrire à la pharmacie. Qui va peut-être me demander « c'est quoi ça ? » (rire)"

MG1 : "Han ! T'imagines un pessaire en EHPAD, (...) au niveau infirmières et aides-soignantes, je suis pas sûre que les infirmières elles sachent poser un pessaire"

MG10 (en parlant des soignants en EHPAD) : "Et aussi pour les soignants qui disent « ah mais c'est quoi ce truc, je veux pas voir, je veux pas regarder, je veux pas toucher » (rire)"

Toutes ces limites et ces freins ainsi que ceux décrits au paragraphe Bb) **entravaient l'intégration du pessaire dans la pratique** des médecins.

3. Une inertie entre la conviction et l'appropriation

Certains médecins se déclaraient convaincus par le pessaire et présentaient un intérêt croissant pour ce dispositif. Cependant, cette conviction ne se traduisait pas systématiquement par une appropriation en pratique clinique, révélant ainsi une certaine **inertie dans son adoption**.

MG4 : "Je sais qu'il y a une tendance à l'utiliser un peu plus, mais pour l'instant je ne fais pas partie du mouvement de prescription."

MG3 : "Donc c'est quelque chose que j'intègre dans ma réflexion, que je ne pratique pas moi mais je l'ai vraiment intégré dans ma pratique et je peux en parler aux patients"

Certains médecins exprimaient **l'envie de se former** prochainement et **envisageaient de proposer** voire de poser des pessaires à l'avenir.

MG1 : "Mais après, il faut que je fasse une formation pour savoir quel type de pessaire"

MG5 : "Et ça serait pas mal de nous faire des formations. Tu vois euh le truc de la taille du pessaire, il faut que je trouve l'info sur la taille du pessaire. (...) Je m'étais dit que je chercherai un peu pour voir comment je peux faire."

MG9 : "Donc c'est vrai que c'est un outil que peut-être je maîtriserai mieux par la suite."

d) Le pessaire selon le profil de la patiente

Une question centrale pour les médecins était de déterminer le **profil de patientes** à qui proposer le pessaire. Les caractéristiques **des patientes** et **du POP** étaient prises en compte pour juger de l'indication du pessaire ou non.

Selon les médecins, certaines **caractéristiques des patientes** étaient des éléments centraux de décision :

- **L'âge** : MG1 : *“Donc je le verrai ouais proposer aux femmes pas trop âgées”*
- Une **bonne compréhension** : MG5 : *“Et puis je pense que la compréhension était pas aussi, bon...”*
- Un **niveau d'autonomie suffisant** : MG6 : *“Ouais l'autonomie... L'autonomie de la patiente aussi.”*
- Une **aisance de la patiente avec son corps** : MG5 : *“Et puis y'en a aussi faut quand même être à l'aise avec son corps hein pour mettre un pessaire je pense.”*

Les médecins s'enquéraient de **l'autonomie** des patientes à pouvoir gérer le pessaire.

Selon eux, certaines situations pouvaient impacter le port et l'entretien du dispositif :

- Un **handicap moteur** : MG5 : *“Elle était aussi un peu plein d'arthrose donc c'est vrai que c'était pas forcément simple pour elle hein.”*
- Un **âge avancé** : MG6 : *“Bah clairement, une dame de 80 ans qui peut pas se... enfin qui a de l'arthrose partout, le pessaire euh bon (rire), clairement pas possible quoi, ça me paraît compliqué.”*
- Une **obésité** : MG3 : *“Des patients en surpoids et qui ont aucun périnée je suis pas sûr que ça puisse trop marcher”*
- Un **manque d'hygiène** : MG11 : *“Et qu'il soit capable de respecter certaines conditions d'hygiène notamment.”*
- Des **facultés cognitives réduites** : MG1 : *“Donc je le verrai ouais proposer aux femmes pas trop âgées, pas démentes”*
- Un **manque d'aisance avec son corps** : MG2 : *“Faut qu'elle arrive à le manipuler ce truc ! Qu'elle accepte aussi la manipulation ! Et puis qu'elle soit suffisamment à l'aise quoi. Pas facile hein.”*

Les médecins se basaient **sur leur ressenti** pour définir si la patiente avait un profil adapté au port d'un pessaire ou non.

MG3 : “Euh bonne question, alors ça c'est euh, c'est plus du ressenti et de l'attitude des patientes, par exemple quand on va aborder les sujets un peu gynéco”

Les médecins basaient également leur décision de proposer ou non un pessaire selon les **caractéristiques du prolapsus** :

- Le **grade** du POP : *MG5 : “Quand il est vraiment vraiment très important et que je vois que toute façon ça passera pas, bon là je leur propose d’emblée la chirurgie.”*
- Le **tonus périnéal** : *MG3 : “Après je pense qu’il faut garder un certain tonus quand même au niveau du périnée pour pouvoir utiliser ça”*
- La **durée d’évolution** du POP : *MG5 : “En voyant l’évolution aussi.”*

Certains médecins **présentaient le pessaire à toutes les patientes** sans distinction. D’autres ne le présentaient qu’aux patientes dont ils jugeaient le **profil adapté** à la pose d’un pessaire selon les différentes caractéristiques décrites plus haut.

MG5 : “Non, je crois que j’en parle à toutes. Ouais. (...) je pense que la proposition elle va venir pour toutes celles qui ont un prolapsus.”

MG3 : “Donc aussi en fonction du profil du patient je pense.”

e) Conscience des médecins généralistes de l’influence de leurs représentations

Les médecins reconnaissaient une **influence de leurs représentations sur les propositions de traitements** faites aux patientes, notamment le pessaire.

1. Influence des représentations négatives

Certains disaient être influencés par **leurs propres vécus**, par **leurs représentations personnelles négatives** sur le pessaire.

MG2 : “Moi je m’imagine, peut-être je m’identifie un peu aux patientes et je me dis quand même, 60 ans euh... tu peux faire des choses, est-ce que c’est pas compliqué d’avoir ça ? (...) C’est, c’est moi, ma représentation, peut-être que la patiente euh ça posera pas de problème en fait ! (...) Donc peut être que je me projette...”

MG9 : “Ouais donc c’est ça, et puis ben ouais chez la jeune femme en fait c’est que je me mets moi... Enfin la jeune femme de 40 ans (rire), non mais voilà je me dis chez la femme pré-ménopausée voilà bon mince, quand on est jeune ou voilà même un peu plus âgée, et tant qu’en gros elles ont encore une vie intime, bon je me dis que c’est pas le plus adapté quoi”

Certains médecins avaient été confrontés à des **complications** avec des pessaires, notamment des pessaires restés en place trop longtemps ou coincés. Les **problèmes de tolérance** avaient parfois conduit à l’abandon du dispositif. Ces expériences négatives jouaient un rôle dans la représentation qu’ils avaient du pessaire.

MG1 : “Et puis j’ai enlevé un pessaire coincé le mois dernier, chez une dame aveugle, qui me dit « je n’arrive pas à l’enlever, ça fait trois jours », et effectivement, y’a un truc euh... dégueulasse. (...) Et je me dis du coup, ça m’a créé une image négative du pessaire. Par rapport à ça.”

MG2 : “Ben en fait si ça se met et ça s’enlève facilement pourquoi pas, peut-être que j’ai juste eu cette mauvaise expérience de cette dame qui n’a pas pu le récupérer”

MG9 : “Et là elle se lève, et en fait elle dit que ça la gêne, elle commence à hurler à la mort donc je lui enlève et au final ça s’est arrêté là (rire).”

D’autres médecins disaient arriver à **mettre de côté** leurs représentations négatives pour présenter positivement le pessaire.

MG2 : “Ah je lui dirais pas toutes mes craintes, je lui dirais pas tous mes a priori (rire). (...) Non franchement, je pense que je saurai le vendre. Si je sentais qu’il y avait pas le choix, oui. Je sais vendre les choses.”

2. Influence des représentations positives

D’autres médecins retenaient surtout les patientes satisfaites de leur pessaire et avaient une **image très positive** du pessaire.

MG6 : “Ah oui. Oui oui oui. Bah je suis convaincue parce que j’ai vu des dames convaincues aussi hein ! Donc oui en gros, je suis méga convaincue.”

MG8 : “Très positif. Ouais très positif, mon point de vue il est euh...”

MG10 : “Et ben je pense que c’est une bonne chose que le pessaire soit de retour. Je trouve qu’il a encore sa place, et que c’est pas si archaïque que ça.”

Les médecins étaient **encouragés par la satisfaction et les retours positifs** des patientes. Le fait de **voir de plus en plus de patientes porteuses** de pessaire incitait également les médecins à proposer plus souvent le pessaire comme option de traitement.

MG6 (en parlant du pessaire) : “Bah je suis convaincue parce que j’ai vu des dames convaincues aussi hein !”

MG9 : “Donc je leur dis que y’a un dispositif, que j’ai quelques patientes satisfaites.”

MG9 : “Et donc le gynéco lui a proposé un pessaire, je me suis dit “ah bon ?”, et puis la patiente était contente donc j’ai gardé ça dans un coin de ma tête, et puis ça s’est représenté ensuite sur plusieurs euh...”

f) Modèles explicatifs

L’analyse des résultats nous a permis de construire **deux modèles explicatifs** (cf. **figures 1 et 2** p.47 et 48) que nous discuterons dans la deuxième partie de la discussion.

Ces 2 modèles sont reliés par le fait que les **représentations et les attitudes des médecins généralistes** sur le pessaire impactaient celles sur leur prise en charge des prolapsus (représenté par la couleur bleue sur les 2 schémas).

Figure 1. Représentations et attitudes des médecins généralistes sur le prolapsus

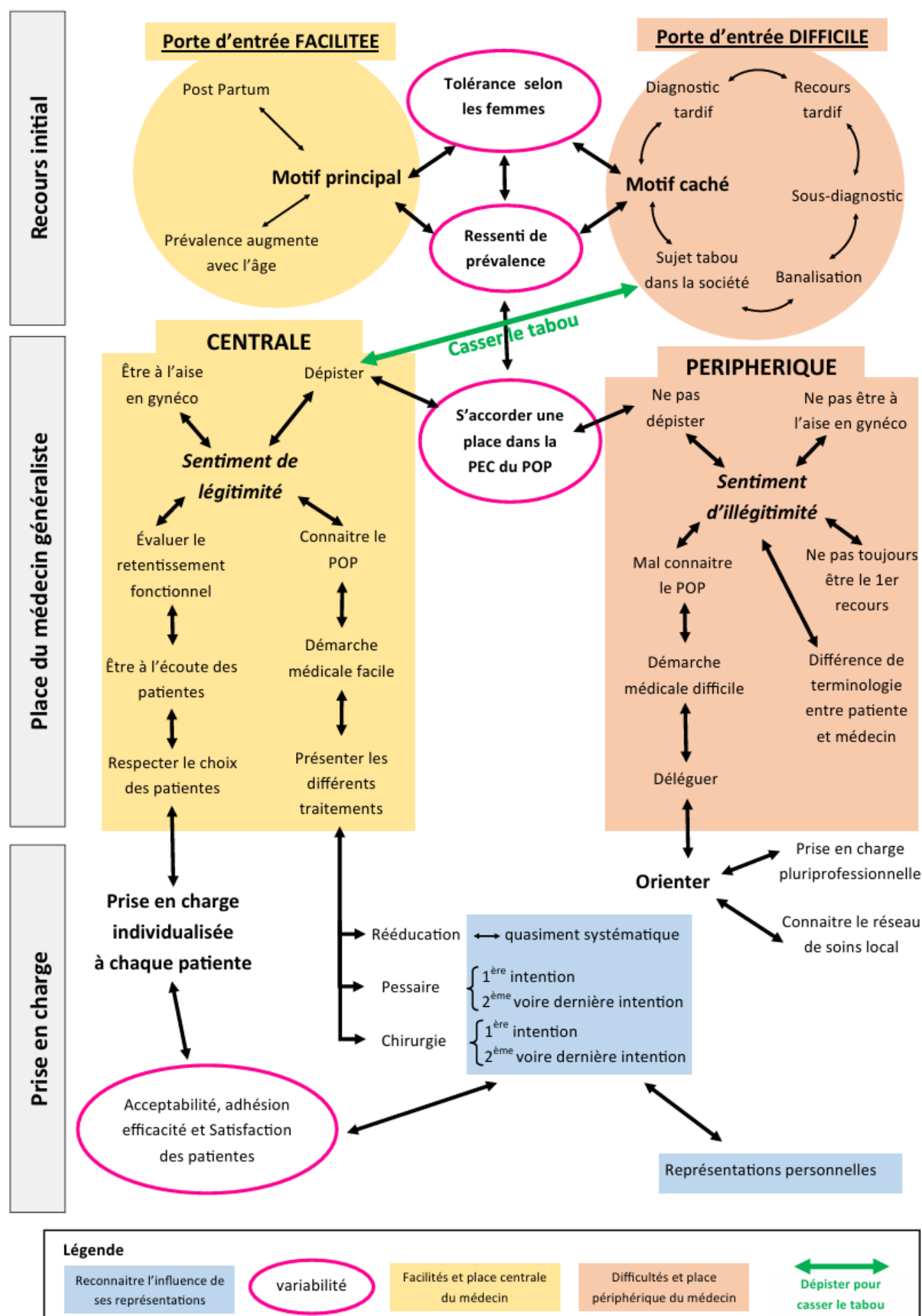
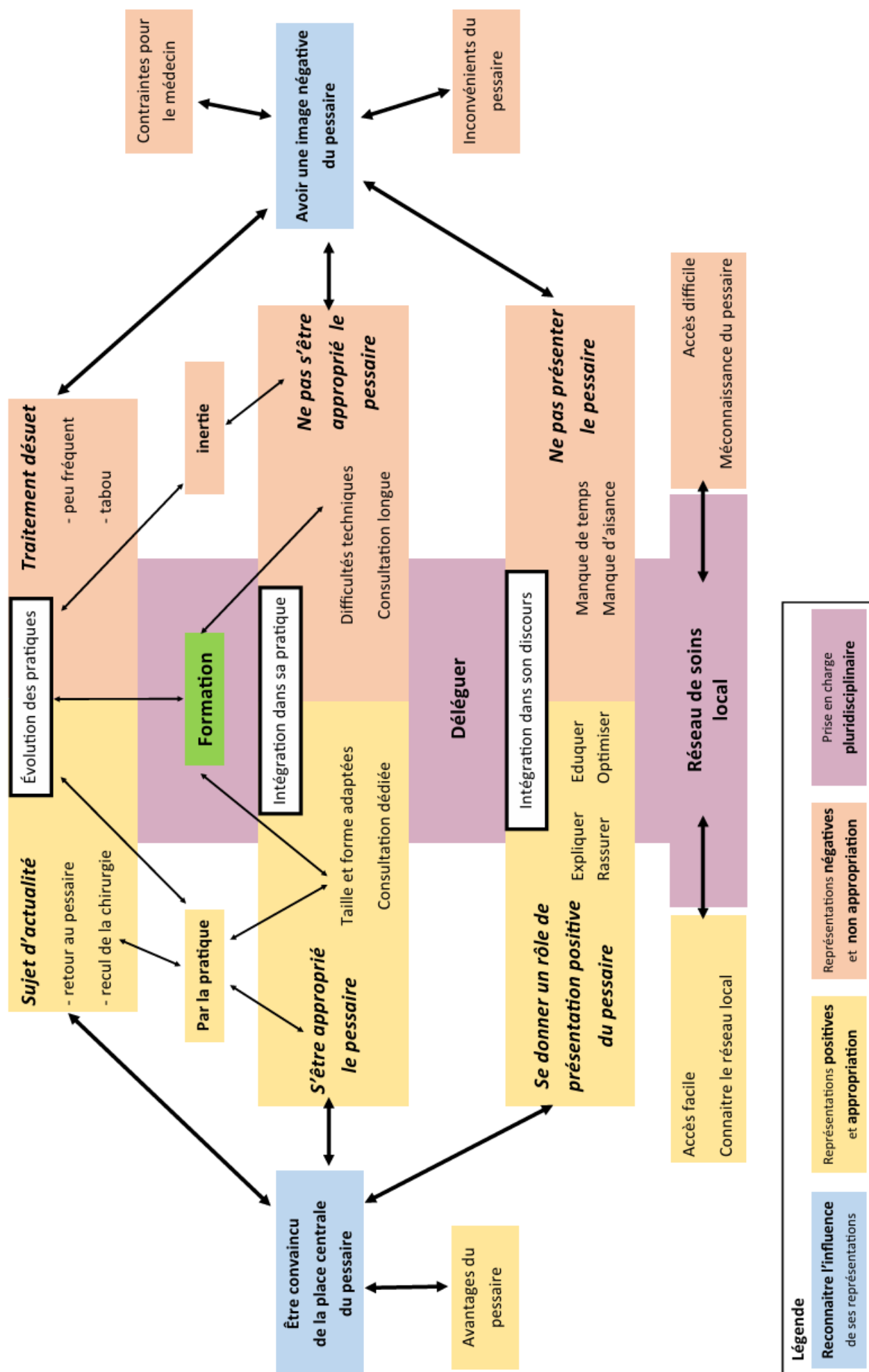


Figure 2. Représentations et attitudes des médecins généralistes sur le pessaire



DISCUSSION

I. Forces et limites de la thèse

A. Forces

a) Liées au sujet de la thèse

Cette étude s'inscrit dans un contexte d'**actualisation des recommandations sur le pessaire par la HAS en 2021** (1). Le sujet bénéficie d'un intérêt croissant, comme en témoigne le **récent remboursement** du pessaire effectif depuis septembre 2024 et la **multiplication des publications scientifiques** sur cette thématique (13,16,22,26,28,31,38,39).

Aucune thèse n'avait étudié les pratiques des médecins généralistes concernant le pessaire dans le Loiret. Cette étude apporte un éclairage nouveau sur cette problématique à l'échelle locale.

b) Liées à la méthodologie

Le choix d'une **méthodologie qualitative** s'est avéré pertinent pour explorer les représentations et pratiques des médecins généralistes avec le pessaire.

Une **triangulation** dans l'analyse des données a été réalisée sur la totalité des entretiens à l'aveugle par une consœur médecin généraliste et à 50 % par la directrice de thèse. Cette triangulation a renforcé la robustesse des résultats.

La méthodologie de ce travail de recherche a été comparée à chaque étape à la **grille de lecture COREQ** (37), assurant une certaine rigueur dans le protocole de recherche.

Par ailleurs, un **travail réflexif** a été mené sur les a priori de l'enquêtrice concernant le pessaire dès l'élaboration de la question de recherche avec la **méthode des 7 questions** (cf. **annexe 7**) (36). Cette démarche a favorisé une approche plus ouverte et moins biaisée. La mise en évidence des représentations positives et de la bonne appropriation du pessaire par les médecins généralistes est un des exemples a priori inattendu ayant émergé dans les résultats.

c) Liées au recrutement

Le **profil varié** en termes d'âge, de caractéristiques géographiques, d'exercice, et d'expérience en gynécologie des participants a permis une richesse et une diversité des points de vue recueillis sur le sujet. La population recrutée comptait notamment une grande proportion d'hommes, ce qui n'est pas toujours le cas dans les études portant sur des sujets de gynécologie en médecine générale.

d) Liées au contenu des entretiens

L'objectif principal était de se concentrer sur le pessaire. Nous avons décidé d'aborder le **sujet du prolapsus** en début d'entretien afin de faire évoluer naturellement la discussion vers le sujet du pessaire. Cependant, les données sur le prolapsus révélées au cours de l'analyse des entretiens ont été particulièrement riches. Nous nous sommes rendus compte au cours de l'analyse que les représentations et attitudes des médecins sur le prolapsus semblaient extrêmement liées à celles sur le pessaire. Nous avons donc fait le choix d'élargir un peu plus les résultats au prolapsus et d'aboutir à un modèle explicatif sur le prolapsus. Cette évolution dans l'orientation de la recherche a permis d'aborder la problématique du pessaire sous un prisme plus large.

Les résultats étaient cohérents avec les données préexistantes de la littérature, et ont permis de l'enrichir.

B. Limites

a) Liées au recrutement

Un **biais de sélection** lié au recrutement des participants est possible. Les médecins sollicités étaient en partie issus de mon réseau personnel, incluant d'anciens maîtres de stage universitaires (MSU) et des collègues, ce qui a pu influencer leur réponse positive à participer, certains n'ayant peut-être pas osé refuser. Ce biais a été partiellement contrôlé par le recrutement de médecins non MSU et de médecins que je ne connaissais pas qui ont accepté de participer à l'étude.

Par ailleurs, les médecins ayant accepté l'entretien étaient possiblement plus sensibles au sujet du pessaire, introduisant également un **biais de sélection**. Toutefois, la présence de praticiens réalisant peu d'actes de gynécologie et exprimant parfois un avis négatif sur le pessaire semble montrer que ce biais a été partiellement maîtrisé.

Le choix de mentionner ou non le terme "pessaire" dans la fiche de présentation donnée aux participants **avant le recrutement** a posé question. Ne parler que du prolapsus aurait pu éviter d'orienter les réponses, mais aurait également risqué de limiter les échanges sur le pessaire. Ce choix méthodologique peut donc constituer un biais, ayant pu inciter les médecins à se renseigner sur le pessaire avant l'entretien et fausser leur niveau de connaissance réel et leur point de vue sur ce dispositif.

b) Liées à la collecte des données

Mon statut de **chercheuse novice** a pu impacter la conduite des entretiens. Ceux-ci ont parfois été de courte durée, nécessitant un temps d'apprentissage pour développer une approche moins directive et plus approfondie. Un plus grand nombre de relances aurait peut-être permis d'enrichir davantage les résultats, et ce, dès les premiers entretiens. Certaines formulations ont pu influencer les réponses des participants. Ce biais a été partiellement contrôlé en corrigeant au fur et à mesure mon guide d'entretien. Cela a permis une plus grande ouverture des questions et un entretien moins directif.

Un **biais de désirabilité sociale** est également possible. Certains participants ont pu adapter leurs réponses pour correspondre à ce qu'ils pensaient être attendu par l'enquêtrice. Un exemple marquant est celui d'un médecin ayant affirmé initialement son orientation plutôt chirurgicale avant de déclarer proposer davantage l'utilisation du pessaire, illustrant un possible ajustement de discours en fonction du contexte. Ce biais a pu être partiellement contrôlé en adoptant au maximum une posture d'écoute ouverte et non jugeante pour laisser émerger les points de vue des participants.

c) Liées à l'analyse des données

L'analyse des entretiens a nécessité une vigilance particulière pour **éviter de surinterpréter** certains passages. Par définition, dans la méthode qualitative employée, l'interprétation et l'analyse des propos des participants reposent en partie sur la subjectivité de l'enquêtrice. La **triangulation** en aveugle des données a permis de limiter au maximum ces biais d'interprétation.

C. Comparaison avec la littérature

a) Un changement de regard positif sur le pessaire

Notre hypothèse initiale basée sur la littérature était que les médecins généralistes connaissaient mal le pessaire, en avaient une vision négative et le prescrivaient peu (26–29,31). Un certain nombre de **freins et de difficultés entravaient l'appropriation et l'utilisation du pessaire** en pratique par les médecins généralistes. Certains médecins interrogés avaient en effet un regard mitigé voire négatif sur le pessaire. La vision du pessaire comme un traitement désuet et archaïque décrite par certains médecins inclus dans notre analyse était retrouvée dans plusieurs études (26,27). Des difficultés techniques, des contraintes de temps et de formation, des expériences de complications et de retours négatifs de patientes, le coût du pessaire, et le fait que le pessaire ne convenait qu'à certains profils de patientes étaient décrits par les médecins de notre étude. Ces différents éléments concordaient avec les résultats de plusieurs études (26,27,29,31,32,40–42).

Cependant, les médecins interrogés dans notre étude ont évoqué une **évolution du regard porté sur le pessaire**, désormais réintégré dans les pratiques cliniques et considéré comme un sujet d'actualité. Dans sa revue de littérature de 2020, Vasconcelos a répertorié plusieurs articles au sujet du pessaire publiés ces 5 dernières années, montrant un intérêt actuel pour celui-ci (22).

La **controverse** concernant les prothèses chirurgicales a été citée par plusieurs médecins dans nos entretiens, semblant influencer l'avis des médecins sur leur prise en charge du POP. Ce changement de point de vue était également décrit dans l'étude de Pizzoferato, dans laquelle 42,7 % des soignants interrogés déclaraient avoir modifié leurs pratiques suite à la récente controverse sur la chirurgie du POP (26).

Une partie des médecins interrogés dans notre étude avaient finalement un **regard positif** sur ce dispositif et lui accordaient même parfois une **place centrale**. Certains s'étaient bien approprié ce dispositif et le proposaient régulièrement voire systématiquement aux patientes. L'étude de Pizzoferato réalisée auprès de professionnels de santé impliqués dans la pose de pessaire en France montrait également un taux élevé de médecins ayant un regard positif sur le pessaire. 75 % des médecins voyaient le pessaire comme pouvant être un traitement de première intention. Le bon niveau d'aisance des médecins sur le pessaire était aussi retrouvé dans cette étude dans laquelle 69 % des médecins répondants se sentaient à l'aise avec la pose de pessaire (26). Ces chiffres contrastent tout de même avec le peu de médecins de notre étude réalisant des poses de pessaires.

b) Pertinence d'un dépistage systématique du POP ?

Dans notre étude, la **prévalence** du POP semblait **difficile à estimer** pour les médecins et ils la pensaient **sous-évaluée**.

L'étude de Mazloomdoost, qui s'intéressait aux connaissances des soignants en soins primaires sur cette pathologie, révélait que 50 % des médecins interrogés considéraient le POP comme une affection **peu fréquente** (30). Cette perception d'une pathologie rare est en partie liée au phénomène de **sous-diagnostic** du POP, également évoqué dans notre travail. La thèse du Dr Houssin (28) ainsi que l'étude de Basu et al. (18) soulignaient que de nombreuses femmes ne consultaient pas, ou tardivement, car elles considéraient le POP comme une évolution physiologique normale du corps avec l'âge. Elles avaient **tendance à minimiser** leurs symptômes et éprouvaient une gêne à aborder ce sujet avec leur médecin, contribuant ainsi à faire du POP un **sujet tabou**.

Ces difficultés d'évaluation de la prévalence par les médecins et de minimisation des symptômes par les patientes soulèvent la question de **l'intérêt d'un dépistage systématique** du POP, comme retrouvée dans nos résultats.

Le dépistage du POP par les médecins inclus dans notre étude n'était pas systématique. Dans la thèse du Dr Zanardi, 51,6 % des médecins interrogés ne dépistaient pas ou rarement le POP (43). Les raisons évoquées étaient le manque de temps, une gêne à aborder le sujet du POP avec les patientes, et un manque de connaissance et de solutions à apporter aux patientes souffrant de POP. Le dépistage systématique du POP n'apparaît pas dans les récentes recommandations de la HAS.

Néanmoins, dans notre étude certains médecins considéraient le dépistage comme un **levier permettant de briser le tabou** entourant le POP et pouvant permettre un diagnostic et une prise en charge plus précoces du POP. De plus, ils décrivaient le dépistage comme une opportunité d'identifier les femmes qui n'osent pas en parler ou qui perçoivent cette pathologie comme une fatalité, minimisant ainsi leurs symptômes.

Cependant, d'autres médecins soulignaient que le dépistage systématique pouvait conduire à identifier des POP peu ou pas symptomatiques, soulevant la question de la **pertinence d'une prise en charge**. Certains estimaient aussi qu'un dépistage systématique du POP pouvait être perçu comme **intrusif** par les patientes. Il pourrait également mettre en difficulté les soignants face à des patientes peu demandeuses de prise en charge, rendant leur **adhésion** aux traitements plus complexe.

Le questionnement autour du dépistage systématique du prolapsus génital peut faire écho à celui d'autres sujets tabous comme la consommation d'alcool ou l'exposition aux violences. La littérature sur ces thèmes (44,45) souligne des **bénéfices potentiels** similaires, notamment la **levée du tabou** et **l'accès à une prise en charge précoce**. Toutefois des **freins** subsistent, notamment la faisabilité d'un dépistage systématique en pratique, le sentiment d'un manque de légitimité des médecins pour aborder ces sujets, la peur d'être intrusif et la crainte d'un manque de solutions à apporter ensuite.

c) Sentiment de légitimité du médecin à prendre en charge le prolapsus par pessaire

Une partie des médecins de notre étude se disait **mal à l'aise ou en difficulté** dans la prise en charge du POP et notamment avec le pessaire.

Plusieurs études retrouvaient les mêmes constats (27–31,40). Dans la thèse du Dr Lemitre, 66 % des médecins interrogés déclaraient ne pas se sentir à l'aise dans la gestion du POP, 76 % ont répondu ne pas être à l'aise avec la prescription d'un pessaire et 74 % ne connaissaient pas les différents types de pessaires (29). Dans la thèse du Dr Vandecandelaere n'ayant pourtant inclus que des médecins formés en gynécologie, les médecins généralistes étaient surtout mis en difficultés dans le choix de la taille et de la forme du pessaire adapté (31).

Il ressortait de ce manque d'aisance un **sentiment d'illégitimité** chez une partie des médecins dans notre étude. Ceux-ci avaient donc **tendance à déléguer** la prise en charge du POP, notamment en ce qui concerne la prescription et la pose de pessaire.

Cette tendance à orienter les patientes vers un spécialiste a été mise en évidence dans plusieurs études. Dans celle de Mazloomdoost, 88 % des médecins exerçant en soins primaires adressaient d'emblée les patientes à un spécialiste après la découverte d'un POP (30). Ce taux était de 61,7 % parmi les médecins généralistes interrogés dans la thèse du Dr Jeanne (27).

Ce sentiment d'illégitimité des médecins généralistes dans la prise en charge du POP peut faire écho à celui ressenti lorsqu'il s'agit d'**aborder la sexualité en consultation**, comme l'ont souligné les travaux de Cousseau et Tartu (46,47). Dans ces 2 études, plusieurs facteurs contribuaient à ce sentiment : le **caractère intime** du sujet, la crainte d'être perçu comme **intrusif** ou encore la **crainte que les patientes se sentent jugées** si le sujet est abordé par une jeune médecin. Par ailleurs, les généralistes considéraient souvent que **les spécialistes d'organes étaient plus légitimes** pour traiter ces questions avec les patientes. Ce sentiment d'illégitimité était renforcé par l'impression de **ne pas toujours avoir de solutions thérapeutiques à proposer**. Le **manque d'outils adaptés** pour aborder ces discussions compliquait également leur approche. Pour finir, ces thématiques restaient **insuffisamment abordées durant la formation médicale**, laissant les médecins peu préparés à les traiter en consultation.

Ces deux études proposaient plusieurs pistes pour renforcer le sentiment de légitimité des médecins à aborder et prendre en charge ces sujets.

La première proposition mettait l'accent sur le **rôle du médecin généraliste d'orientation des patientes** et de **coordination du parcours de soins**. Le médecin a en effet la possibilité de déléguer s'il éprouve une gêne ou si la patiente n'est pas à l'aise, ce qui évite de se retrouver sans solution à proposer. Cela souligne l'importance de bien **connaître le réseau de soins local** et de se constituer un réseau de professionnels vers lesquels les patientes peuvent être orientées. Ce rôle d'orientation des médecins généralistes avait été mis en évidence dans notre étude. Il s'inscrit dans le cadre défini par la WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*), qui met l'accent sur la **coordination des soins**, la **collaboration** avec d'autres professionnels de santé et la gestion du recours aux spécialités (24).

La deuxième proposition concerne la **formation des médecins** comme facteur permettant d'améliorer leur sentiment de légitimité à l'abord de sujets sensibles tel que le POP. Dans notre étude, certains médecins exprimaient en effet le souhait de se former à la prise en charge du POP et au pessaire.

L'étude de Kandadai montrait d'ailleurs qu'une formation spécifique **améliorait la perception du pessaire** par les médecins et **renforçait leur confiance** dans son utilisation (41).

Enfin, **normaliser ces thématiques au sein de la société** pourrait permettre de légitimer leur abord en consultation de médecine générale. D'après les médecins interrogés dans notre étude, le **manque de médiatisation** du prolapsus et du pessaire contribuait à un **tabou** et une **méfiance** des patientes qui rendaient difficile pour les médecins l'abord de ces sujets en consultation. L'étude de Brown et al. révélait que seulement 50 % des patientes connaissaient le pessaire, dont la majorité en avait une image négative, et moins d'un tiers étaient prêtes à l'envisager (21). Un manque de médiatisation du pessaire a également été observé dans plusieurs études (21,22). Si les sujets du POP et du pessaire étaient davantage médiatisés, les médecins mais également les patientes se sentiraient probablement plus à l'aise d'évoquer ces thèmes en consultation. Une plus grande visibilité et une meilleure information auprès de la population générale pourraient favoriser l'adhésion des patientes au pessaire.

d) Prise en charge du POP par pessaire reflet des compétences du MG : prise en charge individualisée et relation de confiance soignant-soigné

Le **respect des choix des patientes** et une **prise en charge individualisée** étaient au cœur des décisions thérapeutiques des médecins interrogés dans notre étude. Ces notions font partie intégrante du rôle du médecin et en particulier du généraliste. Elles sont citées dans la Loi relative aux droits des malades qui met l'accent sur la décision médicale partagée et de respect des choix des patients (48). La WONCA, dans sa Définition européenne de la médecine générale, rappelle également le rôle du médecin généraliste dans cette **approche centrée sur la personne** prenant en compte les dimensions physiques, psychologiques et socioculturelles de chaque patient (24).

Les médecins généralistes de notre étude considéraient également avoir un rôle important dans **l'information et le conseil des patientes**. L'étude de Basu et al. a exploré les préférences des patientes pour le traitement du POP (49). Cette étude rapportait que les patientes avaient des difficultés à peser le pour et le contre entre la chirurgie et le pessaire en regard des avantages et inconvénients de ces traitements. Les problèmes d'adhésion et d'observance aux traitements du POP et notamment au pessaire étaient retrouvés dans différentes études (27,28,31,49).

Ces résultats mettaient en évidence **l'importance des explications et conseils donnés par les médecins** dans l'aide à la décision thérapeutique. La WONCA rappelle également le rôle du médecin généraliste dans **la promotion et l'éducation à la santé**. Elle insiste sur l'importance de la relation de confiance avec le patient, qui favorise l'adhésion et l'efficacité des traitements (24).

Un des principaux avantages du pessaire décrit par les médecins que nous avons interrogés était son **utilisation en autonomie** par les patientes. Toutefois, la thèse du Dr Jouve-Tronche révélait une discordance entre la perception des médecins et celle des patientes : tandis que les médecins généralistes estimaient que les patientes pouvaient gérer le suivi et l'entretien du pessaire en autonomie, ces dernières en redoutaient l'entretien en autonomie par manque d'aisance et peur des difficultés de manipulation (50). Cette notion était largement retrouvée dans les entretiens de notre étude. Dans ceux-ci, les médecins se reconnaissaient **un rôle important d'éducation thérapeutique et de réassurance** auprès des patientes sur cette autonomie.

e) Implémentation des recommandations

Dans notre étude, le pessaire était peu prescrit malgré des avis plutôt positifs. Ces résultats s'inscrivent dans la continuité des observations rapportées par plusieurs études portant sur les pratiques des médecins généralistes en matière de pessaire (26–31). L'étude de Pizzoferato a mis en évidence une faible prescription de ce dispositif par les professionnels de santé en France (26). Seuls 39 % des médecins proposaient effectivement un pessaire à la plupart de leurs patientes atteintes de POP, alors que 75 % déclaraient pourtant que le pessaire était un traitement de première intention.

Dans notre étude, il existait une **variabilité des pratiques et indications des différents traitements** d'un médecin à un autre. Les recommandations de la HAS publiées en 2021 et plaçant le pessaire comme traitement de première intention pour tout POP symptomatique n'ont pas ou rarement été évoquées par les médecins interrogés (1).

La thèse du Dr Jouve-Tronche mettait en évidence un **manque d'homogénéité** dans les modalités de prescription et de suivi des traitements du POP par les médecins généralistes (50). Cette thèse avait été publiée avant les récentes recommandations de la HAS. Le constat a été identique dans la récente thèse du Dr Lemitre, publiée après la publication de ces recommandations (29).

Ce manque d'homogénéité et de référence aux recommandations posent la question de **l'implémentation de ces recommandations** dans la pratique. C'est une problématique rapportée dans de nombreuses pathologies notamment en médecine générale (51–53). Les freins à l'implémentation des recommandations rapportés dans ces différentes études étaient le manque de temps pour se les approprier, des recommandations jugées trop complexes et insuffisamment synthétiques, élaborées par des experts éloignés de la pratique de terrain, une inertie des pratiques antérieures. Les médecins rapportaient également des problèmes d'adaptabilité avec des recommandations parfois inadaptées à l'application à un patient dans sa globalité avec son profil, ses antécédents, des croyances et représentations. Les médecins privilégiaient leur expérience, leur bon sens et la relation soignant-soigné pour faire des compromis entre les demandes du patient et les recommandations officielles.

Ces résultats coïncident avec ceux de notre étude, où une **grande part de subjectivité** semblait entrer en jeu dans les choix de propositions de traitements faites aux femmes. Les ressentis et représentations subjectives personnelles des médecins semblaient prendre une place importante dans leurs schémas de prises en charge. Ces médecins reconnaissaient d'ailleurs **l'influence de leurs représentations personnelles** sur leurs pratiques dans la prise en charge du POP et de leur utilisation du pessaire. Les thèses des Dr Jeanne et Vandecandelaere confirmaient cette tendance, soulignant l'impact des représentations des médecins sur leurs propositions thérapeutiques et notamment le pessaire (27,31). Certaines réticences personnelles, telles qu'un sentiment de dégoût ou une expérience négative liée à des complications observées chez des patientes, semblaient conditionner leur approche et leur disposition à le proposer comme alternative thérapeutique.

Les 3 études précédemment citées évoquaient des pistes d'amélioration pour appliquer les recommandations en pratique (51–53). Elles reposaient d'abord sur la **formation médicale continue**. Celle-ci était décrite comme un espace et un temps dédiés à l'appropriation des recommandations par les médecins. Des **bases de données** centralisant les recommandations étaient citées comme pouvant faciliter leur accès et leur utilisation. Des recommandations mieux adaptées à la réalité concrète des patients et des médecins généralistes seraient plus faciles à appliquer. La mise en place d'**outils numériques**, de **fiches pratiques** pour les médecins et les patients, ainsi que de **systèmes informatiques d'aide à la prescription** pourraient également favoriser leur mise en pratique.

Dans le cas du POP et du pessaire, les recommandations de la HAS accordent une place importante à l'**information** et à l'**éducation des patientes** par les médecins (1). Selon ces dernières recommandations, l'information doit idéalement être **illustrée** pour favoriser la compréhension et permettre d'impliquer au maximum les patientes dans la décision thérapeutique. Les médecins de notre étude s'appuyaient régulièrement sur des **supports visuels** pour expliquer le POP et le pessaire aux patientes. Il a été mis en évidence une grande influence de la présentation initiale du pessaire aux patientes sur leurs choix de traitement. Il apparaissait d'ailleurs dans l'étude de Murray que le fait de donner une brochure explicative écrite aux patientes accroissait les chances d'adhésion et de confiance des patientes dans ce dispositif (54). La HAS a d'ailleurs fourni une **fiche informative sur le pessaire à visée des patientes** (55) (cf. **annexe 8**). Ces fiches informatives semblent adaptées et utilisables en pratique, mais elles restent insuffisamment connues des médecins généralistes. Il serait donc pertinent de mettre en place des actions pour favoriser leur diffusion.

D. Perspectives

a) Augmenter l'appropriation et l'utilisation du pessaire par les médecins généralistes

L'intérêt pour le pessaire semble croître parmi les médecins, mais son adoption en pratique reste encore limitée. Pour dépasser cette **inertie**, plusieurs leviers pourraient favoriser un changement de perception, une meilleure appropriation de ce dispositif et son intégration plus large dans les pratiques médicales.

1. Retours positifs et confrontation régulière au pessaire

Les **recommandations récentes de l'HAS** sur la prise en charge du prolapsus participent probablement à redonner une place centrale au pessaire dans les pratiques des médecins généralistes. Bien que ces recommandations n'aient pas été citées par les médecins de notre étude, ceux-ci disaient par contre **être de plus en plus souvent exposés à des patientes porteuses de pessaire** ou à la prescription de pessaire par les médecins spécialistes et professionnels paramédicaux. Les médecins de notre étude étaient **encouragés à parler du pessaire** et à en prescrire plus en étant confrontés plus régulièrement au pessaire et aux retours positifs des patientes.

2. Prise en charge financière du pessaire

Au cours de notre étude, le **remboursement du pessaire** a été pris en charge par l'Assurance Maladie. Ce facteur pourrait aussi prochainement influencer des modifications dans les pratiques des médecins généralistes. Un certain nombre de médecins interrogés dans notre étude voyaient en effet le coût du pessaire et son non remboursement comme un frein à sa prescription. Cette notion était corroborée par plusieurs études (26,27,31). Dans l'étude de Pizzoferrato, 48,3 % des médecins avaient déclaré qu'ils prescriraient davantage de pessaire s'il était remboursé par l'Assurance Maladie (26).

3. Formation médicale théorique et pratique

Les médecins intégrés dans notre étude exprimaient fréquemment un **manque de formation et de connaissances sur le pessaire**, ce qui limitait leur capacité à en préciser les indications et à en parler aux patientes. Nombre d'entre eux souhaitaient bénéficier de **formations complémentaires**, que ce soit au cours de l'internat ou dans le cadre de la formation médicale continue, afin de mieux s'approprier cet outil thérapeutique.

Cependant, comme pour de nombreux autres thèmes médicaux, cette demande risque d'être **diluée parmi la multitude de formations déjà prévues** pour les médecins généralistes, rendant difficile une mise en avant spécifique de cette thématique dans le programme.

Le prolapsus et le pessaire **ne figurent pas parmi les orientations prioritaires des actions de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC)** pour la formation médicale continue destinées aux médecins généralistes pour la période 2023-2025 (56). Ils ne sont abordés que de manière anecdotique dans les formations médicales pour les médecins généralistes. De plus, les objectifs pédagogiques de ces formations ne mentionnent ni le pessaire ni les options thérapeutiques spécifiques pour la prise en charge du prolapsus (57).

L'intérêt des médecins pour se former émerge souvent lorsqu'ils prennent conscience d'un **déficit de connaissances sur un sujet** ou face à une **demande croissante des patientes**. Avec la démocratisation de l'information en ligne, certaines femmes sensibilisées par des sites de vente de pessaires et d'autres ressources dédiées pourraient être mieux informées que leurs propres soignants sur cette option thérapeutique.

Cette inversion du rapport de savoir pourrait constituer **un levier pour inciter les médecins à renforcer leurs connaissances et compétences** sur le sujet du pessaire.

4. Sensibilisation aux prolapsus et pessaire

Sensibiliser le grand public aux troubles périnéaux comme le prolapsus paraît nécessaire pour briser le tabou qui entoure ces pathologies et encourager les patientes à parler plus librement avec les professionnels de santé de ces sujets. Une meilleure connaissance des symptômes et des options de prise en charge, notamment le pessaire, permettrait d'améliorer l'accès aux soins adaptés et de favoriser une meilleure acceptabilité de ces traitements par les patientes.

À l'image des initiatives mises en place par le Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et de la Famille pour la sensibilisation à la ménopause, une démarche similaire sur le prolapsus pourrait contribuer à briser le tabou autour de ce sujet, déconstruire les idées reçues et favoriser une prise en charge plus précoce et mieux adaptée (58,59).

b) Pour la recherche

Cette étude met en lumière les représentations et attitudes des médecins généralistes concernant le pessaire, soulevant plusieurs pistes de réflexion et d'approfondissement.

Un point surprenant qui semblait émerger des entretiens était que **les médecins femmes** semblaient avoir des représentations plus négatives sur le pessaire que leurs confrères masculins. Le design et l'objectif principal de notre étude n'étaient pas adaptés pour explorer et répondre à cette question et n'a pas permis d'en extraire des données quantitatives. Ces données n'ont donc pas été intégrées dans la partie résultat. Cette observation pourrait être un sujet de recherche ultérieure afin de vérifier cette impression et d'en comprendre les mécanismes sous-jacents.

Cette étude a exploré les représentations et les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis du pessaire sans pouvoir définir de **lien de cause à effet** entre ces deux concepts. Une perspective intéressante serait d'approfondir cette question en analysant plus précisément comment et dans quelles proportions les représentations des médecins généralistes influencent leurs attitudes. La méthodologie retenue dans notre étude n'était pas adaptée pour répondre à cette question.

Le **remboursement du pessaire** ayant été effectif au cours de notre étude, il serait intéressant de réaliser une autre étude à distance du début de ce remboursement, pour évaluer son éventuel impact sur les pratiques des médecins généralistes (16).

CONCLUSION

Longtemps perçu comme un dispositif désuet, un changement progressif de perception sur le pessaire semble se profiler. Bien que les représentations des médecins restent contrastées, elles tendent vers une vision plus positive et le pessaire semble connaître un retour dans les pratiques médicales.

Les recommandations de la HAS de 2021 accordent une place centrale au pessaire dans la prise en charge du prolapsus des organes pelviens en raison de son efficacité, de son profil de sécurité favorable, et de son caractère non invasif. Pourtant, les médecins généralistes semblent davantage se baser sur leurs représentations que sur ces recommandations pour orienter leurs choix thérapeutiques. Qu'ils délèguent ou pas la prise en charge du prolapsus par pessaire, une prise en charge individualisée reste un élément central dans leurs choix thérapeutiques.

Nos résultats mettaient en évidence une certaine inertie et des freins persistants dans l'appropriation du pessaire et son utilisation en pratique par les médecins généralistes. Dans cette perspective, un axe majeur d'amélioration des pratiques passerait donc par la modification des représentations et des freins des médecins généralistes à l'utilisation du pessaire.

L'exposition croissante des médecins au pessaire et les retours positifs des patientes sur ce dispositif constituent des leviers encourageant une plus grande prescription du pessaire et poussant les médecins à son appropriation.

Pour augmenter le sentiment de légitimité des médecins à prendre en charge le prolapsus par pessaire, le renforcement de la formation initiale et continue des médecins apparaît comme une voie essentielle.

De même, une sensibilisation plus large des patientes et de la population générale pourrait contribuer à normaliser son usage et à améliorer son acceptabilité notamment en brisant le tabou autour de ces sujets.

Le récent remboursement du pessaire représente un progrès notable en supprimant un frein économique. Il semblerait intéressant d'évaluer l'impact de ce nouvel élément sur les pratiques des médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS GL. Recommandation - Prolapsus génital de la femme : Prise en charge thérapeutique [Internet]. 2021 [cité 11 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/reco329_recommandation_prolapsus_cd_2021_05_06_lg.pdf
2. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 1 nov 2013;24(11):1783-90.
3. Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. État des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. *Progrès en Urologie*. 1 déc 2009;19(13):907-15.
4. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1 déc 2001;185(6):1332-8.
5. Mouritsen L, Larsen JP. Symptoms, bother and POPQ in women referred with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 1 juin 2003;14(2):122-7.
6. Ai F, Deng M, Mao M, Xu T, Zhu L. Depressive symptoms screening in postmenopausal women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Menopause*. mars 2018;25(3):314-9.
7. Lowenstein L, Gamble T, Deniseiko Sanses TV, Van Raalte H, Carberry C, Jakus S, et al. Sexual Function is Related to Body Image Perception in Women with Pelvic Organ Prolapse. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 août 2009;6(8):2286-91.
8. Légifrance. Arrêté du 22 février 2019 fixant au titre de l'année 2019 les catégories homogènes de produits de santé mentionnées aux articles L. 165-11 et R. 165-49 du code de la sécurité sociale [Internet]. févr 22, 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038168748>
9. HAS. Argumentaire - Prolapsus génital de la femme : prise en charge thérapeutique [Internet]. 2021 [cité 5 nov 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/reco329_argumentaire__prolapsus_post_cd_2021_05_06_vlg.pdf
10. Conquy S, Costa P, Haab F, Delmas V. Traitement non chirurgical du prolapsus. *Progrès en Urologie*. 1 déc 2009;19(13):984-7.
11. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1 avr 2004;190(4):1025-9.
12. Fernando RJ, Thakar R, Sultan AH, Shah SM, Jones PW. Effect of Vaginal Pessaries on Symptoms Associated With Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology*. juill 2006;108(1):93.
13. Martin Lasnel M, Mourgues J, Fauvet R, Renouf S, Villot A, Pizzoferrato AC. Satisfaction des patientes et efficacité du pessaire en cas de prolapsus des organes pelviens. *Progrès en Urologie*. juin 2020;30(7):381-9.

14. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH, Oliver RS. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 1 mars 2011;22(3):273-8.
15. Lone F, Thakar R, Sultan AH. One-year prospective comparison of vaginal pessaries and surgery for pelvic organ prolapse using the validated ICIQ-VS and ICIQ-UI (SF) questionnaires. *Int Urogynecol J*. 1 sept 2015;26(9):1305-12.
16. Légifrance. Arrêté du 20 septembre 2024 portant inscription des pessaires au chapitre 1er, titre Ier, de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale [Internet]. sept 20, 2024. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000050245293>
17. Fante JF, Silva TD, Mateus-Vasconcelos ECL, Ferreira CHJ, Brito LGO. Do Women have Adequate Knowledge about Pelvic Floor Dysfunctions? A Systematic Review. *Rev Bras Ginecol Obstet*. août 2019;41(08):508-19.
18. Basu M, Duckett J. Barriers to seeking treatment for women with persistent or recurrent symptoms in urogynaecology. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009;116(5):726-30.
19. Morrill M, Lukacz ES, Lawrence JM, Nager CW, Contreras R, Luber KM. Seeking healthcare for pelvic floor disorders : a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 juill 2007;197(1):86.e1-86.e6.
20. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*. févr 2004;93(3):324-30.
21. Brown LK, Fenner DE, DeLancey JOL, Schimpf MO. Defining Patient Knowledge and Perceptions of Vaginal Pessaries for Prolapse and Incontinence. *Urogynecology*. avr 2016;22(2):93.
22. Vasconcelos CTM, Silva Gomes ML, Ribeiro GL, Oriá MOB, Geoffrion R, Vasconcelos Neto JA. Women and healthcare providers' knowledge, attitudes and practice related to pessaries for pelvic organ prolapse : A Systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. avr 2020;247:132-42.
23. Good MM, Korbly N, Kassis NC, Richardson ML, Book NM, Yip S, et al. Prolapse-related knowledge and attitudes toward the uterus in women with pelvic organ prolapse symptoms. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 nov 2013;209(5):481.e1-481.e6.
24. Allen DJ, Heyrman PJ. WONCA Europe - La définition européenne de la Médecine Générale - médecine de famille [Internet]. WONCA; 2002. Disponible sur: [https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version\(1\).pdf](https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version(1).pdf)
25. Légifrance. Titre III : Profession de médecin (Articles L4130-1 à L4135-2) [Internet]. Code de la Santé Publique juin 18, 2024. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155058/
26. Pizzoferrato AC, Nyangoh-Timoh K, Martin-Lasnel M, Fauvet R, de Tayrac R, Villot A. Vaginal Pessary for Pelvic Organ Prolapse: A French Multidisciplinary Survey. *J Womens Health (Larchmt)*. juin 2022;31(6):870-7.

27. Jeanne L. Évaluation des connaissances et des pratiques cliniques concernant la prise en charge des prolapsus génitaux et de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale sur le territoire de l'ex Basse-Normandie [Thèse d'exercice : Médecine]. [Caen Normandie]: Université de Caen Normandie; 2021.
28. Houssin J. Place du pessaire gynécologique dans le prolapsus génital invalidant de la femme de plus de 75 ans : attitudes et représentations des médecins généralistes en Ille et Vilaine. [Thèse d'exercice : Médecine]. Faculté de Médecine de Rennes; 2023.
29. Lemitre A. État des lieux de la prise en charge des prolapsus génitaux par les médecins généralistes picards [Thèse d'exercice : Médecine]. Faculté de médecine d'Amiens; 2023.
30. Mazloomdoost D, Westermann LB, Crisp CC, Oakley SH, Kleeman SD, Pauls RN. Primary care providers' attitudes, knowledge, and practice patterns regarding pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J*. 1 mars 2017;28(3):447-53.
31. Vandecandelaere P. Freins à l'utilisation du pessaire en médecine générale: une enquête qualitative auprès des médecins généralistes de Seine Maritime et de l'Eure [Thèse d'exercice : Médecine]. Faculté de Médecine de Rouen; 2024.
32. Dwyer L, Kearney R, Lavender T. A review of pessary for prolapse practitioner training. *Br J Nurs*. 9 mai 2019;28(9):S18-24.
33. Létrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. *Exercer*. oct 2009;(88):106-12.
34. Delouée S. Attitude et changement. In: Manuel visuel de psychologie sociale [Internet]. Paris: Dunod; 2018 [cité 30 mars 2024]. p. 63-84. (Manuels visuels de Licence). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-visuel-de-psychologie-sociale--9782100747238-p-63.htm>
35. Glaser BG, Strauss AL. La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative. Paris: Armand Colin; 2017. (2ème édition).
36. Lebeau J, Aubin-Auger I, Cadwallader J, Gilles de la Londe J. Initiation à la recherche qualitative en Santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé CNGE productions. 2021.
37. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-57.
38. Dumont C. Traitement du prolapsus génital en soins primaires : une revue de littérature [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. Faculté de Médecine de Montpellier; 2021 [cité 16 sept 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03170832v1/document>
39. Dwyer L, Stewart E, Rajai A. A service evaluation to determine where and who delivers pessary care in the UK. *Int Urogynecol J*. avr 2021;32(4):1001-6.
40. de Albuquerque Coelho SC, de Castro EB, Juliato CRT. Female pelvic organ prolapse using pessaries: systematic review. *Int Urogynecol J*. déc 2016;27(12):1797-803.
41. Kandadai P, Sullivan G, Larrieux J, O'Dell K. An Assessment of Knowledge and Comfort Surrounding Pessary Use Among US Ob/Gyn Residents. *Obstetrics & Gynecology*. oct 2016;128:43S.

42. Brown CA, Pradhan A, Pandeva I. Current trends in pessary management of vaginal prolapse : a multidisciplinary survey of UK practice. *Int Urogynecol J.* avr 2021;32(4):1015-22.
43. Zanardi L. Dépistage des sujets tabous en consultation de suivi gynécologique par le médecin généraliste [Thèse d'exercice : Médecine]. Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes; 2021.
44. Le Roy G. Les troubles de l'usage de l'alcool en médecine générale : obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme [Thèse d'exercice : Médecine]. Faculté de médecine d'Amiens; 2017.
45. Canuet H, Belin I. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes: une étude qualitative. *Exercer.* 2010;21(92):75-81.
46. Cousseau L, Freyens A, Corman A, Escourrou B. Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés. *Sexologies.* 1 avr 2016;25(2):69-77.
47. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : Etude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice : Médecine]. [Faculté de Médecine de Rennes 1]; 2016.
48. Légifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 2002-303 mars 4, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
49. Basu M, Wise B, Duckett J. A qualitative study of women's preferences for treatment of pelvic floor disorders. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2011;118(3):338-44.
50. Jouve-Tronche E. Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes et des patientes sur l' utilisation du pessaire gynécologique [Thèse d'exercice]. [2017-2020, France]: Université Clermont Auvergne; 2017.
51. Monge A. Moyens de recherche des recommandations de bonnes pratiques et difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice : Médecine]. [Faculté de Médecine de Nice]; 2021.
52. Jarlot L. Les recommandations en médecine générale : freins et facteurs favorisant [Thèse d'exercice : Médecine]. [Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux]: Université Claude Bernard - Lyon 1; 2016.
53. Trépos JY, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 1 juill 2008;56(4, Supplement):S221-9.
54. Murray C, Thomas E, Pollock W. Vaginal pessaries : can an educational brochure help patients to better understand their care ? *Journal of Clinical Nursing.* 2017;26(1-2):140-7.
55. HAS. Prolapsus génital de la femme : Le pessaire gynécologique : à quoi ça sert ? Comment l'utiliser ? [Internet]. 2022 [cité 13 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/reco443_fiche_patient_pessaire_prolapsus__cd_2022_04_28_v0.pdf

56. ANDPC. Fiches de cadrage relatives aux orientations prioritaires 2023-2025 : Orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu [Internet]. 2023 [cité 16 mars 2025]. Disponible sur: https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/2023-11/14.11.23_fiches_de_cadrage_conso_i_et_ii.pdf
57. ANDPC. Rechercher une action de DPC [Internet]. [cité 16 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/formations-dpc-rechercher-un-dpc>
58. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. 2024 [cité 16 mars 2025]. Journée mondiale de la ménopause. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/journee-mondiale-de-la-menopause-une-mission-parlementaire-confiee-a-madame>
59. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. 2024 [cité 16 mars 2025]. La ménopause : s'informer et en parler. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/sante-des-femmes/article/la-menopause-s-informer-et-en-parler>

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire d'informations pour les participants

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Marie VEZIN et je suis interne en DES de médecine générale à la faculté de médecine de Tours.

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise une **étude qualitative** sur la prise en charge du **prolapsus génital** en médecine générale notamment par pessaire.

Cette étude est réalisée sur la base d'**entretiens individuels**. L'objectif de ces entretiens est d'échanger autour du prolapsus et du pessaire, sur les représentations, les ressentis et les pratiques de chacun. Le but n'est en aucun cas de tester vos connaissances sur le sujet. Chaque pratique est évidemment différente et toutes sont intéressantes. Vous pouvez participer à cette étude que vous ayez ou non des connaissances ou de l'expérience avec le sujet !

La durée estimée de l'entretien sera entre **30 et 60 minutes**. Bien sûr, l'entretien pourra être interrompu à tout moment si vous le souhaitez.

Pour pouvoir analyser les données, notre entretien sera enregistré. Il sera ensuite retranscrit et entièrement anonymisé (votre nom ou les caractéristiques personnelles permettant de vous reconnaître seront supprimés).

Si vous êtes d'accord pour participer à cet entretien, nous pourrions déterminer ensemble le moment et le lieu qui vous arrangent.

Vous pourrez évidemment être tenus au courant des résultats de la thèse une fois qu'elle sera parue si cela vous intéresse !

Ce travail de thèse est encadré par le Dr Violaine ROUJOU, médecin généraliste.

Merci pour le temps que vous avez accordé à lire cette présentation.

N'hésitez pas à me contacter au ou par mail

Vous remerciant par avance pour le temps et l'attention que vous m'accorderez,

Marie VEZIN

Annexe 2 : Guide d'entretien

1. Si je vous dis prolapsus, qu'est ce que ça vous évoque ?

- a. Dans votre exercice, quelle est la place du prolapsus ? Comment l'expliquez-vous ?
- b. De manière plus générale, quelle est selon vous la place du médecin généraliste dans la prise en charge du prolapsus ?
- c. Comment abordez-vous ou non le sujet du prolapsus avec les femmes ?
- d. Comment l'expliquez-vous aux patientes ?
- e. Comment prenez-vous en charge les femmes souffrant de prolapsus ?

2. Si je vous dis pessaire, qu'est ce que ça vous évoque ?

- a. Que pensez-vous du pessaire ? Quel regard portez-vous sur le pessaire ?

3. Comment le sujet du pessaire est-il abordé en consultation ?

- a. Qu'est ce qui fait que vous parlez ou non du pessaire avec les patientes ? A quel type de patientes parlez-vous du pessaire ?
- b. Comment présentez-vous le pessaire aux patientes ?

4. Quelle place a le pessaire dans votre prise en charge du prolapsus ?

5. Quelles difficultés/barrières/freins avez-vous pu rencontrer avec le pessaire ?

- a. Quels sont vos retours d'expériences sur le pessaire ?
- b. Quelles difficultés ou freins rencontrez-vous avec le pessaire ?

6. Quels avantages trouvez-vous au pessaire ?

7. En complément de ces échanges, avez-vous d'autres choses à ajouter concernant le prolapsus et le pessaire ?

Annexe 3 : Entretiens retranscrits - lien google drive

Les entretiens retranscrits dans leur intégralité sont accessibles par ce lien :

<https://drive.google.com/drive/folders/13QPM-OVoFsRpGT9-ICPwfq2l0E7U3kWZ>

Annexe 4 : Exemple de codage

Verbatim	Propriété	Catégorie
I : Pour commencer est-ce que tu peux me présenter ton type d'activité professionnelle ? Ça c'est plutôt pour la partie stat' !		
MG7 : Ouais, alors médecine générale, avec euh une grande proportion de pédiatrie quand même, vraiment pas beaucoup de gynéco pour le coup (rire), mais ça c'est euh... Avec le bienfait de la maison de santé en fait on se délègue... Enfin y'a une gynéco qui est là, et des sage-femmes, donc euh... Et on a aussi, et ça va être plutôt intéressant là, on a aussi une kiné qui fait beaucoup de périnée, donc avec les poses de pessaire, et cetera. Voilà. Mais sinon moi non, bon, quand il faut il faut, mais euh voilà, c'est moins de préférence pour la gynéco on va dire. Mais aussi parce qu'on a des facilités à adresser, c'est surtout ça.	Déléguer les consultations de suivi gynécologie Avoir un accès facilité à des professionnels de santé grâce à l'exercice en MSP	Déléguer – orienter Accès facile au réseau de soins local
I : Ok, et donc dans une MSP, en milieu urbain...		
MG7 : Oui oui clairement, urbain.		
I : Toi tu es maître de stage ou pas ?		
MG7 : Euh non, mais je pense que d'ici quelques années j'aimerais bien !		
I : Ok, alors on attaque sur le vif du sujet, sur le prolapsus du coup, alors toi le terme prolapsus qu'est-ce que ça t'évoque ?		
MG7 : Euh... Bah le terme prolapsus, euh ce qu'il veut dire dans le sens propre du terme, en gros c'est une faiblesse du périnée, avec après bah différents organes qui peuvent être proéminents en externe. (pause)	Définir le POP par une faiblesse du périnée à l'origine d'une externalisation des organes du périnée	Définition du POP bien connue par les MG
I : Ok. Et donc quand tu entends ce terme, comment tu le ressens toi ?		
MG7 : Euh, bah c'est vraiment la présence d'une masse, qui peut être réductible, soit vessie, soit utérus, soit rectum. Voilà, c'est à peu près la définition que j'ai on va dire.	Définir le POP par une externalisation des organes du périnée Connaître la réductibilité de l'externalisation des organes lors d'un POP	Définition du POP bien connue par les MG Connaissance des différents types et grades de POP

I : Ok ça marche. Alors et comment est-ce que tu expliques ça aux patientes alors toi ?		
MG7 : Et ben à peu près de la même manière. Non c'est surtout redire la faiblesse des muscles du plancher périnéal, et bah quand ils sont moins performants, bah par force de... Enfin je fais souvent je pense le parallèle avec les hernies. Euh bah, sur une faiblesse, bah y'a un organe avec la pesanteur qui va avoir une facilité à aller là où il est pas censé être.	Accorder au MG un rôle dans l'explication de la physiopathologie du POP	Rôle d'éducation thérapeutique
I : Ok. Dans ton exercice tu dirais que ça a quelle place le prolapsus ?		
MG7 : Alors euh... j'en ai peut-être eu un le mois dernier. Euh sinon non, c'est pas quelque chose que j'ai fréquemment.	Être rarement confronté au POP	Ressenti de prévalence du POP variable selon les MG - difficile à évaluer
Euh... Alors soit parce que mon activité fait que j'ai moins de gynéco et que du coup mes patientes vont plutôt solliciter leur sage-femme ou leur gynéco en priorité.	Constater ne pas être l'interlocuteur de premier recours pour les motifs gynécologiques	Médecin généraliste pas forcément le premier recours
Bon alors après ça m'est déjà arrivé d'avoir ça en première approche, et puis bah de diriger, assez rapidement, vers le... Alors en première intention souvent vers la kiné,	Déléguer rapidement la PEC du POP Prescrire de la rééducation en première intention	Déléguer – orienter Place quasiment systématique de la rééducation périnéale
Et puis bah euh après discuter un peu de quel impact est-ce que ça a sur leur quotidien, et puis ben voir le degré d'urgence.	Évaluer l'impact du POP sur la vie quotidienne Évaluer le degré d'urgence de la PEC du POP	Évaluer le retentissement fonctionnel du POP
I : D'accord, par exemple ? Quand tu dis degré d'urgence ?		
MG7 : Ben c'est surtout en fonction de la gêne que ça va représenter pour la patiente.	Interroger les patientes sur le degré de gêne du POP	Évaluer le retentissement fonctionnel du POP
Si elle sent qu'elle a cette masse qui la dérange, avec des frottements, des douleurs, et puis après ben c'est sur le côté incontinence urinaire aussi.	Voir la sensation de boule intravaginale comme un SF de POP Voir la sensation de frottements comme un SF de POP Voir la douleur comme un SF de POP Voir une association entre l'IU et le POP	Connaissance de la diversité des SF de POP

Bon donc on va planifier un petit peu ça.	Adapter la PEC du POP selon la symptomatologie	Adapter la PEC selon le POP
Et si, bon si c'est tout léger tout débutant, je laisse vraiment la patiente aller directement d'elle-même vers la kiné, avec les délais on va dire.	Prescrire de la rééducation pour les POP de grade 1	Place quasiment systématique de la rééducation périnéale
Si je vois que ça commence à être compliqué, je passe moi-même le relais à la kiné pour la motiver, enfin voilà pour lui dire aussi que ça serait bien qu'elle soit vue rapidement quoi. Voilà, on dirige un peu plus.	Prioriser les patientes ayant un POP sévère auprès des kinés Réduire les délais de PEC selon le degré de symptomatologie	Accès facile au réseau de soins local Adapter la PEC selon les conditions locales d'exercice
I : Ah oui oui d'accord ok. Et alors tu dirais que le sujet il arrive comment en consultation ?		
MG7 : Euh... Soit sur les problématiques d'incontinence,	Voir l'IU comme un SF de POP	Connaissance de la diversité des SF de POP
Soit clairement parce que la patiente elle dit "j'ai une masse qui me gêne, et j'aimerais bien soulager ça".	Être confronté au POP suite à une plainte spontanée des patientes Voir la sensation de masse génitale comme un SF de POP	Le POP comme motif principal de consultation Connaissance de la diversité des SF de POP
C'est assez direct en général hein, j'ai pas de... Enfin j'ai pas ni de difficulté, ni d'hésitation hein en général le sujet il est assez simplement évoqué. Enfin avec des mots simples quoi.	Évoquer facilement le POP face aux plaintes décrites par les patientes Observer l'utilisation de termes simples par les patientes pour décrire le POP	Place importante de l'interrogatoire dans le diagnostic Terminologie utilisée par les patientes différentes de celle du médecin
De la part de la patiente. C'est vrai que je le recherche moins, enfin je vais pas pousser moi, à investiguer...	Ne pas dépister systématiquement les SF de POP	Ne pas dépister le POP
Enfin je pense que j'irai plus poser des questions sur l'incontinence que sur le prolapsus en lui-même.	Dépister plus fréquemment les symptômes d'IUE que de POP	Ne pas dépister le POP
Plus par euh... Par aisance en fait. Parce que c'est vrai que même si les mécanismes sont souvent, enfin j'imagine un peu similaires, enfin plus par habitude de savoir comment traiter le sujet des incontinenances urinaires, je pense, que du prolapsus.	Être plus à l'aise avec la PEC de l'IU que le POP Voir une physiopathologie commune entre le POP et l'IU	Ne pas être à l'aise sur la consultation pour POP Définition du POP bien connue par les MG

I : Ah oui d'accord, tu veux dire que tu te sens plus à l'aise sur l'incontinence tu veux dire c'est ça ?		
MG7 : Oui voilà, et du coup c'est vrai que je peux pas dire que je l'aborde moi dans une consultation de suivi. C'est plus euh, quand il y a une problématique, je vais poser les bonnes questions, mais enfin non pas spontanément.	Ne pas dépister systématiquement les SF de POP Rechercher le POP en présence d'autres symptômes urogénitaux	Ne pas dépister le POP Dépister le POP
I : D'accord oui ok. Et donc d'une manière plus générale, tu dirais que le médecin généraliste il a quelle place dans le prolapsus ?		
MG7 : Euh... Ben je dirais surtout en fonction de son activité en fait. Y'a des généralistes qui ont une activité gynéco très prédominante, donc je pense que eux ils doivent être vraiment un maillon central. Après moi, je pense que sur l'acte, on est capable de poser des pessaires, voilà sur ces prises en charge.	Accorder au médecin généraliste une place importante dans la PEC du POP Estimer possible la pose d'un pessaire par les médecins généralistes	Se donner un rôle central dans la prise en charge du POP S'être approprié le pessaire
Après moi clairement, moi je délègue. Voilà c'est vraiment parce que j'aurai pas le temps de m'intéresser puis surtout de m'habituer aux gestes. On va dire qu'il faudrait que je fasse aussi plus de gynéco en général, ce qui n'est pas trop dans mon optique.	Déléguer la pose de pessaire Manquer de temps et d'intérêt pour apprendre la pose du pessaire	Déléguer Ne pas vouloir se former Inertie
Mais après, dans mon activité, je pense que c'est surtout aiguiller vers les bons, donc soit gynéco, soit kiné, et ce qu'on a là ici.	Accorder un rôle au médecin généraliste dans l'orientation vers les pro de santé adaptés	Se donner un rôle central dans la prise en charge du POP Déléguer - orienter
I : D'accord, et alors justement comment tu fais ce choix sur l'orientation ?		
MG7 : Bah globalement c'est souvent en première intention kiné.	Prescrire de la rééducation en première intention	Place quasiment systématique de la rééducation périnéale
Et après c'est en fonction, enfin on en rediscute, on a des RCP ici. Donc si jamais la kiné a des problèmes pour poser le pessaire, ou si jamais la forme du pessaire va pas bien ou et cetera, que la situation est complexe, là je pense qu'on en reparle et puis à voir.	Prendre en charge les POP de manière pluriprofessionnelle	Connaître et compter sur le réseau de soins
Parfois on sollicite aussi la gynéco directement quoi.	Demander l'avis d'un gynéco en cas de PEC complexe d'un POP	Déléguer
Pour dire "voilà là j'ai du mal à poser ce pessaire là, est-ce que tu peux m'aider", donc voilà.	Prendre en charge les POP de manière pluriprofessionnelle	Connaître et compter sur le réseau de soins

Donc je pense qu'en première intention moi j'ai tendance à adresser de façon assez récurrente, je propose d'abord kiné.	Prescrire de la rééducation en première intention	Place quasiment systématique de la rééducation périnéale
Et après c'est aussi en fonction de la dispo. Si y'a pas du tout du tout de dispo pour la kiné, j'irai voir sage-femme, ou gynéco direct.	Adapter la PEC du POP en fonction des délais de consultation avec les professionnels de santé	Adapter la PEC selon les conditions locales d'exercice Accès facile/difficile au réseau de soins local
I : D'accord, et alors tu saurais expliquer un peu pourquoi d'abord kiné ?		
MG7 : Parce que je connais les compétences des uns et des autres.	Connaître les champs de compétences des différents professionnels de santé dans la PEC du POP	Adapter la PEC selon les conditions locales d'exercice Accès facile/difficile au réseau de soins local
Et puis je connais aussi un peu les plannings, celui de la gynéco qui est encore plus chargé que celui de la kiné.	Connaître les disponibilités des différents pro de santé prenant en charge le POP Observer une difficulté d'accès au gynéco Observer une plus grande facilité d'accès au kiné qu'au gynécologue	Accès facile/difficile au réseau de soins local
Donc c'est aussi la connaissance et la facilité de ce qu'il se passe ici, voilà.	Adapter la PEC du POP en fonction des conditions locales d'exercice Avoir un accès facilité à des professionnels de santé grâce à l'exercice en MSP	Accès facile/difficile au réseau de soins local Adapter la PEC selon les conditions locales d'exercice
I : D'accord ok ça marche ! Et alors est-ce que tu pourrais détailler un tout petit peu plus la consultation pour le prolapsus, comment ça se déroule ?		
MG7 : Alors bah globalement interrogatoire, pour savoir un peu l'impact du prolapsus. Donc est-ce qu'il y a des incontinences tous les jours, ou au moindre effort, à la moindre poussée.	Reconnaître les fuites urinaires comme un SF de POP Explorer le retentissement du POP par l'interrogatoire Évaluer la fréquence des troubles urinaires	Connaissance de la diversité des SF de POP Évaluer le retentissement fonctionnel du POP

Puis après bah l'examen, alors vérifier si je le retrouve.	Diagnostiquer le POP par l'examen clinique	Diagnostic purement clinique
Et alors la graduation, je suis pas trop à l'aise hein, pas très performant. Mais bon après c'est surtout voir l'impact, si c'est visible euh... Comme le nez au milieu de la figure, ou voilà est-ce qu'on a quelque chose d'assez minime. Bon et puis après de temps en temps je regarde un peu, je me remets un peu en tête la gradation du prolapsus. Voilà.	Grader le POP grâce à l'ex clinique Se remémorer les grades en cas de consultation pour le motif POP Se sentir en difficulté pour grader un POP	Difficultés à grader les POP
Mais je pense que moi mon truc se fait essentiellement sur l'interrogatoire. Et puis ben par rapport à ce que la patiente me dit, voilà "je ressens un gros truc là", bon en général y'a pas trop de doute.	Donner une place centrale à l'interrogatoire dans le diagnostic du POP Voir la sensation de boule intravaginale comme un SF de POP	Place importante de l'interrogatoire dans le diagnostic Connaissance de la diversité des SF de POP
I : Ok ok. Et donc après tu leur expliques...		
MG7 : Ouais voilà alors bah, les prises en charge.	Présenter les différentes possibilités thérapeutiques du POP	Se donner un rôle central dans la prise en charge du POP
Donc bah les pessaires je les connais pas tous, mais bon je sais qu'il y a soit les donuts, soit les cubes, enfin je sais qu'il y a différents modèles. Après sur le degré de connaissances euh... (rire)	Connaître l'existence de différentes formes de pessaires Manquer de connaissances sur les différents types de pessaire	Nécessité de trouver la bonne taille et forme de pessaire - difficultés techniques Manquer de connaissance sur le pessaire
Bon alors après régulièrement la kiné ici nous en montre, pour qu'on soit familiarisé un peu quand même.	Être sensibilisé au pessaire suite à une formation sur le sujet	Modifier ses pratiques par la formation

Et puis ben aussi, commencer à expliquer à la patiente que oui, va y avoir des manœuvres. Enfin je pense qu'il faut toujours prévenir, ça facilite après un peu la prise en charge. Et puis le degré d'intimité des femmes qui va être un petit peu... Mis à partie. Donc oui surtout sur les femmes... Enfin le côté préciser un petit peu les gestes je le fais vraiment par exemple sur la rééducation périnéale. Parce que bon, quand y'a des manœuvres internes, et qu'elles étaient pas au courant euh bon... Sur les premières fois j'ai déjà eu des petits soucis, enfin des patientes pas très agréablement surprises de ça quoi. Donc maintenant, en précisant et en annonçant un petit peu comment peut se faire la prise en charge, j'ai pas eu de nouveau soucis de ce côté-là quoi.	Éduquer les patientes à la PEC du POP Considérer la PEC du POP comme intrusive dans l'intimité des femmes Remarquer une plus grande adhésion des patientes prévenues des modalités de la rééducation périnéale Voir les manipulations au niveau de la sphère vaginale comme un frein possible à la rééducation périnéale	Se donner un rôle d'éducation thérapeutique au pessaire Optimiser la prescription de pessaire Définir le profil de patientes à qui proposer un pessaire Contraintes pour la patiente
I : Ok c'est intéressant ok merci. Et donc plus précisément sur le pessaire, toi le terme pessaire alors qu'est-ce que ça t'évoque ?		
MG7 : Alors bah c'est vraiment ce renfort de la paroi qui va être mis en interne, et... Voilà et puis ben c'est à peu près tout ce que j'ai en tête.	Voir le pessaire comme un dispositif renforçant la paroi vaginale Voir le pessaire comme un objet intravaginal	Se donner un rôle d'éducation thérapeutique au pessaire
I : Ok. Et donc le sujet du pessaire il arrive comment en consultation ?		
MG7 : Ben surtout vers la fin quand je vais les diriger en fait, "voilà ce qu'on peut vous évoquer".	Aborder le sujet du pessaire en fin de consultation Se reconnaître un rôle de présentation du pessaire aux femmes	Se donner un rôle d'éducation thérapeutique au pessaire
Donc soit la rééducation, alors même si quand on est au stade d'un prolapsus, voilà ça me paraît un peu... Léger. Enfin ça peut m'arriver de dire juste rééducation, mais euh...	Voir la rééducation périnéale comme une option thérapeutique dans la PEC du POP Considérer la rééducation comme peu efficace pour les grades 3	Place quasiment systématique de la rééducation périnéale Efficacité et satisfaction variables
Après c'est surtout voilà, de dire voilà ce que vous pouvez avoir comme prise en charge avant d'évoquer éventuellement la chirurgie, qui serait un peu le stade euh... Ben d'après quoi. Voilà, c'est un peu comme ça que je le stratifie.	Présenter les différentes possibilités thérapeutiques du POP Considérer la chirurgie comme un traitement de dernière intention	Se donner un rôle central dans la prise en charge du POP Trouver des inconvénients à la chirurgie

I : D'accord, donc quand tu leur dis qu'il y a plusieurs stratégies, tu leur parles de quoi alors du coup ?		
MG7 : Euh... Bah déjà vérifier quand même la force, la tonicité de leur plancher périnéal. Si c'est juste une faiblesse, euh on peut le retonifier. Si c'est déjà trop tonique, et que justement c'est par ça qu'il y a des poussées abdominales et que voilà c'est une des conséquences. Et puis après ben voir un peu euh... Donc soit la rééducation, soit le pessaire, et voire après la chirurgie, si on avait écumé toutes les autres possibilités.	Évaluer le tonus périnéal par l'examen clinique Adapter les propositions thérapeutiques en fonction du tonus périnéal Voir la rééducation comme un traitement indiqué en cas de manque de tonus périnéal Considérer le pessaire et la rééducation comme des traitement de 1ère intention Considérer la chirurgie comme un traitement de dernière intention	Définir le profil de patientes à qui proposer un pessaire Trouver des inconvénients à la chirurgie Être convaincu de la place centrale du pessaire
I : D'accord, donc tu présentes les 3 possibilités...		
MG7 : Ouais en fait j'évoque les 3, en disant que les 2 premières vont être les plus probables, et je vais vraiment insister sur celle-là, et vraiment en dernier recours la chirurgie.	Présenter les différentes possibilités thérapeutiques du POP Préférer le pessaire et la rééducation à la chirurgie dans la PEC du POP Considérer la chirurgie comme un traitement de dernière intention	Être convaincu de la place centrale du pessaire Place quasiment systématique de la rééducation périnéale
I : D'accord, et pourquoi tu leur présentes comme ça ?		
MG7 : Euh, pourquoi je leur présente comme ça ?		

I : Euh oui, enfin je veux dire pourquoi tu organises les choses comme ça ?		
MG7 : Euh... Ben globalement, de la même façon que je présente toute prise en charge, de la moins invasive à la plus invasive. Et puis euh, bon alors j'ai plus les stat', mais c'est vrai que le degré de réussite de la chir c'est plutôt variable aussi, bah autant que quelque chose qui peut être variable soit moins délétère sur les risques infectieux, et cetera. Vraiment dans ce sens-là. Mais comme je le fais à mon sens dans la plupart des prises en charge, on essaie toujours de, bah... c'est tout bête mais genre un ménisque ou un problème de genou, on fait toujours kiné puis éventuellement infiltration, puis éventuellement chirurgie. Voilà, toujours un peu dans cet ordre d'idée. Voilà, pourquoi cet ordre là, vraiment du moins invasif au plus invasif.	Considérer le pessaire et la rééducation comme des traitements non invasifs Considérer la chirurgie comme un traitement invasif Présenter les différentes possibilités thérapeutiques du POP Voir la variabilité des résultats des différents traitement du POP Voir le pessaire et la rééducation comme moins iatrogéniques que la chirurgie Présenter les prises en charge du moins à la plus invasive Préférer les PEC les moins invasives possibles Estimer la balance bénéfice-risque non en faveur de la chirurgie	Trouver des avantages au pessaire Trouver des inconvénients à la chirurgie Se donner un rôle central dans la prise en charge du POP Efficacité et satisfaction variables
I : D'accord ok, ça marche. Et donc qu'est-ce qui fait que tu parles du pessaire ou non à tes patientes ?		
MG7 : Ben j'en parle moi à peu près systématiquement. Comme je sais que c'est pas moi qui le ferait (rire). Je me dis vaut mieux qu'elles aient toutes les options en tête, et quitte à ce que quand on leur rappelle voilà "ah oui ok, je me rappelle, je peux peut-être envisager ça plus facilement". Donc euh non, je pense que je parle de tout à chaque fois.	Parler du pessaire à toutes les patientes souffrant de POP Ne pas poser de pessaire Accorder au MG un rôle important dans la présentation des différentes possibilités thérapeutiques du POP Estimer améliorer l'adhésion des patientes en leur parlant du pessaire dès le diagnostic	Être convaincu de la place centrale du pessaire Ne pas s'être approprié le pessaire - inertie Optimiser la prescription de pessaire

I : Ça marche. Et donc comment tu leur présentes le pessaire ?		
MG7 : Je montre des images.	Utiliser la communication visuelle comme outil d'éducation thérapeutique au pessaire (images)	Se donner un rôle d'éducation thérapeutique au pessaire
Parce que, c'est vrai que à terme pourquoi pas, faudrait que je demande à notre kiné si elle a des anciens modèles, pourquoi pas mais euh non,	Voir le pessaire de démonstration comme facteur favorisant l'adhérence des patientes	Se donner un rôle d'éducation thérapeutique au pessaire
Surtout des images,	Utiliser la communication visuelle comme outil d'éducation thérapeutique au pessaire (images)	Se donner un rôle d'éducation thérapeutique au pessaire
Et puis après ben expliquer le principe de on le met en place, faut trouver la bonne taille, donc ça passe par des essais, et ensuite euh... Donc essais, tolérance et puis après efficacité avec le praticien qui les aura vues.	Faire de l'éducation thérapeutique sur le pessaire Expliquer la nécessité de faire des essais pour trouver la bonne taille Informé de la nécessité d'un suivi initial pour juger de la tolérance et de l'efficacité du pessaire	Se donner un rôle d'éducation thérapeutique au pessaire Nécessité de trouver la bonne taille et forme de pessaire Adapter le suivi à chaque patiente
I : Ok super. Et donc pour une éventuelle prescription, comment tu t'organises ?		
MG7 : Euh pour la kiné je mettrais surtout bilan périnée et rééducation si nécessaire. Et je ne sais plus euh... Je sais plus si je dois mettre la pose de pessaire, je crois que je le fais ouais. Je sais plus. Mais je pense que dans ce cas-là je précise l'acte, bah pour que les cotations soient valables pour les kinés quoi au moins.	Être le plus exhaustif possible sur l'ordo de prescription de rééducation	Optimiser la prescription de pessaire
Et puis après ben je pense que je me pose moins de soucis quand j'adresse à la gynéco. Parce que ben finalement elle sait faire son métier aussi quoi, donc non mais y'a moins besoin de prescription précise quoi.	Trouver l'adressage au gynéco plus facile qu'au kiné en termes de prescription Avoir confiance dans la prise en charge de la gynécologue	Accès facile/difficile au réseau de soins local Bonne connaissance du pessaire par les soignants du réseau

I : D'accord ok. Est-ce que tu aurais une expérience à raconter avec un pessaire ?		
MG7 : Euh bah non (rire). Non en vrai ça fait des années que j'en ai pas posé, manipulé. Et puis ben les dernières prises en charge elles sont en cours, donc j'ai pas encore vraiment de retours des patientes. Donc non non pas d'expérience à raconter vraiment.	Ne pas avoir posé de pessaires depuis des années Ne pas avoir de retours récents de patientes sur le pessaire	Ne pas s'être approprié le pessaire Traitement désuet, peu fréquent, tabou
Mais ouais non, la dernière fois que j'en ai posé un je devais être interne, et ça c'était pas si mal passé. Je pense qu'on m'avait montré donc bon. Euh ouais, ça remonte à trop loin (rire)	Avoir eu une formation pratique à la pose de pessaire pendant l'internat Avoir eu des expériences de poses faciles de pessaires	Modifier ses pratiques par la formation S'être approprié le pessaire
I : Ah ouais donc du coup tu en as déjà posé ?		
MG7 : Ouais ouais, quand j'étais interne, mais euh j'ai dû en poser une ou deux fois quoi, c'est tout.	Avoir eu une formation pratique à la pose de pessaire pendant l'internat Avoir peu poser de pessaires dans sa carrière	Modifier ses pratiques par la formation Ne pas s'être approprié le pessaire
I : Ok, et donc toi comment tu as eu connaissance du pessaire alors ?		
MG7 : Oh bah sur les terrains de stage hein clairement, sur un mon semestre euh bah pôle mère-enfant, du coup là c'est là que j'avais appris tous les gestes techniques gynéco super intéressants, mais faute de pratique je les fais quasiment plus quoi.	Avoir eu une formation pratique à la pose de pessaire pendant l'internat Faire peu de gestes gynéco Être peu à l'aise sur les gestes gynéco	Modifier ses pratiques par la formation Ne pas s'être approprié le pessaire Contraintes pour le médecin
I : Ok ça marche, et donc quel regard tu portes sur le pessaire toi ?		
MG7 : Ben je fais tout pour que ça fonctionne, en tout cas j'espère vraiment que ça fonctionne.	Avoir une image positive du pessaire Croire en l'efficacité du pessaire Optimiser les chances de réussite du ttt par pessaire	Être convaincu de la place centrale du pessaire Optimiser la prescription de pessaire

Parce que c'est quand même quelque chose qui peut vraiment soulager, et sans être justement le côté très invasif et/ou justement échec de la chirurgie quoi. Et après une chirurgie c'est quand même compliqué après de revenir en arrière quoi, donc euh voilà.	Considérer le pessaire comme un traitement efficace Considérer le pessaire comme un traitement non invasif Reconnaître la variabilité des résultats de la chirurgie du POP Considérer le pessaire comme une bonne alternative à la chirurgie Voir la chirurgie comme un traitement invasif Voir la chirurgie comme un traitement définitif Voir le côté définitif de la chirurgie comme un inconvénient Voir le côté réversible du pessaire comme un avantage	Être convaincu de la place centrale du pessaire Trouver des inconvénients à la chirurgie du POP
Donc non oui, je pense que entre rééducation, mais je pense que quand on est à un stade avancé de prolapsus, la rééducation on peut toujours essayer mais voilà.	Considérer la rééducation comme peu efficace pour les grades 3	Efficacité et satisfaction variables
Euh non non donc oui, une vraie place, enfin une place primordiale sur la prise en charge du prolapsus.	Accorder une place centrale au pessaire dans la PEC du POP	Être convaincu de la place centrale du pessaire
I : D'accord. Et quels freins ou difficultés tu verrais au pessaire ?		
MG7 : Euh... (pause) Alors pour moi pas trop de frein, après moi j'imagine toujours que les patientes quand elles ont un corps étranger, ça peut être un peu moins facile à supporter. Puis y'en a, dès qu'il y a quelque chose à l'intérieur ça ne passe pas du tout, enfin y'en a ça reste très compliqué hein la manipulation et la pose.	Ne pas voir de freins à la prescription d'un pessaire Voir l'aspect "corps étranger" du pessaire comme un frein possible à son utilisation Voir les manipulations du pessaire comme un frein possible à son utilisation	Être convaincu de la place centrale du pessaire Inconvénients du pessaire

Alors après je sais qu'il y a des formes qui sont très différentes entre les anneaux, les cubes, et cetera, donc là pareil, c'est là où mon manque de connaissances du matériel euh voilà.	Connaître l'existence de différentes formes de pessaire Manquer de connaissance sur les différents types de pessaires	Nécessité de trouver la bonne taille et forme de pessaire - difficultés techniques Manquer de connaissance sur le pessaire
Le frein, c'est plus de bien réussir à expliquer pour que la patiente accepte d'emblée un peu plus les choses.	Voir le fait d'être à l'aise avec le sujet du pessaire comme facteur favorisant l'adhésion des femmes	Se donner un rôle de présentation positive du pessaire
I : Ok ? d'autres choses que tu verrais ?		
MG7 : Euh... Là comme ça non.		
I : Et donc les avantages, tu m'en as déjà un peu parlé, qu'est-ce que tu verrais comme avantages ?		
MG7 : Oui, ben c'est vraiment le côté pas trop invasif, et puis ben enfin je pense que je mets vraiment à cœur le côté non invasif de nos prises en charge dans la mesure du possible, donc bah si on peut avoir ça et que ça soulage et que ça permet de temporiser plusieurs années comme ça, ben oui si, c'est même un sacré avantage donc ouais.	Considérer le pessaire comme un traitement non invasif Voir le côté non invasif du pessaire comme un avantage Voir le pessaire comme un traitement possible au long cours Privilégier les traitements non invasifs Constater l'efficacité du pessaire sur les symptômes du POP	Trouver des avantages au pessaire Être convaincu de la place centrale du pessaire
I : Bien, d'autres choses à rajouter sur le pessaire, le prolapsus ?		
MG7 : Euh ben non. Peut-être moi une envie de me renseigner un peu plus, le fait d'en discuter comme ça là, c'est plus le fait de me dire ben moi peaufiner un peu mes infos, parce que moi c'est sûr que j'en ferai pas plus hein. Mais peaufiner la partie initiale de la prise en charge, parce que je pense que plus on explique correctement et de façon un peu confiante qu'on peut faire adhérer le patient à tel ou tel principe, donc ouais. Si je devais faire un truc, ça serait plus ça quoi. Me renseigner plus régulièrement, ouais la régularité quoi.	Souhaiter s'informer plus régulièrement sur le pessaire Ne pas souhaiter se former pour poser des pessaires Souhaiter se former sur le pessaire Voir le fait d'être à l'aise avec le sujet du pessaire comme facteur favorisant l'adhésion des femmes	Vouloir se former Ne pas vouloir se former

I : Ok. Et alors, quelles sont tes sources d'infos ?		
MG7 : Oh bah Google Image hein pour les photos. Et puis après ben euh après les recos là du collègue de gynéco, et puis les discussions de couloirs, et avec la kiné ici qui a souvent du nouveau matériel, donc souvent elle nous dit voilà, "faut que j'essaie ça". Et puis ben voilà, vérifier que ça soit bien supporté par les patientes.	Utiliser google comme support visuel à l'éducation thérapeutique Se documenter pour mieux connaître le pessaire Trouver des infos sur le pessaire en réunion pluriprofessionnelle à la MSP	Se donner un rôle d'éducation thérapeutique au pessaire Vouloir se former Modifier ses pratiques par la formation
I : Tu me disais par exemple pour les stades quand tu as besoin de vérifier, tu vas sur quel support ?		
MG7 : Ouais sur google, j'ai des mots clés assez précis et donc quand je tape je sais à peu près bah si je tombe sur le collègue de gynéco je sais que c'est la source fiable et voilà, j'évite les Doctissimo quoi (rire)	Se documenter pour mieux connaître le pessaire	Vouloir se former
I : Ok ! D'autres choses ?		
MG7 : Non non, c'est bon, très bien !		
I : Super merci beaucoup !		

Annexe 5 : Liste des propriétés et catégories

Prolapsus

Ressenti de prévalence du POP variable selon les MG - difficile à évaluer

- Évaluer le POP comme une pathologie fréquente / un motif fréquent de consultation
- Avoir l'impression d'être moins souvent confronté au POP qu'avant
- Avoir du mal à quantifier la fréquence du POP en consultation
- Estimer à 10 % la prévalence du POP en population générale
- Estimer la fréquence du POP en consultation à 1 fois par semaine / 1 à 2 fois tous les 15 jours / tous les 3 à 6 mois / 5 à 10 par an / 1 par mois / 1 fois par an / 2-3 par an
- Estimer suivre 20 à 30 patientes atteintes de POP
- Être rarement confronté au POP en consultation
- Être plus souvent confronté à l'IU qu'au POP

Tolérance variable selon les femmes

- Remarquer une variabilité de la définition du normal et du pathologique entre chaque patiente
- Remarquer une tolérance variable des symptômes de POP d'une femme à l'autre
- Observer un recours variable au médecin selon les patientes pour un même symptôme
- Observer une variabilité de vécu d'une femme à l'autre devant des SF liés au POP
- Voir la résignation de certaines patientes face à un POP débutant

Le POP comme motif principal de consultation

- Voir le POP comme souvent le motif principal de la consultation
- Être confronté au POP suite à une plainte spontanée des patientes
- Dépister les problèmes gynécologiques par un examen clinique à la demande des patientes

Voir l'augmentation de la prévalence du POP avec l'avancée en âge

- Voir une prédominance du POP dans la population féminine des plus de 65 ans / des plus de 45 ans / en EHPAD
- Considérer le POP comme une pathologie liée à l'âge
- Être confronté au POP uniquement chez les femmes ménopausées
- Voir l'âge comme un facteur d'aisance à aborder le sujet POP en consultation

Voir le post-partum comme une porte d'entrée à l'abord du sujet du POP en consultation

- Considérer le POP comme une pathologie de la femme en post-partum
- Dépister systématiquement le POP à la consultation post-partum
- Observer le POP comme motif principal de consultations pour les femmes en post-partum
- Voir le POP comme un sujet fréquemment abordé en post-partum

Le POP comme sujet tabou dans la société

- Observer une gêne/pudeur chez les patientes à aborder le sujet du POP
- Voir le POP comme un sujet tabou dans la société
- Considérer que seule la moitié des patientes connaissent le POP

Le POP comme motif caché de consultation

- Voir le POP comme un motif caché de consultation
- Remarquer que le POP n'est pas souvent le motif principal de la consultation
- Observer un abord du sujet du POP en fin de consultation
- Ne pas toujours avoir le temps de traiter tous les motifs au cours d'une consultation

Banalisation du POP par les femmes

- Observer la banalisation du POP par les femmes
- Noter la perception du POP comme un vieillissement normal du corps par les femmes
- Observer une absence d'inquiétude chez certaines patientes concernant leur POP
- Évaluer le POP comme un problème non prioritaire pour les femmes

Sous-diagnostic

- Observer l'absence de plainte spontanée de certaines patientes
- Présumer une sous-évaluation de la prévalence du POP
- Voir l'absence de consultation systématique en cas de symptômes de POP

Recours tardif

- Voir un recours tardif au médecin dans certains cas de POP
- Voir un recours au médecin en cas de symptômes devenus très gênants
- Observer un délai entre le début des symptômes et une demande de PEC

Diagnostic tardif

- Être confronté à des POP de haut grade
- Être parfois étonné de l'importance des POP constatés à l'examen clinique
- Découvrir des POP à des stades avancés faute de consultation antérieure pour ce motif

Dépister pour casser le tabou

- Voir le dépistage systématique du POP comme un moyen de faire connaître les possibilités thérapeutiques aux patientes
- Dépister précocement le POP pour ne pas retarder sa PEC
- Voir le dépistage systématique du POP comme un moyen de dédramatiser le POP
- Voir le dépistage systématique du POP comme un moyen de « débanaliser » le POP

Terminologie utilisée par les patientes différentes de celle du médecin

- Reconnaître une différence de terminologie entre le médecin et les patientes
- Remarquer l'utilisation du terme "descente d'organes" par les patientes
- Observer l'utilisation de termes simples par les patientes pour décrire le POP
- Trouver le terme descente d'organes anxiogènes pour les patientes

Anxiété des patientes face au POP

- Reconnaître le POP comme anxiogène pour certaines patientes
- Noter la perception du POP par les femmes comme une dégradation de leur corps
- Voir un retentissement psychologique important du POP chez les patientes
- Voir une crainte de cancer des patientes en cas de POP de grade 3
- Être confronté au POP quand les patientes sont inquiètes

Définition du POP bien connue par les MG

- Reconnaître le côté bénin du POP
- Définir le POP comme une pathologie chronique du périnée
- Faire un lien entre POP et tonus périnéal
- Définir le POP par une faiblesse du périnée à l'origine d'une externalisation des organes
- Définir le POP par une externalisation partielle ou totale d'un ou plusieurs organes du périnée
- Voir une physiopathologie commune entre le POP et l'IU

Identification des facteurs de risque de POP

- Reconnaître la mauvaise rééducation du post-partum comme un facteur de risque de POP
- Reconnaître les accouchements comme un facteur de risque de POP
- Dépister le POP chez les patientes avec perte de tonus périnéal
- Reconnaître les chirurgies abdo-pelviennes comme un facteur de risque de POP
- Connaître l'existence de facteurs de risque de POP autres que les grossesses
- Voir le POP comme une pathologie liée aux traumatismes périnéaux
- Reconnaître les grossesses multiples comme un facteur de risque de POP

Connaissance de la diversité des SF de POP

- Voir les douleurs / l'IU / la sensation de boule intravaginale / la pesanteur / la sensation de frottement / des troubles digestifs / les SF anorectaux / les saignements / les irritations / sensation de corps étranger comme des SF de POP
- Voir une association fréquente entre IU et POP
- Voir une diversité de symptômes associés au POP
- Reconnaître l'IU comme le SF le plus fréquent de POP
- Voir des SF de POP constants ou intermittents
- Constater une installation progressive des SF de POP

Connaissance des différents types et grades de POP

- Observer des POP touchant plusieurs organes
- Observer la cystocèle comme majoritaire
- Connaître différents grades de prolapsus
- Connaître la réductibilité de l'externalisation des organes lors d'un POP

Dépister le POP

- Rechercher la présence d'une pesanteur pelvienne / une IU / une incontinence anale pour dépister le POP
- Penser trouver plus de POP en recherchant systématiquement les SF de POP à l'interrogatoire
- Rechercher à l'interrogatoire les facteurs déclenchants du POP
- Utiliser les consultations à motif gynécologique pour dépister le POP
- Dépister systématiquement le POP pendant les consultations de gynécologie
- Dépister le POP à l'examen clinique
- Dépister le POP en l'absence de plainte spontanée

Place importante de l'interrogatoire dans le diagnostic

- Donner une place centrale à l'interrogatoire dans le diagnostic du POP
- Évoquer facilement le POP face aux plaintes décrites par les patientes

Évaluer le retentissement fonctionnel du POP

- Évaluer le degré d'urgence de la PEC du POP
- Voir le POP à l'origine d'une gêne fonctionnelle sur la qualité de vie des femmes
- Évaluer l'impact du POP sur la vie quotidienne
- Élargir l'interrogatoire sur d'autres SF uro-génitaux en cas de POP

Réaliser un examen clinique ciblé

- Ne pas rechercher systématiquement les SF de POP
- Attendre une plainte spontanée des patientes pour leur proposer une PEC
- Réaliser un examen clinique face à une plainte faisant évoquer un POP

Diagnostic purement clinique

- Réaliser un examen clinique devant une plainte gynécologique (gêne, pesanteur, irritation)
- Expliquer aux patientes la nécessité d'un examen clinique pour poser le diagnostic de POP
- Faire un diagnostic uniquement clinique
- Rechercher une IU associée par l'examen clinique
- Évaluer le tonus périnéal par l'examen clinique
- Examiner les femmes pour déterminer le type de POP

Prévalence des POP de bas grade

- Être souvent confronté à des POP de bas grade
- Évaluer les POP de grade 3 comme peu fréquent

Être à l'aise sur la consultation de POP

- Considérer le diagnostic de POP comme facile
- Être sûr de son diagnostic clinique face à un POP de grade 3
- Être à l'aise sur les consultations pour POP

L'exercice régulier de la gynécologie comme facteur favorisant l'aisance dans la PEC

- Maîtriser les actes techniques gynécologiques
- Se sentir à l'aise dans les consultations gynécologiques
- Avoir une formation pratique et théorique en gynécologie
- Voir l'exercice gynéco régulier comme facteur favorisant l'abord du sujet du POP

Se donner un rôle central dans la prise en charge du POP

- Accorder un rôle central au MG dans le dépistage du POP
- Accorder un rôle au MG dans le diagnostic du POP
- Accorder une place importante au MG dans la PEC du POP
- Accorder au MG un rôle important dans l'orientation des patientes
- Accorder au MG un rôle important dans la présentation des différentes possibilités thérapeutiques du POP

Expliquer, rassurer

- Expliquer au patiente les constatations de l'examen clinique
- Rassurer et expliquer le caractère bénin du POP aux patientes
- Répondre aux interrogations des patientes

Rôle d'éducation thérapeutique

- Accorder au MG un rôle dans l'explication de la physiopathologie du POP
- Accorder au MG un rôle dans l'éducation thérapeutique
- Voir internet comme un outil utile d'éducation thérapeutique au POP
- Utiliser la communication visuelle comme outil d'éducation thérapeutique au POP

Ne pas dépister le POP

- Évaluer le POP comme problème non prioritaire pour le médecin
- Manquer de temps en consultation pour dépister le POP
- Ne pas rechercher systématiquement les SF de POP
- Considérer le dépistage du POP comme intrusif dans l'intimité des femmes
- S'interroger sur la pertinence d'un dépistage systématique du POP
- Trouver la PEC du POP chronophage dans les consultations de médecine générale
- Trouver invasif le dépistage du POP par l'examen clinique

Ne pas être à l'aise sur la consultation pour POP

- Rencontrer des difficultés dans la PEC du POP
- Trouver limitées les solutions à proposer aux femmes souffrant de POP
- Être conscient de ses limites sur la PEC du POP
- Être plus à l'aise dans la PEC de l'IU que du POP
- Ne pas connaître la conduite à tenir en 1ère intention face à un POP

Difficultés à grader les POP

- Se sentir en difficulté pour grader les POP
- Ne pas connaître exactement les grades de sévérité du POP
- Se remémorer les grades en cas de consultation pour le motif POP

Un décalage d'inquiétude entre patiente et MG

- Se sentir à l'aise face à une femme inquiète pour un POP extériorisé
- Voir une différence du niveau d'inquiétude entre le médecin et la patiente
- Avoir tendance à minimiser les répercussions fonctionnelles du POP devant son caractère bénin

Médecin généraliste pas forcément le premier recours

- Penser que les patientes s'adressent au gynécologue plutôt qu'au généraliste pour leur question sur le pessaire
- Constaté ne pas être l'interlocuteur de premier recours pour le prolapsus
- Constaté ne pas être systématiquement l'interlocuteur de premier recours pour les motifs de gynécologie

Sentiment d'illégitimité

- Manquer de connaissance sur les symptômes associés au POP
- Ne pas dépister le POP par manque de réponse à y apporter ensuite
- Voir le refus de certaines patientes de l'examen clinique gynécologique par leur médecin traitant
- Déléguer le diagnostic clinique
- Déléguer le diagnostic clinique de POP au spécialiste en cas de suspicion à l'interrogatoire

Déléguer - orienter

- Déléguer la PEC du POP au spécialiste
- Déléguer le choix de traitement au spécialiste
- Déléguer rapidement la PEC des POP de grade 3
- Demander l'avis du gynécologue en cas de PEC complexe d'un POP
- Déléguer d'emblée / régulièrement / parfois la PEC du POP

Connaître et compter sur le réseau de soins

- Trouver confortable de travailler à proximité d'un réseau de paramédicaux s'occupant des POP
- Observer un accès aux chirurgiens plus rapide en clinique qu'à l'hôpital
- Connaître les disponibilités et champs de compétences des différents professionnels de santé
- Adresser aux paramédicaux en fonction de sa connaissance du réseau de soins local
- Bien connaître le réseau de soins local
- Avoir un accès facilité à des professionnels de santé grâce à l'exercice en MSP
- Orienter vers une sage-femme spécialisée dans le POP et le pessaire
- Pallier les difficultés d'accès aux spécialistes en adressant aux sage-femmes
- Observer une plus grande facilité d'accès au kiné qu'au gynécologue

Place quasiment systématique de la rééducation périnéale

- Prescrire de la rééducation en systématique / en première intention
- Accorder une place centrale à la rééducation dans la PEC du POP
- Voir la rééducation comme un traitement curatif
- Orienter vers des kiné ou sage-femmes spécialisés en rééducation périnéale

Trouver des avantages au traitement chirurgical

- Préférer la chirurgie au pessaire pour son côté durable et curatif
- Avoir vécu une expérience de chirurgie sans complication post-opératoire
- Voir la chirurgie comme un traitement curatif, définitif et radical
- Voir la préférence pour un traitement radical pour certaines patientes
- Observer une préférence des chirurgiens pour la chirurgie par rapport au pessaire
- Préférer un traitement radical et curatif pour les femmes jeunes
- Proposer la chirurgie comme option de traitement du POP

Trouver des inconvénients à la chirurgie

- Considérer la chirurgie comme un traitement de dernière / deuxième intention
- Reconnaître la chirurgie comme indiquée de manière non systématique
- Adresser les patientes au chirurgien en cas de refus ou d'échec du pessaire
- Considérer la chirurgie comme un traitement irréversible / compliqué / invasif
- Estimer la balance bénéfice/risque pas en faveur de la chirurgie
- Voir la convalescence post-opératoire comme un inconvénient au traitement chirurgical
- Voir le côté définitif / irréversible de la chirurgie comme un inconvénient
- Être conscient de la controverse au sujet des bandelettes chirurgicales
- Observer des effets indésirables sévères dans la chirurgie du POP

Respect du choix des patientes

- Laisser le choix du traitement à la patiente
- Avoir besoin du consentement de la patiente pour poser un pessaire
- Laisser un délai de réflexion à la patiente avant de prescrire le pessaire
- Adapter les propositions de traitements en fonction des préférences des patientes
- Respecter le refus du pessaire par certaines patientes

PEC individualisée

- Proposer une PEC individualisée et adaptée à chaque patiente
- Adapter la PEC selon le profil / l'autonomie / les comorbidités / la qualité de vie / l'âge / le statut ménopausique / le poids / le tonus périnéal / l'activité physique / la parité / les représentations sur l'anatomie génitale / l'activité sexuelle de la patiente
- Envisager le pessaire pour les patientes âgées et comorbides
- Penser que le pessaire ne s'adresse pas à toutes les femmes
- Ne pas présenter le pessaire aux femmes jeunes
- Préférer la chirurgie au pessaire pour les femmes jeunes

Adapter la PEC selon le POP

- Adapter la PEC en fonction du grade / de l'évolution du POP
- Voir le pessaire comme une option de traitement en cas de POP de grade 3
- Penser la rééducation inefficace en cas de POP de grade 3 ou 4
- Orienter vers le spécialiste en cas de SF importants
- Proposer systématiquement une PEC en cas de POP de haut grade
- Considérer la chirurgie comme traitement de 1ère intention en cas de POP de grade 3
- Considérer le pessaire comme non indiqué en cas de POP de grade 3

Proposer une PEC selon la symptomatologie de la patiente

- Prescrire de la kiné en cas de SF peu important/de grade 1
- Adapter la PEC selon les conditions locales d'exercice / les délais de consultation avec les spécialistes / en fonction de l'avis du spécialiste

Adhésion et observance variables

- Constater le refus/la crainte/la réticence de la chirurgie / du pessaire / de la rééducation par certaines patientes
- Voir la motivation comme facteur nécessaire à la réalisation de la rééducation
- Voir les POP symptomatiques comme facteur de motivation à la réalisation de la rééducation
- Voir un refus plus fréquent du pessaire que de la rééducation
- Voir la préférence de certaines patientes pour le pessaire par rapport à la chirurgie
- Voir le manque d'adhésion au pessaire comme un frein à son utilisation
- Observer une bonne adhésion au pessaire en cas de SF / de plainte spontanée / de refus de la chirurgie

Efficacité et satisfaction variables

- Observer la satisfaction de certaines patientes après une chirurgie du POP / ou avec le pessaire
- Observer l'insatisfaction de certaines patientes après une chirurgie du POP / ou avec le pessaire
- Constater parfois une inefficacité de la rééducation (grade 3, tardive)
- Trouver la chirurgie du POP efficace
- Voir la variabilité des résultats des différents traitements du POP
- Voir la même efficacité avec le pessaire et la chirurgie
- Considérer le pessaire comme un traitement efficace

Avoir conscience de l'influence de ses représentations

- Reconnaître l'influence de ses représentations sur les propositions de traitements faites aux femmes
- Avoir des réticences face au pessaire
- Se sentir capable de transmettre une image positive du pessaire malgré ses a priori négatifs
- Savoir mettre de côté ses représentations négatives
- Voir le médecin comme un frein possible dans le choix de traitements des patientes
- Avoir conscience de ses représentations négatives sur le pessaire
- Projeter ses expériences personnelles positives / négatives sur les patientes

Pessaire

Voir le pessaire comme un sujet d'actualité

- Observer un retour à l'utilisation du pessaire
- Voir un recul de la chirurgie du POP
- Voir un remplacement de la chirurgie par la rééducation et le pessaire
- Voir moins de chirurgie du POP qu'il y a 10 ans
- Changer de vision sur le pessaire
- Redonner une place importante au pessaire dans la PEC du POP
- Avoir observer un remplacement du pessaire par la chirurgie dans les 2 dernières décennies

Évolution des pratiques

- Observer de plus en plus de patientes porteuses de pessaire
- Observer la prescription de pessaires par les gynécologues
- Observer la prescription de pessaires par les sage-femmes
- Voir une évolution dans le choix de pessaires disponibles

Trouver des avantages au pessaire

- Voir le pessaire comme un outil de réponse sans engagement à la plainte des femmes
- Voir la préférence de certaines patientes pour un traitement non chirurgical / réversible
- Voir le côté réversible du pessaire comme un facteur d'adhérence au pessaire
- Considérer le pessaire comme un traitement non invasif / moins risqué que la chirurgie / simple d'utilisation / possible au long cours / indolore / évitant le recours au spécialiste / rapide à mettre en place / inoffensif
- Voir le côté non invasif / réversible du pessaire comme un avantage
- Constater la bonne tolérance du pessaire
- Préférer les traitements réversibles aux non réversibles
- Voir l'autonomisation de la patiente avec son pessaire comme un avantage au pessaire
- Constater un suivi moins contraignant une fois la patiente autonome avec son pessaire
- Associer gestion du pessaire en autonomie des patientes avec simplicité pour les femmes

Être convaincu de la place centrale du pessaire

- Accorder une place au pessaire en première intention / avoir une image positive du pessaire
- Parler du pessaire à toutes les patientes souffrant de POP
- Avoir un regard positif sur le retour du pessaire dans les pratiques
- Croire en l'efficacité du pessaire
- Considérer le pessaire comme un traitement améliorant la qualité de vie
- Ne pas avoir de freins à la prescription du pessaire
- Constater l'efficacité du pessaire sur les symptômes de POP
- Estimer le bénéfice du pessaire plus important que son coût
- Voir le pessaire comme une bonne alternative à la chirurgie
- Observer une préférence des sage-femmes pour le pessaire par rapport à la chirurgie

S'être approprié le pessaire

- Connaître l'existence de recommandations sur le pessaire
- Trouver facile / se sentir à l'aise sur la pose de pessaire / estimer poser un pessaire en 10 min environ
- Poser souvent des pessaires
- Estimer possible la pose de pessaire par les médecins généralistes
- Comparer la pose de pessaire à la pose d'un DIU
- Penser être capable de renouveler un pessaire

Se donner un rôle de présentation positive du pessaire

- Présenter le pessaire comme un traitement indolore une fois en place
- Expliquer aux patientes la possibilité de garder le pessaire pendant les rapports sexuels
- Considérer le pessaire comme un traitement sans contre-indication
- Voir la facilité d'utilisation du pessaire comme un prérequis à son utilisation
- Voir le fait d'être à l'aise avec le sujet du pessaire comme facteur favorisant l'adhésion des patientes
- Rapporter aux patientes la satisfaction de certaines patientes avec leur pessaire

Se donner un rôle d'éducation thérapeutique au pessaire

- Expliquer la physiopathologie du pessaire aux patientes / éduquer les patientes
- Voir la compréhension de la physiopathologie comme un facteur d'adhérence au pessaire
- Voir le pessaire comme un dispositif intravaginal / renforçant la paroi vaginale / un dispositif en plastique
- Trouver une adhérence des femmes dans l'explication du mécanisme d'action du pessaire
- Utiliser la communication visuelle / internet comme outil d'éducation thérapeutique au pessaire
- Voir le pessaire de démonstration / l'utilisation d'un mannequin comme un facteur favorisant l'adhérence des patientes
- Expliquer aux patientes la nécessité d'entretenir régulièrement le pessaire

Optimiser la prescription de pessaire

- Se sentir capable de présenter le pessaire aux patientes comme option thérapeutique
- Se donner un rôle de présentation du pessaire aux femmes
- Voir le pessaire de démonstration comme facteur favorisant l'adhérence des patientes
- Prescrire un gel lubrifiant en cas de sécheresse vaginale associée
- Rassurer les femmes sur les manipulations du pessaire en autonomie
- Estimer améliorer l'adhésion des patientes en leur parlant du pessaire dès le diagnostic

Modifier ses pratiques sur le terrain

- Avoir découvert le pessaire par le biais d'une prescription par une sage-femme
- Avoir appris à poser le pessaire par la notice fournie avec le dispositif
- Envisager de modifier ses pratiques futures en entendant parler du pessaire
- Avoir découvert le pessaire lors de sa pratique sur le terrain
- Avoir modifié ses pratiques sur le pessaire au fil du temps
- Avoir besoin de pratiquer régulièrement pour prescrire efficacement le pessaire
- S'informer sur le pessaire par le biais de patientes utilisatrices de pessaires

Modifier ses pratiques par la formation

- Être sensibilisé au pessaire suite à une formation / groupe de paires sur le sujet
- Avoir eu une formation théorique et/ou pratique sur le pessaire pendant l'internat
- Obtenir des informations sur le pessaire lors de réunion pluriprofessionnelles à la MSP

Vouloir se former

- Souhaiter se former sur le pessaire / avoir besoin de formation pour prescrire efficacement le pessaire
- Regretter l'absence du sujet du pessaire dans la formation continue
- Se documenter pour mieux connaître le pessaire

Consultation dédiée

- Reconvoquer les patientes pour une consultation dédiée en lien avec le pessaire
- Tester la tolérance de la patiente avec le pessaire au cours de la consultation de pose
- Prévoir une consultation longue pour les explications et la première pose de pessaire
- Éduquer la patiente aux manipulations du pessaire en autonomie lors de la consultation de la 1ère pose

Adapter le suivi à chaque patiente

- Évaluer l'aisance des patientes avec le pessaire pendant la consultation de contrôle
- Revoir les patientes 1 à 3 mois après la première pose de pessaire
- Voir les patientes 1 à 2 fois par an pour le suivi du pessaire
- Adapter la fréquence du suivi du pessaire selon le profil de la patiente

Définir le profil de patientes à qui proposer un pessaire

- Penser que le pessaire ne s'adresse pas à toutes les femmes
- Définir à l'interrogatoire le profil de la patiente
- Voir l'arthrose / l'âge avancé / le manque d'hygiène / le surpoids / les troubles cognitifs / le manque de compréhension / le handicap / le manque d'autonomie / les manipulations du pessaire en autonomie comme un frein possible à son utilisation
- Associer l'avancée en âge et le manque d'aisance avec son corps
- Voir le tonus périnéal suffisant comme un prérequis à l'utilisation du pessaire
- Se baser sur son ressenti pour juger de l'aisance de la patiente avec un pessaire
- Proposer le pessaire aux femmes jugées suffisamment à l'aise avec leur corps
- Ne pas présenter le pessaire aux femmes jeunes

Traitement désuet, peu fréquent, tabou

- Penser le pessaire tombé en désuétude
- Constater un abandon du pessaire par les gynécologues
- Être très exceptionnellement confronté au pessaire / voir peu de prescription de pessaire
- Constater une sous-estimation du nombre de patientes porteuses de pessaires
- Voir l'absence de demande de prescription de pessaires dans sa patientèle
- Ne pas être au courant de l'utilisation du pessaire par ses patientes
- Ne pas aborder spontanément le sujet du pessaire en consultation

Manquer de connaissance sur le pessaire

- Ignorer la fréquence d'entretien / la durée de vie / le prix du pessaire
- Manquer d'aisance pour expliquer la pose de pessaire
- Ne pas connaître la durée de vie d'un pessaire
- Manquer de connaissance sur les indications / les recommandations du pessaire
- Voir le manque de connaissance du médecin sur le pessaire comme un frein à sa prescription
- Ne pas dépister les complications liées au pessaire par manque de connaissances pour y répondre
- Ignorer les examens complémentaires à faire avant la pose d'un pessaire
- Ne pas avoir été formé au pessaire pendant ses études
- Se sentir peu formé / informé sur le pessaire

Ne pas s'être approprié le pessaire

- Ne pas poser / ne pas prescrire / ne pas renouveler de pessaire
- Ne pas se sentir à l'aise avec la prescription de pessaires / la gestion des complications
- Manquer d'expérience avec le pessaire
- Ne pas utiliser les malles de pessaire test
- Considérer être moins à l'aise que les sage-femmes pour les poses de pessaires
- Présenter le pessaire en 2ème intention / dernier recours / refus ou échec des autres thérapeutiques

Nécessité de trouver la bonne taille et forme de pessaire - difficultés techniques

- Connaître les tailles de pessaires disponibles
- Avoir besoin de prescrire un pessaire de bonne taille
- Connaître l'existence de différentes formes de pessaires
- Avoir connaissance de malles de pessaires tests
- Voir les malles de pessaires test comme une aide à la prescription d'un pessaire de taille adaptée
- Expliquer la nécessité de faire des essais avant de trouver la bonne taille
- Déterminer la taille du pessaire à l'examen clinique
- Reconnaître la détermination de la taille du pessaire par l'examen clinique approximative
- Manquer de connaissance sur les différents types de pessaires
- Ne prescrire et ne poser qu'un seul type et une seule marque de pessaire
- Avoir déjà fait acheter un pessaire de taille inadaptée à une patiente
- Observer une mauvaise tolérance en cas de pessaire de taille non adaptée
- Éprouver des difficultés concernant le choix des caractéristiques du pessaire (taille, forme)

Avoir une image négative du pessaire

- Avoir une représentation personnelle négative à l'utilisation du pessaire
- Être dégoûté par les pessaires restés en place trop longtemps
- Avoir eu une mauvaise expérience personnelle avec un dispositif intravaginal
- Avoir eu une expérience de complication avec le pessaire
- Projeter ses mauvaises expériences personnelles sur les patientes
- Envisager le pessaire comme option de dernier recours

Contraintes pour le médecin

- Voir le suivi initial du pessaire comme contraignant pour le médecin
- Considérer le fait de ne pas faire de gynécologie comme un frein à parler du pessaire
- Trouver le suivi du pessaire contraignant pour le médecin en cas de patiente non autonome
- Voir le temps important accordé aux explications/éducation au pessaire comme un frein possible à son utilisation

Contraintes pour la patiente

- Considérer le pessaire comme peu adapté aux femmes jeunes / sportives / réglées / actives sexuellement
- Voir la nécessité d'entretien régulier du pessaire comme une contrainte pour les patientes
- Observer des difficultés des patientes avec les manipulations de pessaire en autonomie
- Voir le pessaire comme un traitement compliqué d'utilisation
- Voir la difficulté d'utilisation du pessaire en cas de sécheresse vaginale associée
- Voir la taille du pessaire comme un frein possible à son utilisation

Être confronté à l'inquiétude des femmes avec le pessaire

- Reconnaître une différence de représentations entre le médecin et la patiente sur le pessaire
- Remarquer la réticence / la crainte de certaines patientes au pessaire
- Voir l'aspect corps étranger du pessaire comme un frein possible à son utilisation
- Voir l'influence des représentations des patientes sur l'utilisation du pessaire
- Voir un manque d'aisance des patientes à devoir effectuer les manipulations du pessaire

Être confronté à la méconnaissance du pessaire par les femmes

- Considérer le pessaire comme peu connu en population générale
- Voir une meilleure connaissance du pessaire par les femmes âgées
- Considérer la non connaissance du pessaire en population générale comme un frein possible à son utilisation
- Voir un intérêt à démocratiser le traitement par pessaire

Voir la nécessité d'une bonne aisance et connaissance des femmes avec leur corps

- Observer des représentations erronées de certaines femmes sur l'anatomie génitale
- Voir l'éducation thérapeutique comme nécessaire à l'utilisation du pessaire en autonomie
- Voir la bonne connaissance des femmes de leur anatomie comme une condition nécessaire à l'utilisation du pessaire

Inconvénients du pessaire

- Considérer le pessaire comme une option temporaire en attendant la chirurgie
- Voir le pessaire comme une perte de chance de se faire opérer chez les femmes âgées
- Voir l'efficacité partielle du pessaire sur les symptômes
- Considérer le pessaire comme inefficace en cas de POP de grade 3
- Présenter le pessaire aux femmes comme un traitement non chirurgical
- Voir le pessaire comme un traitement palliatif / préférer les traitements curatifs aux palliatifs
- Voir le côté temporaire du pessaire comme un inconvénient
- Voir le pessaire comme un traitement symptomatique

Effets indésirables du pessaire

- Être confronté à des pessaires impossibles à retirer
- Voir des irritations et des expulsions de pessaire comme effets indésirables
- Observer des problèmes de tolérance / une gêne des patientes avec le pessaire

Prix/remboursement du pessaire

- Considérer le prix du pessaire / le non remboursement comme un frein possible à son utilisation
- Voir le pessaire comme un traitement peu coûteux
- Considérer le pessaire comme un traitement coûteux
- Estimer le coût d'un pessaire à 30 euros / entre 40 et 50 euros

Ne pas vouloir se former

- Manquer de temps / d'intérêt pour apprendre la pose de pessaire
- Avoir besoin de temps pour se former sur le pessaire

Nécessité de déléguer

- Se faire aider d'un gynécologue pour la prescription d'un pessaire
- Déléguer l'éducation thérapeutique / les explications détaillées / la pose d'indication du pessaire / la prescription / la pose / le suivi / la gestion des complications
- Orienter en cas de difficulté à trouver la bonne taille de pessaire

Accès facile/difficile au réseau de soins local

- Reconnaître les difficultés d'accès au kiné comme frein possible à la réalisation de la rééducation
- Constater des difficultés d'accès aux médecins spécialistes
- Avoir un accès facilité à des professionnels de santé grâce à l'exercice en MSP

Bonne connaissance du pessaire par les soignants du réseau

- Prioriser les patientes ayant un POP sévère auprès des kinés
- Avoir confiance dans la PEC du gynécologue
- Travailler à proximité de spécialistes posant des pessaires
- Accorder un rôle important aux sage-femmes dans l'utilisation du pessaire

Méconnaissance du pessaire par les soignants du réseau

- Être confronté à des oublis de retrait de pessaire en EHPAD
- Supposer une méconnaissance du pessaire par les pharmaciens
- Considérer l'impossibilité pour le pharmacien de déterminer la taille adaptée de pessaire
- Se considérer comme seul prescripteur possible de pessaire en EHPAD
- Envisager pouvoir poser des pessaires en l'absence de professionnels de santé en capacité de le faire dans son entourage

Inertie

- Ne pas avoir modifié ses pratiques avec le pessaire
- Ne pas connaître les évolutions de pessaires (formes, types)
- Souhaiter ne pas prescrire de pessaire

Annexe 6 : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Je, soussigné(e),..... déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude qualitative réalisée dans le cadre de la thèse de Médecine Générale de Marie VEZIN, concernant le prolapsus génital et le pessaire.

Direction de thèse : Dr Violaine ROUJOU (médecin généraliste)

Investigateur : Marie VEZIN (DES de Médecine Générale - Faculté de Médecine de Tours)

But de l'étude : Explorer les représentations et attitudes des médecins généralistes sur le pessaire dans la prise en charge du prolapsus génital chez la femme de plus de 18 ans

Méthodologie : Etude qualitative par le biais d'entretiens individuels

Réalisation de l'entretien : J'accepte que l'entretien soit réalisé par Marie VEZIN. J'ai compris que la durée des entretiens oscillera entre 30 et 60 minutes et que je serai enregistré(e) de façon anonyme.

Que se passe-t-il si je participe ?

J'accepte de participer de manière volontaire à un entretien individuel où l'investigateur me posera des questions concernant mes représentations et mes pratiques sur le prolapsus et le pessaire.

Je comprends que mes réponses aux questions ont un caractère facultatif et que le défaut de réponse n'entraînera aucune conséquence pour moi.

J'ai compris que je peux décider de quitter l'étude à tout moment sans avoir à fournir de justification et que cela n'entraînera pas de conséquence pour moi.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

J'ai compris :

- que les enregistrements seront retranscrits mot pour mot de façon anonyme et confidentielle,
- qu'une fois retranscrits les enregistrements seront détruits,
- que le traitement informatique n'est pas nominatif,
- que l'analyse des données retranscrites et anonymisées sera réalisée par Marie VEZIN (investigatrice), en collaboration avec Dr Violaine ROUJOU (médecin généraliste) et le Dr Emma SALLET (médecin généraliste)
- que la transmission des informations me concernant, pour l'expertise ou pour la publication scientifique, sera elle aussi anonyme,
- que les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse et pourront éventuellement être publiés.

Des questions après l'entretien ?

N'hésitez pas à me contacter au : ... ou par courriel : ...

Fait en 2 exemplaires (1 à destination du participant et 1 à destination du chercheur)

Le : A :

Signature du participant :

Signature de l'investigateur :

Annexe 7 : 7 questions

1. Quelle est ma question initiale ? Pourquoi les médecins ne prescrivent-ils pas plus le pessaire ?

2. Comment en suis-je venue à me poser cette question ? Symptômes très fréquents, dispositif très efficace et maintenant reconnu comme traitement de première intention dans les recommandations, et pourtant j'ai le sentiment qu'il est très peu prescrit. Pourquoi ? Est-ce un manque de connaissance ? Ou des a priori ou des expériences négatives de la part des médecins ?

3. Si j'étais interrogée moi-même, quelle serait ma réponse ? J'ai découvert très récemment le pessaire, je le prescris moi-même peu en pratique voire pas, je ne sais pas trop comment le prescrire. J'éprouve des difficultés à en parler aux patientes par manque de connaissance et d'expérience avec ce dispositif. Peut-être également parce que je ne suis moi-même qu'à moitié convaincue par ce dispositif ? J'ai une vision du pessaire comme d'un dispositif ancien, palliatif, pouvant être douloureux et imposant en taille.

4. Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ? L'actualisation des recommandations de la HAS le place en première intention, et de nombreuses études ont montré les bénéfices et le peu d'inconvénients du pessaire. Le POP est une affection très fréquente, avec un grand impact sur la qualité de vie des patientes. Celles-ci sont souvent dépitées face à ces symptômes, et pensent qu'il n'y a pas de solution à ce problème. Le fait que le pessaire soit peu prescrit n'est probablement pas seulement lié à un manque de connaissance ou de formation des médecins. Ils ont probablement des représentations négatives à l'utilisation de ce dispositif.

5. Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ? Que peu de médecins voire pas en prescrivent, qu'ils ont une mauvaise opinion sur le pessaire, qu'ils disent que le pessaire est difficile à utiliser et à prescrire. Que les médecins ne soient pas assez formés, et que s'équiper et se former coûte cher. Que les médecins aient eu de mauvaises expériences avec les pessaires (effets indésirables, difficultés de pose, difficultés de prescriptions...) et qu'ils en ont une image péjorative (corps étrangers, douloureux, palliatif uniquement donc pas convaincant pour les patientes, difficiles à proposer à une femme jeune...). Que les médecins ne le proposent pas car ne le posent pas eux-mêmes donc laissent au spécialiste la possibilité de parler du pessaire. Que les médecins le proposent uniquement aux femmes âgées.

6. Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participants ? Qu'ils connaissent bien et utilisent souvent le pessaire, qu'ils aient envie d'en parler à leurs patientes, qu'ils pensent que c'est une meilleure option que la chirurgie, que le prolapsus peut toucher les femmes à tout âge.

7. Quelle est finalement ma question de recherche ? Quelles sont les représentations et les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis du pessaire dans la prise en charge du prolapsus ?

Annexe 8 : Fiche informative HAS à visée des patientes



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Prolapsus génital de la femme

Le pessaire gynécologique : à quoi ça sert ? Comment l'utiliser ?

Avril 2022

Vous avez un prolapsus génital, appelé aussi « descente d'organes » dans le langage courant. Votre médecin vous a prescrit un pessaire. Cette fiche a pour objectif de vous informer sur ce dispositif et sur la manière de l'utiliser. Ces informations sont complémentaires de la fiche d'information pour les patientes « [Prolapsus génital de la femme : des solutions pour le traiter](#) » que votre médecin pourra vous remettre en consultation.

Qu'est-ce qu'un pessaire ?

Un pessaire est un dispositif introduit dans le vagin dont le but est de maintenir les organes pelviens (vessie, rectum, utérus) à leur place.

Il peut être utilisé :

- en cas de prolapsus génital ;
- en cas de fuites urinaires survenant lors des efforts (activité physique, jardinage, bricolage, toux, rire...) ;
- de manière temporaire en cours de grossesse.

Les pessaires sont efficaces : dans 70 à 80 % des cas, ils soulagent quasi-immédiatement la sensation de boule dans le vagin associée à un prolapsus génital. Ils ne sont pas invasifs et présentent peu d'effets secondaires. Ils peuvent être utilisés en association avec la rééducation du périnée.

Comment choisir son pessaire ?

Le choix du pessaire à utiliser sera effectué en lien avec vous par votre médecin, sage-femme ou kinésithérapeute en consultation. Il existe des pessaires en latex ou en silicone. Le silicone est en général privilégié car plus durable dans le temps.

→ Il existe **différentes formes** de pessaires. Les plus fréquemment proposés sont les pessaires anneau, cube ou Donut.

Le pessaire Dish est parfois utilisé en cas de fuites urinaires à l'effort associées.

En règle générale, un pessaire peut être utilisé plusieurs années (2 à 3 ans).

Il doit être changé en cas de modification d'aspect (fissuration, cassure).

Pessaire anneau



Pessaire cube



Pessaire Donut



Pessaire Dish



→ Il existe également **différentes tailles** de pessaires qui permettent de s'adapter à votre corps.

Plusieurs essais pourront être nécessaires pour trouver le pessaire qui vous convient le mieux.

Un pessaire adapté ne doit pas être ressenti une fois en position et ne doit pas gêner lors des activités quotidiennes. La plupart des femmes oublient qu'elles ont un pessaire.



Comment mettre en place un pessaire ?

La 1^{re} pose s'effectue la plupart du temps par votre médecin en consultation. Vous pourrez ensuite le manipuler seule pour le nettoyer.

→ Après vous être installée en position allongée sur le dos ou debout avec un pied sur une chaise ou légèrement accroupie :

- en cas de pessaire anneau ou cube, pliez-le entre le pouce et l'index avec la main dominante (main droite si vous êtes droitière, gauche si vous êtes gauchère) ;

En cas de pessaire anneau, il est nécessaire de le plier au niveau des encoches

Pessaire cube plié



Pessaire anneau plié



- écartez les petites lèvres avec la main non dominante et introduisez le pessaire dans le vagin avec l'autre main (dominante). Vous pouvez le repousser avec le doigt s'il vous gêne.

Le pessaire doit se bloquer en arrière du pubis (os du bassin situé devant la vessie)

Insertion du pessaire



Comment le retirer ?

En cas de **pessaire cube** :

- 1 utilisez le cordon, **sans le tirer**, pour exercer une légère traction sur une des alvéoles du pessaire pour faire rentrer de l'air et le déventouser,
- ou :
- 1 suivez le cordon avec l'index jusqu'au pessaire puis passez l'index entre le pessaire et la paroi du vagin afin d'enlever l'effet de succion ou exercer une pression sur une alvéole en tractant doucement le cordon sur un côté pour déventouser le pessaire ;
- 2 puis, saisissez le pessaire et tractez doucement jusqu'à son retrait.

En cas de **pessaire anneau (ou Dish ou Donut)** :

- 1 crochetez le pessaire avec l'index ;
- 2 tirez dessus doucement jusqu'à ce qu'il soit retiré complètement.

Retrait pessaire cube



Retrait pessaire anneau



Quand le porter ?

Un pessaire peut être utilisé de façon continue (tous les jours) ou de manière intermittente (comme par exemple lors des activités physiques).

Est-il possible d'avoir une activité sexuelle avec un pessaire ? Y a-t-il des activités déconseillées ?

Il est possible d'avoir une activité sexuelle sans avoir à retirer votre pessaire. C'est le cas du pessaire anneau. Pour les autres pessaires (cube, Donut, Dish), il ne reste pas assez d'espace dans le vagin : il faudra l'enlever avant.

Vous pouvez garder votre pessaire même pendant les règles, en particulier s'il s'agit d'un pessaire anneau. S'il s'agit d'un pessaire cube, Donut, il faudra le nettoyer toutes les 4 à 6 heures.

Le port d'un tampon hygiénique peut être rendu difficile en présence d'un pessaire, il peut être utilisé en cas de pessaire anneau, mais il ne tiendra pas en cas de pessaire cube.

Il est possible de garder son pessaire quelle que soit l'activité physique, même à la piscine.

Comment l'entretenir ? Quel suivi est nécessaire ?

Après une première pose, un contrôle est en général programmé entre 1 et 3 mois par votre praticien.

Si vous manipulez le pessaire seule, il suffira simplement de nettoyer le pessaire à l'eau savonneuse. Il est inutile de le stériliser.

→ **Il est d'usage d'enlever et de nettoyer un pessaire cube tous les jours.**

→ Un pessaire anneau pourra être laissé en place durant plusieurs semaines voire plusieurs mois. Le rythme de nettoyage sera fonction de votre facilité à le manipuler : toutes les semaines, tous les 15 jours ou plus (au minimum tous les 4-6 mois).

Si vous ne le faites pas vous-même, votre praticien organisera un suivi tous les 4-6 mois. Si vous le manipulez seule, un suivi annuel sera suffisant.

L'application d'œstrogènes par voie locale ou de crème à base d'acide hyaluronique pourrait améliorer la tolérance d'un pessaire au long cours et pourra vous être proposée par votre praticien, en particulier si vous êtes ménopausée.

Quelle est la durée de vie d'un pessaire ?

Les pessaires en silicone peuvent être utilisés plusieurs années (autour de 2-3 ans). Ils devront être changés en cas de modification d'aspect (fissuration, cassure).

Les pessaires en latex ont une durée de vie moins longue que ceux en silicone.

Quels sont les inconvénients possibles ?

→ Il est normal d'avoir des pertes vaginales avec un pessaire.

Ces sécrétions vaginales peuvent être plus abondantes qu'auparavant, en fonction de la dose du traitement local prescrit en association avec le pessaire. Si ces sécrétions deviennent odorantes ou provoquent des démangeaisons, consultez votre médecin.

→ Le pessaire peut descendre à l'orifice vaginal, lors des activités quotidiennes ou du sport.

Il peut parfois tomber, notamment lors de la défécation ou efforts de poussées. Pour éviter cet inconvénient, il est impératif de lutter contre la constipation (conseils hygiéno-diététiques, conseils de posture aux toilettes, voire laxatifs).

Un pessaire ne doit pas occasionner de difficultés pour vider la vessie.

Traiter le prolapsus en repositionnant les organes avec un pessaire peut révéler des fuites urinaires (qui étaient masquées par le prolapsus). Un autre type de pessaire pourra alors vous être proposé.

Quelles sont les complications possibles ?

Les complications ne sont pas fréquentes et nécessiteront une consultation avec votre praticien. Il pourra s'agir de :

- saignements dus à des érosions vaginales ;
- infections, pertes malodorantes ;
- douleurs ;
- incarceration dans le tissu vaginal (en cas de pessaire négligé, c'est-à-dire sans suivi médical).

→ Il n'y a pas de risque de développer un cancer avec un pessaire.

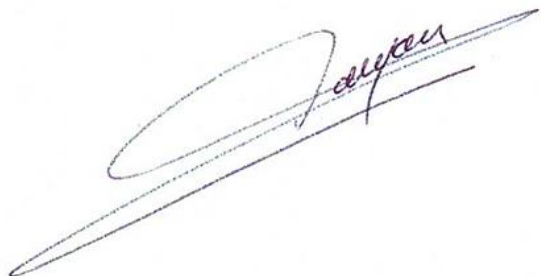
Un pessaire ne doit PAS FAIRE MAL et il ne doit PAS GÊNER lorsque vous urinez.

Cette fiche a été rédigée par le Dr Anne-Cécile Pizzoferrato, en collaboration avec le groupe de travail des recommandations HAS « **Prolapsus génital de la femme : prise en charge thérapeutique** - juin 2021 », et relue par un panel de patientes et d'usagères de la santé.

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Vu, la Directrice de Thèse

Dr Violaine ROUJOU

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Violaine Roujou', is written over a horizontal line. The signature is stylized with a large loop at the beginning.

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

VEZIN Marie

107 pages – 2 tableaux – 2 figures

Résumé :

Introduction : Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) accordent une place centrale au pessaire dans la prise en charge du prolapsus. Il reste peu connu et peu prescrit par les médecins généralistes (MG). L'objectif principal de cette thèse était d'explorer les représentations et les attitudes des médecins généralistes face au pessaire dans la prise en charge du prolapsus. L'objectif secondaire était d'explorer celles des MG sur le prolapsus en général.

Méthode : Étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée, par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans le Loiret entre juillet et novembre 2024. L'échantillonnage était théorique et complété jusqu'à suffisance des données.

Résultats et discussion : 11 entretiens ont été réalisés. Le prolapsus était décrit par les médecins comme un sujet tabou, soulevant la question d'un dépistage systématique. Les connaissances et l'aisance des médecins sur la prise en charge du prolapsus étaient variables. Il en découlait un sentiment de légitimité inconstant. La plupart des médecins en déléguaient la prise en charge. Ils décrivaient la connaissance du réseau de soins local comme essentielle. Ils proposaient une prise en charge individualisée à chaque patiente. Ils se donnaient un rôle important d'information, de réassurance et d'orientation des patientes. Les médecins reconnaissaient l'influence de leurs représentations sur leurs attitudes vis-à-vis du pessaire. Ceux ayant une image positive l'avaient intégré dans leur pratique, ceux en ayant une image négative exprimaient des freins à son utilisation. Malgré l'inertie dans les pratiques, un regain d'intérêt pour le pessaire semblait se profiler.

Conclusion : Un retour du pessaire dans les pratiques et un changement progressif de perception sur ce dispositif s'opèrent. Les recommandations de la HAS semblent moins influentes que les représentations des médecins sur l'appropriation et l'utilisation du pessaire. Plusieurs leviers pourraient contribuer à modifier ces représentations et attitudes : la formation des MG, l'éducation et la sensibilisation des patientes sur le prolapsus et le pessaire, l'exposition croissante des MG au pessaire et les retours positifs des patientes, le remboursement récent du pessaire.

Mots clés : Pessaire, prolapsus des organes pelviens, médecine générale, représentation, attitude, étude qualitative

Jury :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET

Directrice de thèse : Docteur Violaine ROUJOU

Membres du Jury : Docteur Cécile RENOUX-JACQUET
Docteur Marie CHAS

Date de soutenance : 15/05/2025