



HAL
open science

Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques

Audrey Lagneau

► **To cite this version:**

Audrey Lagneau. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01375462

HAL Id: dumas-01375462

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01375462>

Submitted on 3 Oct 2016

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

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

FACULTE DE MEDECINE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

**LES CONSULTATIONS DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MENEES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DES ALPES-
MARITIMES ET ALPES DE HAUTE-PROVENCE : ANALYSE
DES PRATIQUES**

THESE pour le diplôme de DOCTEUR en MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice

Le 30 Juin 2016

Par LAGNEAU Audrey
Née le 09 novembre 1988 à Nice

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur MALATRASI Georges

Président du Jury : Monsieur le Professeur DELOTTE Jérôme

Membres du Jury : Monsieur le Professeur FERRERO Jean-Marc
Monsieur le Professeur SCHNEIDER Maurice
Monsieur le Docteur BALDIN Jean-Luc

FACULTE DE MEDECINE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

**LES CONSULTATIONS DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MENEES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DES ALPES-
MARITIMES ET ALPES DE HAUTE-PROVENCE : ANALYSE
DES PRATIQUES**

THESE pour le diplôme de DOCTEUR en MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice

Le 30 Juin 2016

Par LAGNEAU Audrey
Née le 09 novembre 1988 à Nice

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur MALATRASI Georges

Président du Jury : Monsieur le Professeur DELOTTE Jérôme

Membres du Jury : Monsieur le Professeur FERRERO Jean-Marc
Monsieur le Professeur SCHNEIDER Maurice
Monsieur le Docteur BALDIN Jean-Luc



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Vice-Doyen

M. BOILEAU Pascal

Assesseurs

M. ESNAULT Vincent
M. CARLES Michel
Mme BREUIL Véronique
M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque

Mme DE LEMOS Annelise

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIÈRE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A **Monsieur le Professeur DELOTTE**, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Gynécologie-Obstétrique

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Merci de votre enseignement et de m'avoir ouvert la porte de vos consultations.

A **Monsieur le Docteur MALATRASI**, Maître de stage Enseignant et Médecin Généraliste

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, pour vos conseils judicieux et le temps que vous m'avez accordé. Vous m'avez épaulée tout au long de ce travail, le résultat n'aurait pas été le même sans vous.

Merci également de votre enseignement sur la médecine générale, j'ai beaucoup appris à votre contact et apprécié votre humanité envers les patients et votre engagement pour ce beau métier. Vous m'avez accordé votre confiance et faite entrer dans votre quotidien de médecin généraliste, vos remarques toujours justes m'ont beaucoup aidée.

A **Monsieur le Professeur FERRERO**, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Cancérologie

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury et de juger ce travail, recevez toute ma gratitude.

A **Monsieur le Professeur SCHNEIDER**, Professeur émérite en Cancérologie

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse, avec toute ma reconnaissance.

A **Monsieur le Docteur BALDIN**, Maître de Conférences associé en Médecine Générale, Maître de stage Enseignant et Médecin Généraliste

Merci d'accepter de juger ce travail et de participer au jury, en tant que digne représentant de la Médecine Générale.

Merci de votre enseignement apporté au cours de ces six mois de stage et de notre formation, de votre gentillesse envers vos patients et moi-même. Vous avez su me faire confiance et m'avez insufflé l'envie de me dépasser chaque jour.

Merci à vous deux de m'avoir gentiment accueillie dans votre groupe de pairs.

A vous voir exercer la Médecine Générale avec tant de ferveur, vous avez tous deux confirmé mon envie de faire partie de l'aventure !

A tous les médecins ayant pris un peu de leur temps pour répondre à ce questionnaire, ce travail n'aurait pas été possible sans vous.

A tous les médecins et leurs équipes qui m'ont accueillie dans leur service au cours de ma formation, et qui ont contribué à faire de moi le médecin que je serai demain.

A nos conducteurs de GEASP, les Docteurs FOLACCI, ARMENGAU, CAPRINI et MALATRASI. Vous avez rendu ces cours « vivants », et vous nous avez aidés à avancer dans notre cheminement d'internes.

A mes parents, pour votre amour indéfectible et votre soutien sans faille. A maman pour ta douceur et ces longues discussions qui font du bien. A papa pour tes encouragements et ta rigueur. Vous avez contribué à faire de moi celle que je suis aujourd'hui et m'avez accompagnée sur ce long trajet, aucun mot n'est assez fort pour vous en remercier.

A Jérémie, pour être présent au quotidien et ton amour. Tu m'as accompagnée pendant toutes ces années de dur labeur, et m'offres chaque jour une promesse de bonheur.

A ma famille, mon frère, ma sœur, mon parrain, mes neveux, oncles et tantes, cousins et cousines. Vous avez toujours été là et m'avez soutenue dans mes rêves. Nos retrouvailles sont toujours une source de joie.

Une pensée pour mes grands-parents partis trop tôt, que je n'ai pas eu le bonheur de connaître. A ma grand-mère qui nous a quittés, j'aurais tant aimé qu'elle soit présente en ce jour.

A ma belle-famille, pour votre accueil chaleureux et votre soutien depuis toutes ces années.

A mes ami(e)s, que je connais depuis si longtemps, ou depuis notre formation que nous avons suivie ensemble. A tous ces bons moments partagés, et à tous les futurs !

A mes co-geaspeurs et co-internes, en souvenir de ces moments passés ensemble. J'ai été contente de passer du statut de « bébé docteur » à « médecin » avec vous.

Table des Matières

Abréviations	5
Introduction	6
Les médecins généralistes, la gynécologie et les femmes françaises.....	7
A- La santé de la femme aujourd’hui en France.....	7
B- La place de la gynécologie dans la pratique du Médecin Généraliste.....	8
C- L’état actuel des pratiques du médecin généraliste en gynécologie dans d’autres pays du Monde..	9
D- Démographie médicale des médecins généralistes et des gynécologues/gynécologues- obstétriciens : en France, dans les départements des Alpes-Maritimes et des Alpes de Haute-Provence 10	
E- La question centrale.....	11
F- Les objectifs de recherche	11
a. Objectif principal.....	11
b. Objectifs secondaires	11
Matériel et Méthodes.....	12
A- La sélection des participants à l’étude.....	12
a. Les critères d’inclusion.....	12
b. Les modalités de contact	12
c. Les critères de non-inclusion	13
d. Les critères d’exclusion	13
e. Durée du recrutement	13
f. Chart flow.....	14
B- Questionnaire : les différents items	14
a. Les particularités d’exercice des médecins généralistes questionnés	14
b. Les honoraires des spécialistes en gynécologie/gynécologie-obstétrique et des omnipraticiens	15
c. Les pratiques	15
d. Les obstacles	28
C. L’analyse des résultats	31
Résultats.....	32
A- Les caractéristiques des médecins questionnés.....	32
a. Le sexe des participants.....	32
b. Leur secteur d’activité	32
c. La distance de leur cabinet médical avec un gynécologue ou une sage-femme.....	33
d. La durée d’exercice	33
e. L’environnement du cabinet médical	34

f.	La possession d'un diplôme spécifique dans le domaine de la gynécologie obstétrique tel que le « DIU de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique à l'attention des médecins généralistes »	35
B-	Les principaux résultats concernant les pratiques et obstacles chez l'ensemble des médecins interrogés.....	37
a.	Les pratiques	37
b.	Les obstacles	39
C-	Les pratiques et obstacles selon les critères d'exercice	40
a.	Le sexe des médecins (annexe E. et F.).....	40
b.	La durée d'exercice	44
c.	Le secteur d'activité : Urbain, Semi-Rural et Rural	50
d.	La distance avec un cabinet de gynécologie chez les non urbains (moins de 10 km et plus de 10 km) 56	
e.	Les caractéristiques de l'environnement du cabinet médical	60
D-	La pratique des différents gestes.....	63
a.	Les frottis cervico-utérins	63
b.	La pose et la gestion d'implants sous-cutanés et de stérilets	66
c.	Les médecins ne réalisant aucun geste pratique.....	69
E-	Evaluation des pratiques en termes de prévention et dépistage.....	70
a.	Le vaccin contre le papillomavirus.....	70
b.	La mammographie et l'examen mammaire réguliers.....	71
F-	Les aspects financiers.....	74
a.	Les honoraires des spécialistes en gynécologie-obstétrique/ gynécologie.....	74
G-	Les commentaires	74
1.	La consultation de gynécologie prend du temps, en plus des motifs de consultation habituels, et la rémunération de la consultation est jugée trop faible au vu du temps passé	74
2.	La présence d'un autre professionnel de santé impliqué dans le suivi gynécologique des femmes limite la pratique des médecins généralistes dans ce domaine	76
3.	L'aspect médico-légal lié à certains gestes est un obstacle supplémentaire	76
4.	La formation doit être complétée.....	77
5.	La réalisation d'actes techniques est limitée, mais n'empêche pas l'information lorsque le sujet est évoqué.....	77
6.	L'examen gynécologique nécessite du matériel spécifique pour être réalisé dans de bonnes conditions.....	77
7.	Limites à certaines pratiques pour certains médecins	77
8.	Le sexe du médecin joue aussi dans la décision des femmes à être suivies ou non par leur médecin généraliste.....	78

9. Le manque de connaissance des compétences du généraliste par les femmes est un frein à la réalisation de suivi gynécologique.....	78
10. L'absence de volonté de suivi par les femmes elles-mêmes est en soi une cause évidente de non prise en charge sur ce plan	78
11. A côté de ces points négatifs, certains médecins pratiquent largement la gynécologie en cabinet	78
Discussion	79
1. Analyse de l'étude réalisée	79
a. Les biais.....	79
b. Les points forts.....	79
c. L'originalité de ce travail.....	80
2. Les conclusions à en tirer.....	81
a. Les résultats notables	81
b. La mise en relation avec des travaux antérieurs	93
3. Les propositions envisageables ou envisagées à ce jour pour améliorer les pratiques actuelles....	98
Conclusion.....	100
Annexes.....	102
A- Le questionnaire	102
B- La démographie médicale.....	107
C. La part des dépassements dans les honoraires totaux des médecins.....	109
D. Les méthodes contraceptives	109
E. Pratiques chez les médecins selon leur genre	111
F. Obstacles chez les médecins selon leur genre.....	111
G. Les obstacles chez les médecins exerçant les frottis	111
H. Les obstacles chez les médecins pratiquant la gestion des DIU et / ou implants.....	112
I. Les obstacles chez les médecins ne gérant ni les frottis ni les DIU/implants	112
Bibliographie	113
Serment d'Hippocrate	

Abréviations

AHP : Alpes de Haute Provence

AM : Alpes Maritimes

BCP : Beaucoup

CES : Certificat d'Etudes Spécialisées

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DO : Dépistage Organisé

ECN : Examen Classant National

FMC : Formation Médicale Continue

FMI : Formation Médicale Initiale

FNCGM : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale

GM : Gynécologue Médical

GO : Gynécologue Obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

HR : Hazard Ratio

INCA : Institut National du CAncer

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste/Médecine Générale

MOD : Modérément

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PDT : Pas du tout

PV : Prélèvement Vaginal

SF : Sage-Femme

THS : Traitements Hormonaux Substitutifs

TV : Toucher Vaginal

UP : Un peu

Introduction

La gynécologie est une spécialité médico-chirurgicale qui concerne l'ensemble des femmes, de la naissance à la fin de vie. Elle est au cœur de la vie de chaque femme, les premières menstruations et ses questions, les premiers émois et la contraception, la grossesse, tout ceci mêlé aux actions de prévention et de dépistage, la ménopause et ses inconvénients, les troubles gynécologiques ainsi que les cancers provoquant malheureusement encore trop de victimes.

Le suivi gynécologique peut être effectué par différents intervenants : le gynécologue, la sage-femme ou le médecin généraliste. Mais ce suivi n'est souvent que partiel, les freins émanant des patientes comme des praticiens, et touchant tous les âges, toutes les classes sociales, toutes les parts de la société.

Malgré l'évolution sociétale et l'augmentation des moyens dévolus à la santé, nous observons encore trop de cancers gynécologiques (parmi les causes de décès les plus fréquentes chez les femmes), d'avortements, de suivis de grossesse incomplets entraînant des complications parfois graves...

La place du médecin généraliste dans cette prise en charge globale est légitime de par plusieurs facteurs. Il a notamment une mission de premier recours et de participation aux actes de prévention et de dépistage, comme l'a rappelé la WONCA en 2002, qui pose une définition claire et précise des rôles du médecin généraliste. Il doit assurer une prise en charge globale de ses patient(e)s, et les orienter si besoin vers des correspondants spécialistes d'organes.

Cette prise en charge se fait en adéquation avec tous les professionnels de santé entrant dans le suivi des patients. Une collaboration avec les différents praticiens est donc essentielle.

Les gynécologues médicaux et obstétriciens sont moins nombreux que les médecins généralistes sur le territoire français, et possèdent de nombreuses missions, multipliant les motifs de consultations dans un contexte de temps devenant trop limité. Les urgences relatives (infections...), les actions de prévention, les suivis de grossesses physiologiques et la contraception notamment se surajoutent à des motifs de consultation plus spécifiques, nécessitant leur expertise et un temps dédié. Mais ont-ils encore suffisamment de temps pour assurer toutes ces consultations ? La prise en charge de ces motifs de consultation courants, entrant dans le champ de compétence des médecins généralistes, ne peut-elle pas être assurée par les différents acteurs du suivi des femmes ?

Ainsi, une prise en charge des femmes dans leur entièreté et leur complexité devrait être partie intégrante de la pratique des médecins généralistes. Qu'en est-il aujourd'hui ? Quelle est la pratique actuelle des médecins généralistes dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, et comment évaluent-ils les différents freins pouvant faire obstacle à certains pans de cette pratique ?

Pour répondre à cette question, nous avons mené une étude transversale qualitative (enquête de pratiques), en recueillant par questionnaire les avis de 70 médecins installés dans les Alpes-Maritimes et Alpes de Haute-Provence, sur leurs pratiques et les principaux obstacles freinant celles-ci.

Les médecins généralistes, la gynécologie et les femmes françaises

A- La santé de la femme aujourd'hui en France

Selon l'INSEE¹, les femmes étaient réparties comme suit en janvier 2014:

- 34 336 315 dans la France entière (janvier 2016)
- 568 276 dans les Alpes Maritimes
- 83 732 dans les Alpes de Haute Provence

Les femmes ont aujourd'hui la possibilité d'être suivies sur le plan gynécologique par différents intervenants :

Le spécialiste en Gynécologie Médicale ou Gynécologie-Obstétrique a, bien entendu, un rôle important dans ce suivi, avec la réalisation d'actes spécifiques, le suivi de grossesse physiologique et pathologique, les diagnostics et traitements des cancers de la femme, la prise en charge de troubles fonctionnels, des troubles de la fertilité, de la ménopause...

La sage-femme peut, à la suite de la loi HPST de 2009 (article 86) : « proposer un frottis cervico-utérin, réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique ». Surveillance et suivi biologique sont eux assurés par le médecin.

Le spécialiste en Médecine Générale doit également assurer ce suivi, partie intégrante de son rôle de premier recours et de son implication dans la prévention et le dépistage.

A noter qu'en moyenne, une consultation chez le gynécologue dure 15-20 minutes contre 14-15 minutes pour une majorité de généralistes².

Selon l'institut BVA en 2008³ (enquête réalisée à la demande du FNCGM), « seules 20 % des femmes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique ». Les suivis gynécologiques étaient réguliers pour 85 % des femmes interrogées, mais seulement 15 % l'étaient par les généralistes. Nombre d'entre elles suivies par un généraliste ont invoqué un manque de gynécologues : « des délais de rendez-vous trop longs, et une absence de gynécologue à proximité ». Ainsi elles sont environ un quart à consulter leur « médecin traitant en cas d'urgence, en raison de l'impossibilité d'avoir un rendez-vous en urgence avec son gynécologue, ou la distance pour se rendre chez celui-ci ».

B- La place de la gynécologie dans la pratique du Médecin Généraliste

Le médecin généraliste possède dans son panel d'activités celle de premier recours. Il doit en effet assurer les soins ambulatoires lorsque cela est possible, et orienter vers un autre spécialiste le cas échéant.

Dans le code de la Santé Publique, la loi HPST de 2009⁴ (LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) précise dans son article L.4130-1 les missions du médecin généraliste de premier recours :

« Contribuer à l'offre de soins ambulatoire en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, la diagnostic, le traitement et le suivi des maladies, ainsi que l'éducation pour la santé. »

« Contribuer aux actions de prévention et de dépistage. »

La WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Société européenne de Médecine Générale-Médecine de Famille), réunie en 2002, a proposé une définition européenne de la médecine générale, en tant que médecine de famille⁵ :

« Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendant de l'âge, du sexe, et de toutes les caractéristiques de la personne concernée. »

« Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté. »

« Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide. »

Selon une thèse qualitative de 2014⁶, portant sur les déterminants objectifs et subjectifs de la pratique gynécologique en médecine générale, ont été mis en évidence les points suivants : une démarche active dans sa propre formation (initiale et continue), l'histoire de vie personnelle ou professionnelle, la non recherche du profit financier, la parentalité, la notion de service à la patientèle en premier recours, la vision fantasmée de la gynécologie, la prise en compte d'éléments parascientifiques, la vision biaisée de l'attente de prise en charge des patientes, l'engagement pour le droit à l'avortement, le militantisme en faveur de la médecine générale comme discipline à part entière.

C- L'état actuel des pratiques du médecin généraliste en gynécologie dans d'autres pays du Monde⁷

En Angleterre, l'ensemble des consultations de spécialistes est suspendue à la décision du GP (General Practitioner, équivalent du médecin traitant) qui suit le patient. Il en est de même pour la consultation d'un gynécologue : le GP doit rédiger une lettre à l'attention du médecin appartenant au système de santé national (NHS) pour que la patiente ait accès aux soins gratuits qui caractérisent ce pays. Sans ce sésame, la patiente doit régler la consultation dans son intégralité (dont les montants peuvent être bien plus élevés que ceux observés en France) et le GP n'est pas tenu de suivre les recommandations du spécialiste consulté. Cependant, le GP assure beaucoup de motifs de consultations, y compris la gynécologie, de façon exhaustive.

Existent également les « family planning clinics », équivalents des plannings familiaux, et les « well woman clinics » au sein de certains hôpitaux (appartenant au système NHS), qui reçoivent les femmes dans le cadre de dépistage (avec réalisation de frottis par un médecin femme ou une infirmière), de problèmes gynécologiques divers, de contraception de fond et d'urgence, de troubles mammaires et de la ménopause. Certaines infirmières sont également habilitées à réaliser des gestes tels que les frottis, et la prescription de contraception. A noter que les médecins hommes réalisant les examens gynécologiques sont généralement assistés d'une femme (comme dans les pays autres pays membres du Commonwealth) afin notamment d'éviter tout risque de poursuite judiciaire par la suite...

En Allemagne le système est un peu plus complexe, dépendant du type d'assurance souscrite. Une assurance publique impose une consultation chez le généraliste qui oriente ensuite vers le spécialiste à l'aide d'un « Überweisungschein » (courrier à son attention), alors qu'une assurance privée a ses propres modes de fonctionnement.

Le médecin généraliste est choisi librement par les patients, et il n'a pas le même rôle de « gatekeeper » qu'en Angleterre, mais plutôt un rôle de coordination. Le recours au gynécologue se fait plus facilement que dans d'autres pays. La formation médicale en Allemagne dure 5 ans avant une spécialisation durant 5 à 6 ans. Un numéris clausus a été instauré depuis 2012. Le problème de la répartition urbaine/rurale est le même que celui rencontré en France : un manque cruel de médecins se fait sentir dans les campagnes allemandes, rendant les soins plus difficiles. On compte en moyenne 9,7 consultations/an/habitant en Allemagne.

A l'inverse, les Pays-Bas ont une démographie médicale très défavorable en ce qui concerne les gynécologues (moins de 1 pour 10 000 femmes en 1999). Le MG (aussi appelé « huisart ») est un passage obligatoire afin d'accéder à un remboursement de la consultation et des soins associés (le courrier, ou « werwijsbrief », est un sésame pour obtenir ce remboursement). Le système se rapproche de celui des Anglais, avec la fonction de « gatekeeper ». Le patient est inscrit auprès de son huisart, et est orienté par celui-ci en cas de besoin vers les spécialistes. Ces derniers exercent exclusivement en secteur hospitalier. La formation des généralistes dure 3 ans pour la spécialisation, après une formation globale de 6 ans (similaire à la France). Le généraliste doit être lié contractuellement à une compagnie d'assurance pour être remboursé de ses consultations.

D- Démographie médicale des médecins généralistes et des gynécologues/gynécologues-obstétriciens : en France, dans les départements des Alpes-Maritimes et des Alpes de Haute-Provence

Les données ci-dessous sont tirées du site du Conseil National de l'Ordre des Médecins, avec les derniers chiffres de 2015⁸.

A noter que la région Provence Alpes Côte d'Azur fait partie des zones présentant la plus forte densité médicale en France, mais avec une disparité en termes de répartition sur son territoire, notamment pour les spécialistes. (Annexe B)

Pour les médecins généralistes, la densité nationale en 2015 est de 88 886 en tout, dont 56,9 % de libéraux et 6,5 % de remplaçants ; 48 099 hommes et 40 787 femmes.

En PACA : 5 142 généralistes (soit une densité à 10,2/10 000 habitants), dont 1 166 dans les Alpes-Maritimes (10,6/10000 hab.) et 178 dans les AHP (10,7/10 000 hab.). Certaines zones sont moins pourvues en médecins généralistes, mais nous ne retrouvons pas de véritable « vide » dans les zones étudiées.

Pour les gynécologues, la densité au niveau national est de 1 212 gynécologues médicaux dont 64 % de libéraux (775) et 4 331 gynécologues-obstétriciens avec 33,8 % de libéraux (1 472).

En PACA (les libéraux) : 37 dans les AM (0,6/10 000 hab.), surtout distribués sur la zone côtière (Nice, Cagnes sur Mer, Cannes), avec des « vides » sur les hauteurs ou en s'enfonçant dans les terres.

Dans les AHP, nous en retrouvons 3 (0,3/10 000 hab.) dont 2 à Manosque (densité 0,8/10 000 hab., à l'ouest du département) et 1 à Château Arnoux St Auban (2,2/10 000/hab.), soit une zone de 120-150 km autour de Barcelonnette sans gynécologue, à l'est du département... (Perte de 2 gynécologues par rapport à 2014 dans le département).

Le nombre de gynécologues médicaux n'est pas voué à augmenter de façon importante, voire même à diminuer, car peu de postes d'internes de spécialité sont ouverts chaque année (68 en 2015, 41 en 2013, 30 en 2011, 16 en 2004...) sur la France. Le DES de gynécologie médicale n'ayant été créé qu'en 2003 après une fermeture de la filière du CES en 1984, un manque patent de spécialistes se fait sentir. Avec un vieillissement de la population des praticiens actuels et une absence de renouvellement suffisant, les femmes ne pourront peut-être plus avoir accès à ces spécialistes dans les années à venir avec autant de facilité que maintenant.

E- La question centrale

Quelles sont les pratiques actuelles en termes de gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et des Alpes de Haute-Provence, et les principaux freins rencontrés ?

F- Les objectifs de recherche

a. Objectif principal

Décrire la pratique actuelle des médecins généralistes des Alpes-Maritimes et Alpes de Haute-Provence dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, et objectiver les obstacles principaux à certaines catégories de pratiques, chez ces mêmes praticiens.

b. Objectifs secondaires

Déterminer la pratique actuelle des tests de dépistage pour les cancers du sein et du col de l'utérus au cabinet de médecine générale.

Quantifier la pratique de la vaccination contre le papillomavirus par les généralistes.

Evaluer l'impact de la distance avec un spécialiste en gynécologie dans la pratique des médecins généralistes.

Tenter d'approcher les enjeux financiers dans ce suivi, vus par les médecins.

Mettre en avant les obstacles en les corrélant au type de pratique, selon les caractéristiques d'exercice des médecins, afin de proposer éventuellement des voies de réflexion pour des solutions envisageables.

Matériel et Méthodes

A- La sélection des participants à l'étude

a. Les critères d'inclusion

Ce travail se base sur la vision des médecins généralistes installés dans les départements des Alpes-Maritimes et Alpes de Haute-Provence, exerçant en libéral, encore en activité, recensés sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins, et randomisés selon leur ordre d'apparition sur les pages du site (en excluant ceux ne répondant pas aux critères d'inclusion énoncés ci-dessous).⁹

Ces deux départements ont été sélectionnés car relativement représentatifs d'une densité médicale forte et faible concernant les médecins généralistes et les spécialistes en gynécologie et gynécologie-obstétrique (cf introduction).

La randomisation sur le site du CNOM a été réalisée au mois de juillet 2015, avec une sélection de 300 participants en tout, soit 220 dans les AM et 80 dans les AHP.

b. Les modalités de contact

Les médecins randomisés ont été contactés initialement par téléphone. Lorsque le premier appel n'était pas concluant (ligne occupée, médecin non disponible ou à rappeler selon un rendez-vous défini avec leur secrétaire), deux autres appels étaient adressés aux médecins.

Ainsi 300 médecins ont été inclus.

Cinq appels se sont révélés sans suite car la ligne était non répertoriée ou le numéro avait changé.

Lorsque les médecins répondaient et donnaient leur accord directement (ou via leur secrétariat), il leur était demandé de fournir leur courriel pour que le questionnaire leur soit adressé par ce biais.

Le sujet de l'étude ainsi qu'un résumé bref du contenu du questionnaire était annoncé afin que le praticien donne son accord en connaissance de cause.

Une adresse mail dédiée a été créée aux fins de cette étude.

Ainsi 160 médecins ont répondu favorablement et fourni leurs coordonnées.

Un premier courriel leur fut adressé avec un mot explicatif dans le corps du texte, et le questionnaire adressé en pièce jointe avec une lettre explicative en début (cf. annexe A).

De un à trois mails de relance ont été adressés avant de conclure à une non-réponse.

De fait, nous avons reçu 80 réponses, dont 17 inexploitable pour des raisons techniques : pièce jointe de format inadapté, questionnaires reçus vides.

Nous avons pu corriger ce problème par la réalisation du questionnaire par téléphone pour 7 médecins. L'entretien téléphonique avait alors collé mot pour mot au questionnaire écrit, et chaque commentaire émis était retranscrit dans le dernier encart.

A terme, 70 questionnaires étaient exploitables (dont deux avec la partie obstacles malheureusement vide). Soit 23 % de l'ensemble du panel randomisé, et 44 % des médecins ayant accepté de participer à l'étude.

c. Les critères de non-inclusion

Il s'agit :

- des médecins non installés,
- exerçant en structure hospitalière ou sans activité libérale,
- avec une activité spécifique sortant du cadre de la médecine générale pure : DESC d'urgence, allergologie, gériatrie, infectiologie,
- médecins ayant cessé leur activité professionnelle.

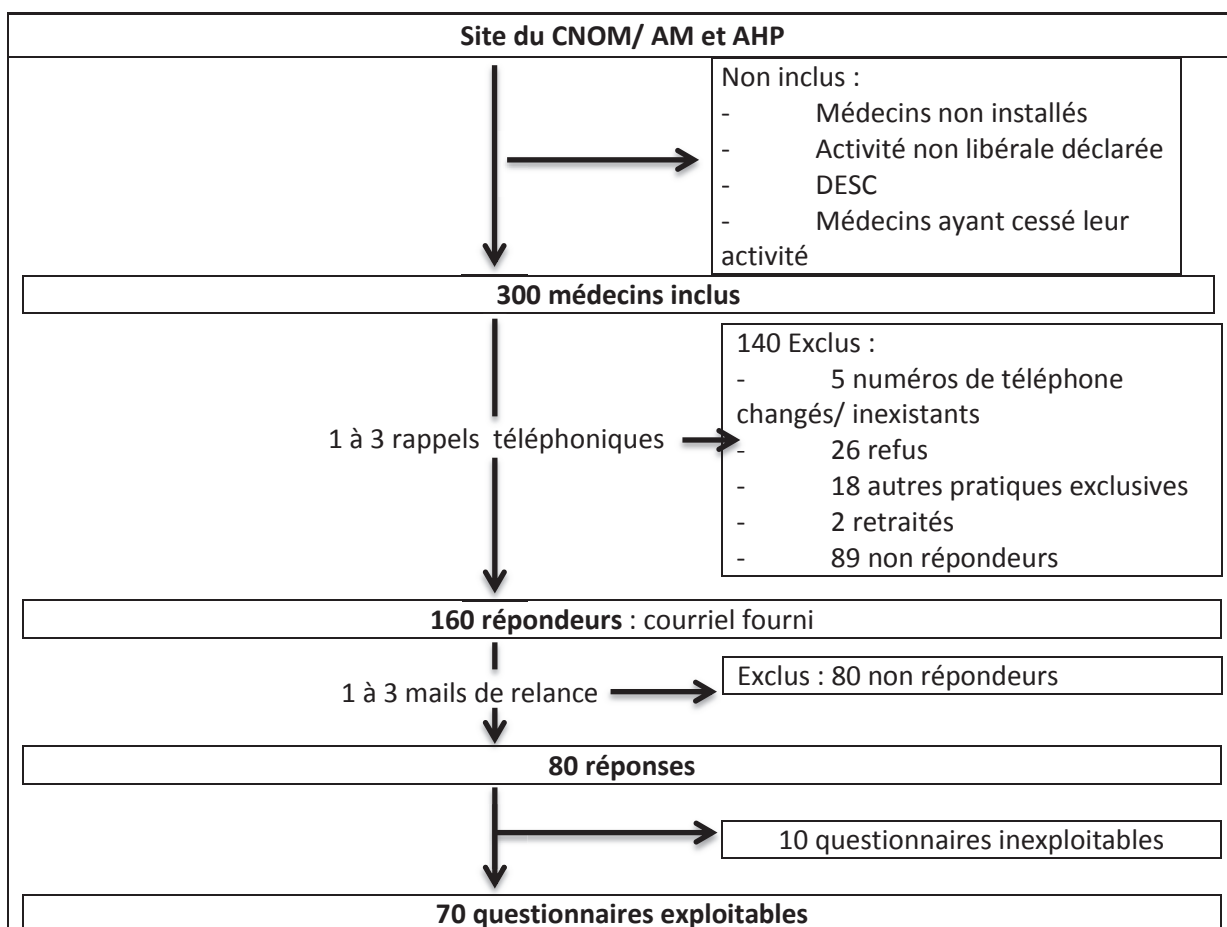
d. Les critères d'exclusion

- Les refus (26 refus au téléphone, principalement par manque de temps),
- La pratique orientée exclusivement vers une autre spécificité (18) : homéopathie (8), médecine thermale (4), médecine anti-âge (1), médecine chinoise (1), médecine du sport (4),
- Les non-répondeurs : 89 au téléphone malgré les relances, et 80 sur courriel après les deux relances,
- Les médecins retraités (2),
- Et enfin les problèmes techniques après réception du questionnaire rempli (évoqués ci-dessus).

e. Durée du recrutement

Le recrutement a débuté le 18 août 2015 avec les premiers appels, et a pris fin le 2 janvier 2016 (soit quatre mois et demi) avec la clôture des réceptions de courriel.

f. Chart flow



B- Questionnaire : les différents items

a. Les particularités d'exercice des médecins généralistes questionnés

Celles-ci ont été classées en différentes catégories :

Le sexe du médecin : Homme ou Femme

Son ancienneté d'exercice : moins de 10 ans, de 10 à 30 ans et plus de 30 ans.

Cette distinction permet de faire la différence entre la « jeune » génération de médecins généralistes, diplômée pour la plupart depuis l'apparition du Diplôme d'Etude Spécialisé en Médecine Générale en 2004 au concours de l'examen classant national et la réforme de l'internat, et les médecins exerçant depuis plus de 30 ans, ayant connu la période avant la disparition du certificat d'études spécialisées (CES) en gynécologie médicale en 1984, et ceux entre deux exerçant depuis l'arrêt du CES.

Sa distance par rapport à un gynécologue ou gynécologue-obstétricien : moins de 10 km, de 10 à 30km et plus de 30 km.

Son secteur d'activité : Urbain, Semi-rural ou Rural.

La présence d'un diplôme dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, tel que le « DIU de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique pour les médecins généralistes ».

b. Les honoraires des spécialistes en gynécologie/gynécologie-obstétrique et des omnipraticiens

Le montant des honoraires pour une consultation en secteur 1 représente respectivement (sur le site Améli.fr ; consulté en avril 2016) :

Pour les omnipraticiens : 23 € pour le tarif de base.

Pour les gynécologues : si en accès direct (examen clinique périodique, dépistage, contraception, suivi de grossesse, IVG médicamenteuse), 28 € en secteur 1 en base de remboursement et 23 € en cas de secteur 2. Si consultations hors accès direct, base de remboursement à 25 € avec une consultation limitée à 33 € maximum en secteur 1, et remboursement limité à 23 € en secteur 2. A noter qu'il en est de même lorsque la patiente n'a pas déclaré de médecin traitant.

Au niveau des dépassements d'honoraires, une étude réalisée à partir du SNIR (Système National Inter-Régime, compilation du relevé des données sur le secteur médical) en 2010 révélait une différence significative au niveau national, avec 4,3 % de dépassements pour les consultations chez les omnipraticiens, et 29,5 % chez les gynécologues (annexe C)¹⁰.

c. Les pratiques

La partie du questionnaire étudiant les pratiques propose 4 réponses possibles :

« Pas du tout », correspondant à une pratique inexistante dans le domaine étudié ;

« Un peu », au moins une fois par an ;

« Modérément », au moins une fois par mois ;

« Beaucoup », au moins une fois par semaine ;

i. La contraception : traitement de fond et contraception d'urgence

La **contraception** a été légalisée et généralisée depuis 1967 avec la loi NEUWIRTH sous la forme de pilule notamment, mais également de stérilets. « *Les contraceptifs inscrits sur un tableau spécial, par décision du ministre des affaires sociales, ne sont délivrés que sur ordonnance médicale ou certificat médical de non contre-indication. Aucun produit, aucun médicament abortif ne pourra être inscrit sur ce tableau spécial* ». « *La vente ou la fourniture des contraceptifs aux mineures ne peut être effectuée que sur ordonnance médicale constatant le consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal* ».

L'offre de soins a depuis largement évolué avec à ce jour de nombreuses techniques médicales et médicamenteuses reconnues, réversibles ou non, avec un taux d'efficacité variable évalué par l'indice de Pearls, permettant à chaque femme d'avoir une offre adaptée à ses besoins et à son mode de vie¹¹¹², ainsi que ses moyens financiers (annexe D) :

- Les oestro-progestatifs : pilule (avec les risques en termes de pathologie thrombotique et néoplasique), patch cutané
- Les progestatifs : pilule, stérilet au levonogestrel, anneau vaginal, implant, injectable
- Les méthodes physiques : préservatifs (qui ne sont pas une méthode contraceptive en soi, mais plutôt une protection contre les IST), spermicides, cape cervicale, diaphragme
- Les stérilets au cuivre (qui ne sont plus contre-indiqués, tout comme ceux imprégnés aux progestatifs, chez la femme nullipare)
- Définitives : ligature des trompes ou pose de clips *ESSURE*, légalisées en France depuis 2001 et encadrées de près, nécessitant plusieurs consultations et un délai de réflexion obligatoire de quatre mois avant le geste.

Leur prescription peut être faite par un médecin ou une sage-femme¹³, et le renouvellement sur une courte période également par un infirmier ou le pharmacien d'officine (pour les formes orales).

La décision du type de contraception doit être effectuée par la patiente, après une information claire et appropriée sur tous les types de contraception existant, notamment ceux adaptés à son mode de vie et ses envies d'utilisation.

Mais le nombre d'interruptions volontaires de grossesse n'a malheureusement pas bougé depuis 30 ans, prouvant qu'il existe des lacunes dans le domaine, à différents niveaux, et notamment dans celui de l'information des patientes au moment de la prescription, qui doit se faire selon leur décision, en fonction des informations fournies par le médecin prescripteur¹⁴.

La mise en place d'une contraception est l'occasion de faire le point au niveau clinique et biologique afin de rechercher les contre-indications au traitement proposé, mais également d'effectuer des actes de dépistage, avec le frottis (selon l'âge de la patiente) et la palpation mammaire¹⁵.

Le remboursement est quant à lui limité à certaines pilules ainsi qu'aux progestatifs injectables, stérilets et implants sous-cutanés, à hauteur de 65 %. Les méthodes de contraception définitive sont prises en charge à 80 %.

La **contraception d'urgence**¹⁶ :

Elle est de deux types, orale ou par stérilet.

Le Norlevo®, au levonogestrel, est administrable per os jusqu'à 72 h du rapport sexuel à risque. EllaOne® (Ullipristal acetate) est, elle, efficace jusqu'à 120 h. Ces deux méthodes orales sont accessibles avec ou sans ordonnance en pharmacie (gratuite pour les moins de 15 ans), mais aussi par le biais de l'infirmier scolaire pour les adolescentes encore en scolarité ou le service de Santé des facultés pour les étudiantes, de façon gratuite et anonyme.

Le stérilet au cuivre est accessible jusqu'à 120 h du rapport, et conservé par la suite en tant que contraceptif de fond.

ii. **Les gestes : Dispositifs intra-utérins et Implants**

La pose de **stérilet** est autorisée depuis la loi NEUWIRTH, promulguée en 1967. Celle-ci précise que « *l'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être réalisée que par un médecin, dans un établissement hospitalier, un centre de soins agréé* »¹⁷.

Initialement ont été mises en place des dispositions spécifiques nécessaires à la pose, puis abrogées par la circulaire n° 8113 du 29 avril 1981 : « *l'évolution des connaissances des praticiens en matière de contraception est telle que la pose des DIU est aujourd'hui un acte médical qui ne nécessite plus l'application de règles particulières* ». Ce texte supprime donc les obligations légales, notamment celle de posséder du matériel de réanimation et d'oxygénation. Cependant à nuancer, car en cas d'accident grave exceptionnel, la responsabilité du praticien pourra être recherchée, dans le cadre d'une éventuelle faute ou d'un manquement aux dispositions réglementaires générales¹⁸.

Aucun texte de loi récent n'a été recensé dans ce domaine, mais la HAS a publié une recommandation en 2013 modifiée en 2015¹⁹, contenant des recommandations étrangères, notamment une recommandation émanant de la *Faculty of Sexual and reproductive healthcare* sur la contraception intra-utérine (« *L'équipement d'urgence doit être disponible dans tous les contextes où la contraception intra-utérine est posée* »...). Cependant, il n'est pas précisé si le contenu de cette recommandation est applicable au niveau français, entrant en opposition avec la circulaire de 1981 citée ci-dessus.

Les Dispositifs intra-utérins existent donc sous deux formes, au cuivre ou au lévonogestrel. Leur pose est possible par un gynécologue, une sage-femme (art L5134-1 du code de santé publique) ou un médecin généraliste, chez toute femme qui le désire, y compris les nullipares, et leur durée d'action optimale est de 5 ans.

Ils imposent un examen gynécologique avant leur pose afin de déterminer la faisabilité du geste et d'éliminer d'éventuelles contre-indications ; et la réalisation d'une échographie de repérage après le geste afin de vérifier son bon positionnement et l'absence de complication liée au geste.

Selon la dernière recommandation de la HAS, « *au regard de sa très bonne efficacité et de son taux d'utilisation en France paradoxalement assez faible chez les femmes jeunes, le groupe de travail recommande que son utilisation soit mieux connue et que ses bonnes pratiques de pose fassent l'objet d'un enseignement, notamment dans le cadre des organisations professionnelles (FMC,...)* ».

Les implants sont commercialisés dans le monde depuis 1983 (Norplant® : lévonogestrel). Le premier distribué en France a été l'Implanon® (2001), qui est devenu le Nexplanon® il y a quelques années suite à une simplification du procédé d'insertion. Son efficacité théorique (tout comme celle des DIU) est de 99,5 %. La pose est faite sur une peau anesthésiée, en sous-cutané habituellement au niveau de la face interne du bras à proximité du coude, afin d'éviter qu'il ne soit gênant et exposé à vue. Sa présence est prévue pour 3 ans (réduite à 2ans ½ pour les femmes obèses), le changement immédiat étant possible le jour du retrait du précédent dispositif.

Les effets indésirables sont surtout représentés par une ecchymose locale au point d'insertion, une prise de poids pour les patientes à risque, une possible hyper-séborrhée ou un hirsutisme (rare), et surtout des modifications du cycle, imprévisibles et parfois très gênantes (règles plus abondantes, « spotting » ou saignements intercurrents, aménorrhées...).

Son retrait est (normalement) simple, une fois repéré sous la peau par la palpation, à l'aide d'une petite incision et d'une manœuvre aidée d'une pince pour aider à le retirer. Dans les cas où un doute persiste sur sa localisation, un repérage échographique est généralement suffisant pour solutionner le problème.

Ils sont posés et retirés de façon simple au cabinet, que ce soit chez le gynécologue, la sage-femme ou le médecin généraliste !

iii. La prévention : Frottis cervico-utérin, Mammographie et Vaccination contre le papillomavirus

Les **frottis cervico-utérins** : leur pratique est essentielle et recommandée dans le cadre d'un dépistage encore individuel, mais voulant s'étendre dans le cadre d'un dépistage organisé, selon les propositions récentes de la HAS.²⁰

Ils ont un rythme de réalisation triennal, de 25 à 65 ans, après 2 frottis normaux réalisés à un an d'intervalle. La réalisation d'une vaccination anti-HPV n'empêche pas l'exécution de ce dépistage.

Le médecin traitant a, selon la HAS, un rôle essentiel : *« pour chacune de ses patientes, le médecin traitant coordonne le dépistage. Il effectue la synthèse des informations transmises par les professionnels de santé concernés, incite à la participation au dépistage, prescrit un test de dépistage ou réalise lui-même le prélèvement, et s'assure de la bonne prise en charge en cas de test positif. »*

Selon l'ANAES en 2002, il faut *« améliorer la formation des professionnels aux techniques de frottis, car la qualité du prélèvement est essentielle pour éviter les frottis non interprétables et certains faux négatifs »*.²¹

Le cancer du col de l'utérus représente 3 000 nouveaux cas par an et 1 000 décès par an, avec une médiane de diagnostic autour de 54 ans, et un âge médian au décès de 66 ans.

La réalisation d'un dépistage auprès de toutes les femmes concernées permettrait, selon l'INCA, de réduire de 90 % le nombre de cancers du col de l'utérus.

Selon la HAS, la France est actuellement malheureusement en sous-couverture en la matière, avec 50 % des femmes peu ou pas dépistées, 40 % dépistées trop fréquemment, et seulement 10 % bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé.

Dans sa thèse en 2014, S.GARSON²² avait répertorié les caractéristiques des femmes qui ne participaient pas au dépistage du cancer du col de l'utérus. Elles étaient réparties selon plusieurs catégories, à savoir les « obéissantes », les « transigeantes », les « insouciantes », les « trop suivies » et les « négligentes ». Les critères objectivés étaient le manque d'information sur le sujet (rapport avec la fertilité, durée précise du dépistage), la peur des représentations du cancer ou l'appréhension des résultats, le manque de stimulation pour le dépistage, l'habitude de ne pas s'occuper d'elles-mêmes, l'absence de consultation en l'absence de problème (échappant ainsi au radar du dépistage) ou au contraire les consultations fréquentes pour des problèmes de santé chroniques laissant peu de place à la gestion de la prévention, l'accès aux soins difficile du fait du coût ou de l'éloignement, la pudeur, la préférence pour le spécialiste, la méconnaissance du rôle du médecin généraliste pour les frottis.

Les cancers du col utérin sont quasiment tous liés à la présence d'un HPV à haut risque oncogène (infection le plus souvent dans les premières années de vie sexuelle, avec une prévalence forte dans la population générale), d'où l'intérêt grandissant pour les tests HPV, les auto-prélèvements et la vaccination anti-HPV. Sa clearance est élevée, avec seulement 10 % de persistance du virus après l'apparition d'une lésion CIN1, qui suffisent à favoriser la survenue de lésions de haut grade.

L'incidence de l'infection à HPV est maximale dans les premiers mois d'activité sexuelle (80 % de positivité) avec un pic de présence entre 24 et 29 ans, puis un deuxième pic autour de 50 ans (lié aux nouvelles histoires de vie)²³.

La sensibilité du frottis est de 70 % et le test HPV est à moins de 70 %. La spécificité suit une courbe inverse. Ainsi les tests doivent être répétés en cas de positivité afin de vérifier la bonne clearance du virus, et le cas échéant orienter vers une prise en charge spécialisée. Le dépistage par recherche d'HPV est significativement plus efficace concernant les adénocarcinomes, pour lesquels les frottis peuvent être négatifs (l'endocol desquamant peu, les frottis peuvent ne pas récupérer les cellules atteintes). A noter que les tests HPV conduiront probablement à plus de consultations à visée diagnostique, dont les complications et leur importance au long terme sont encore mal cernées.

Une alternative envisagée au frottis est la réalisation d'auto-prélèvements à la recherche d'HPV par écouvillonnage vaginal. Cela permettrait d'étendre le dépistage à la population féminine non couverte par les mesures habituelles.

La **vaccination anti-HPV** est un outil de prévention apparu récemment dans l'arsenal thérapeutique à portée des praticiens, avec actuellement un taux de couverture de 17 % selon l'INCA²⁴. Ce taux est trop faible et « *il ne serait pas possible en France de bénéficier de l'efficacité constatée dans les pays ayant des couvertures vaccinales beaucoup plus élevées (80% au Royaume-Uni)* ».

Le protocole ayant été modifié récemment, le public ciblé est représenté par les jeunes filles n'ayant pas encore été en contact avec le virus, ou possiblement dans l'année (premiers rapports sexuels), afin de prévenir l'infection par le papillomavirus (l'efficacité du vaccin repose sur l'absence d'infection préalable). La possibilité d'étendre les recommandations aux jeunes garçons serait en cours de discussion. Selon l'INCa, 140 millions de jeunes filles avaient été vaccinées dans le monde fin 2015 contre le HPV.

Selon une thèse de 2012 portant sur les étudiantes et lycéennes de la région PACA²⁵, 35,4 % étaient vaccinées, avec seulement 17,1 % des moins de 16 ans et 44,6 % des 16-18 ans. 90 % se disaient informées sur le vaccin, et 40 % des non vaccinées étaient d'accord pour l'être. Cependant 29,7 % d'entre elles le refusaient, principalement par manque d'information, peur des effets indésirables ou ne se sentant pas concernées.

Il existe à ce jour deux types de vaccins : le quadrivalent GARDASIL® (protégeant contre les valences 6, 11, 16 et 18) et le bivalent CERVARIX® (valences 16 et 18, impliquées dans les lésions cancéreuses), commercialisés respectivement depuis 2006 et 2008 en France.

Le bivalent présente le schéma de vaccination suivant : de 11 à 14 ans révolus, 2 doses espacées de 6 mois, et de 15 à 19 ans révolus 3 doses (0, 1, 6 mois).

Le quadrivalent : de 11 à 13 ans révolus 2 doses espacées de 6 mois, et de 14 à 19 ans révolus 3 doses (0, 2, 6 mois).

Le temps actuel est à la polémique : en effet, nombre de commentaires circulent sur internet voire dans les journaux nationaux quant à la possible dangerosité de ces dispositifs préventifs. Ils favoriseraient des maladies immunitaires, avec en première ligne les syndromes de Guillain-Barré et les scléroses en plaque. Afin de couper court, l'ANSM et l'Assurance Maladie ont produit une étude publiée en septembre 2015, menée sur une cohorte de 2,2 millions de jeunes filles concernées en France²⁶. Elle mesurait la relation entre vaccination anti-HPV et survenue d'une maladie auto-immune parmi une liste de 20 pathologies. Un lien significatif a été mis en évidence pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (HR : 1,19 (IC 95 % : 1,02-1,39)) et surtout pour le syndrome de Guillain-Barré (HR : 4,00 (IC 95 % : 1,84-8,69)). Il existerait, si ces chiffres étaient confirmés, un risque de 1 à 2 cas pour 100 000 jeunes filles vaccinées, le risque étant le plus important dans les 3 mois suivant l'injection.

Les mammographies. Le cancer du sein représente environ un tiers des nouveaux cas de cancers par an (50 000 en 2008) chez l'ensemble des femmes françaises²⁷, avec une morbi-mortalité non négligeable.

Le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en France en 2004, avec une réalisation de mammographie (deux incidences) et d'un examen clinique des seins tous les deux ans chez les femmes âgées de 50 à 74 ans (recevant un courrier d'invitation personnalisé), sans facteur de risque de développer la maladie. En cas de facteur de risque, les patientes sont alors considérées non éligibles et répondent à un dépistage personnalisé en fonction de leur profil : risque élevé de cancer du sein avec antécédent personnel de cancer du sein, image anormale lors de la dernière mammographie, néoplasie lobulaire, hyperplasie épithéliale atypique ; ou un risque très élevé de cancer du sein avec une forme héréditaire de cancer du sein, la présence de mutations génétiques ou de pathologies générales favorisantes telles que le syndrome de Lynch.

Ce dépistage est pris en charge à 100 %.

En 2014, plus de 2 520 000 femmes ont participé au dépistage (52,1 % de la population cible), auxquelles s'ajoute un taux de 10 à 15 % de femmes qui seraient dépistées dans le cadre d'une démarche individuelle.²⁸

Une étude de 2010²⁹ notifiait 44,5 % de participation des femmes au dépistage organisé en PACA contre 52,4 % en moyenne en France (soit 8 points de moins, possiblement compensés en partie par un dépistage individuel plus important). Les AM se trouvent plutôt en dessous (40 à 45 %) et les AHP au-dessus (50-55 %).

Cela a, entre autre, permis une régression de 1,5% de la mortalité par cancer du sein entre 2005 et 2012. Mais ce dépistage systématique implique également plus de détection de lésions bénignes pour lesquelles un traitement parfois invasif, une angoisse de la patiente et un surcoût pour la société, sont les conséquences directes d'un sur-diagnostic des cancers du sein.

L'INCa a réalisé en 2013 une synthèse des éléments disponibles à ce sujet³⁰: l'objectif final de ce dépistage est de diminuer la mortalité par cancer du sein, avec une réduction estimée à 15-21 % (150 à 300 décès seraient évités pour 100 000 femmes participant au dépistage pendant 7 à 10 ans). Le sur-diagnostic « *correspond à la détection par le dépistage de lésions cancéreuses qui n'auraient pas donné de symptôme du vivant de la personne. Ces cancers sont réels et confirmés histologiquement, mais n'auraient jamais eu de conséquences cliniques durant la vie des personnes* ». Il est inhérent à toute démarche de dépistage. Les données sont multiples, et estiment le sur-diagnostic à « *19 % des cancers diagnostiqués sur la seule durée du programme de dépistage* ». Il existe également un risque de cancers radio-induits du fait des radiations : celui-ci est estimé de 1 à 20 cas pour 100 000 femmes participant régulièrement au programme. Une étude en 2009 concluait à « *10 à 20 cas de décès liés à un cancer radio-induit pour 100 000 personnes effectuant un dépistage bisannuel sur 10 ans* ». Il faut également compter les « *cancers de l'intervalle* » estimés à 17 % (diagnostiqués entre deux périodes de dépistage organisé).

Un article de 2012³¹ révélait que sur 2 000 femmes participant au DO, 1 cancer était dépisté et traité, 10 étaient diagnostiqués par excès, et 200 faux positifs apparaissaient.

Ainsi le dépistage organisé est une initiative nationale permettant de couvrir une majeure partie de la population féminine ciblée par cette mesure, mais possédant également quelques côtés négatifs, à mettre en balance en fonction des cas.

iv. Examen clinique mammaire

Un examen clinique de dépistage mammaire a une sensibilité de 54 % et une spécificité de 94 %, ce qui permet donc de détecter une lésion de façon à peu près sûre, mais généralement avec un retard diagnostic par rapport à d'autres techniques notamment d'imagerie. Il permet d'assurer un suivi et de noter toute anomalie, mais ne suffit pas en soi à repérer des lésions traitables à un stade précoce, permettant ainsi une diminution de la morbi-mortalité, finalité d'un examen de dépistage.

Selon la HAS³², « un examen clinique mammaire annuel doit être réalisé par le médecin traitant ou le gynécologue chez toute femme, qu'elle soit à haut risque ou non, à partir de l'âge de 25 ans ».

En cas d'antécédent personnel de cancer du sein ou de carcinome canalaire in situ, un examen clinique est recommandé tous les 6 mois pendant 2 ans puis annuellement, associé aux techniques d'imagerie. Il en est de même pour les antécédents d'irradiation thoracique médicale à haute dose (pour la maladie de Hodgkin), où un examen clinique annuel est recommandé à partir de 8 ans après la fin de l'irradiation et au plus tôt à 20 ans, associé à une IRM selon les recommandations. En cas de risque familial très élevé, l'examen doit être réalisé tous les 6 mois à partir de l'âge de 20 ans, et annuel en cas de risque élevé.

A noter que l'apparition de symptômes en dehors de la période du dépistage organisé ou dans l'intervalle motive la prescription d'imagerie diagnostique (tuméfaction, rétraction cutanée ou mamelonnaire, inflammation, écoulement mamelonnaire, eczéma du mamelon, adénopathie axillaire).

v. Les troubles : troubles gynécologiques, Infections, Sexualité

Les **troubles gynécologiques** sont variés et peuvent toucher tous les âges.

Les troubles fonctionnels : troubles des menstruations (dysménorrhées, aménorrhées...), leucorrhées, prolapsus pelviens, dyspareunies, troubles locaux (kystes ovariens, fibromes utérins, endométriose...).

Troubles de la fertilité.

Cancers gynécologiques : sein, col utérin, corps utérin, ovariens, ...

Mutilations génitales et leurs complications.

Les **infections génitales** sont généralement parlantes chez les femmes, avec des douleurs/brûlures, leucorrhées anormales... Certaines sont bénignes à l'image des mycoses, d'autres peuvent se compliquer au niveau local ou général (résurgence des infections par gonocoque, chlamydiae et syphilis notamment), sans compter les infections associées telles que le VIH, les hépatites.

La **sexualité** et ses troubles peuvent être évoqués en consultation de médecine générale car entrant dans le cadre d'un confort de vie général, quel que soit l'âge de la patiente et sans a priori (notamment après la ménopause où le sujet devient souvent tabou). La baisse de libido, les dyspareunies, la sécheresse locale, les troubles du désir ou de l'excitation peuvent être handicapants dans la vie d'une femme, empêchant son épanouissement optimal. Les troubles peuvent également refléter un problème de santé plus profond et parfois grave (cancer, ...) ou être la résultante d'un traitement particulier. Une discussion sur le sujet permet parfois de dénouer des situations difficiles.

vi. Les états physiologiques : Grossesse et Ménopause

Les femmes n'ont pas toujours été suivies par des membres du corps médical pour leurs grossesses. Par exemple au Moyen-Age et même après, les femmes étaient accouchées par la matrone (sans formation particulière) puis par les sages-femmes, à domicile en général, et n'avaient accès au médecin que lorsque leur statut social le leur permettait, en cas de complication. Le taux de mortalité infantile était de 50 % ! Et la mortalité maternelle en couche presque aussi importante (10 % des femmes en âge de procréer décédaient des suites d'un accouchement). L'apparition d'accoucheurs et leur généralisation dans le milieu du XVIIIe siècle, avec des techniques et du matériel spécifique limitant les risques de complications, ont permis une prise en charge plus sûre et une diminution de la morbi-mortalité maternelle et infantile. La formation des sages-femmes apparut également dans la deuxième moitié du XVIIIe siècle.

Le développement des règles d'hygiène dans la seconde partie du XIXe siècle a été la deuxième évolution majeure permettant une diminution du nombre de décès et de complications du post-partum, notamment à l'hôpital, réservé aux femmes « dans le besoin », qui avaient beaucoup plus de risque de mourir en couches du fait de fièvre puerpérale ou d'autres complications.

L'évolution sociétale a ainsi conduit à un meilleur suivi dans ce domaine, permettant notamment de réduire la mortalité foetale et infantile, ainsi que la mortalité maternelle. Cependant ce suivi n'a pas toujours été effectué en centre spécialisé comme il est souvent le cas aujourd'hui. Les femmes étaient suivies par leur médecin de famille ou une sage-femme qui les accouchait généralement à domicile, et seules les situations difficiles ou à risque majeur, dans les familles aisées, nécessitaient une prise en charge par des spécialistes en la matière (dont le nombre de praticiens limitait la possibilité de suivi aux cas les plus à risque).

La tendance actuelle est plutôt à l'accouchement en structure spécialisée, par des personnels formés et qualifiés en la matière, avec des techniques en constante évolution, pour le bien et la sécurité des femmes et de leurs enfants.

Le **suivi de grossesse** consiste en 7 consultations et 3 échographies lorsqu'elle est physiologique. Il peut être effectué par différents acteurs, à savoir le gynécologue-obstétricien, la sage-femme et le médecin généraliste.

Le médecin généraliste peut suivre une grossesse physiologique jusqu'au 7^e mois inclus, puis les 8^e et 9^e mois sont pris en charge par un spécialiste, en lien avec une maternité. Une collaboration entre les différents intervenants est donc indispensable au bon suivi des patientes.

En effet, la HAS³³ a déterminé trois classes de suivi de grossesse selon le risque de celle-ci : le suivi A « *lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme* ». Le suivi A1 « *l'avis d'un obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé* » (par exemple, âges et poids extrêmes, grande multipare, infertilité, IVG > 2 chirurgicales, infections urinaires récidivantes basses, grippe, antécédent de dystocie des épaules, antécédent d'hémorragie du post-partum sévère, alcoolisme ou tabagisme non sevré). Le suivi A2 « *l'avis d'un obstétricien est nécessaire* » (par exemple : facteurs individuels et sociaux de vulnérabilité, risque professionnel, antécédents familiaux à risque génétique, anomalie congénitale, antécédent de psychose puerpérale ou de déchirure du sphincter anal, traumatisme abdominal en cours de grossesse, usage de drogues illicites). Suivi B : « *lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un obstétricien* » (par exemple : asphyxie périnatale avec séquelles, mort périnatale inexpliquée sur la précédente grossesse, grossesse actuelle monochoriale ou triple, incompatibilité foeto-maternelle, retard de croissance fœtale, mort fœtale in utéro, anomalies de localisation du placenta, grossesse non suivie, dépassement de terme, présentation non céphalique à terme, suspicion de dystocie).

Selon la même recommandation de la HAS, les conditions nécessaires sont « *la formation théorique et pratique adaptée au suivi des grossesses, exercée dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales* ».

Une thèse réalisée en 2013³⁴ portant sur des femmes ayant accouché à l'hôpital mettait en évidence des critères de choix du professionnel par les patientes pour le suivi de grossesse et la place faite au médecin généraliste. Les critères avancés étaient la recherche d'une prise en charge globale et la volonté de plus d'échographies, plus de médicalisation de ce suivi. Le choix d'une sage-femme était souvent expliqué par sa capacité d'écoute et le temps plus long accordé à la consultation. Le fait de connaître le professionnel de santé qui suivra la grossesse avant que celle-ci ne se déclare pouvait être un avantage, mais pas pour toutes. Une crainte subsistait sur la rupture de suivi lors du passage à l'hôpital, en cas de suivi libéral, par un manque de communication entre les deux parties. Au final, le médecin généraliste était surtout consulté en début de grossesse pour sa confirmation, ou pour des problèmes intercurrents indépendants de ce nouveau statut, notamment pour une raison de disponibilité rapide. Il y avait aussi une peur du manque de formation, de connaissance ou de spécialisation pour le médecin généraliste.

« *La femme est libre du choix du professionnel de santé qui la suit. Elle doit être informée des différentes modalités de suivi, notamment du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués.* » (HAS)

La **ménopause** est un état physiologique de la femme, décrit par une aménorrhée durant depuis plus d'un an, associée dans certains cas à des symptômes climatériques, parfois très invalidants.

L'âge de survenue moyen est de 50 ans, et représente ainsi environ un tiers de la vie des femmes actuellement, dont l'espérance de vie frise les 85 ans en France en 2015.

Le diagnostic est clinique, sauf dans les cas de femmes hystérectomisées pour lesquelles un complément biologique est nécessaire (l'absence de menstruations étant un fait).

Les symptômes climatériques, du fait de la privation oestrogénique, durent quelques mois à quelques années, et sont : bouffées de chaleur, troubles du sommeil et de l'humeur (irritabilité, anxiété, insomnie), atrophie et sécheresse vulvo-vaginale à l'origine de troubles sexuels, altération de la peau... Mais les conséquences se portent aussi sur le long terme : ostéopénie/ostéoporose, risque cardio-vasculaire accentué (s'égalisant avec le niveau masculin pour une même catégorie d'âge).

Le traitement hormonal substitutif de la ménopause est indiqué pour les femmes débutant une ménopause avec des symptômes associés invalidants, pour une courte durée. Il se compose de progestatifs (obligatoirement associés chez les femmes non hystérectomisées et donc à risque de cancer de l'endomètre par hyperstimulation de ses cellules par les œstrogènes seuls), plus ou moins associés à des œstrogènes, sous différentes formes (per os, percutanés...). La prévention contre l'ostéoporose et le risque cardio-vasculaire ne sont plus des indications, car leur bénéfice en la matière cesse dès que le traitement est stoppé, et les risques du traitement en parallèle ne font pas pencher la balance de leur côté. Les risques en question sont dominés par celui de cancer de l'endomètre, éventuellement de cancer du sein (mais il n'existe pas de preuve formelle), de maladie thromboembolique veineuse et de sur-risque cardio-vasculaire.

La mise en route d'un traitement hormono-substitutif est donc à mesurer avec prudence, après un interrogatoire et un examen minutieux de la patiente, afin d'éliminer toute contre-indication, et après une discussion avec elle, lui permettant de prendre une décision en connaissance de cause, pour un traitement qui pourrait se poursuivre sur plusieurs années (maximum 5 ans en général). Le suivi doit être rapproché, afin d'en vérifier son efficacité, de dépister ses complications éventuelles, et de pouvoir l'arrêter lorsque cela est possible.

Selon une thèse qualitative réalisée en 2013, étudiant les freins à la prise en charge de la ménopause en médecine générale³⁵, il était mis en évidence surtout un manque de connaissance, la perte de pratique avec le temps, le manque de formation universitaire et un certain flou intellectuel devant la controverse actuelle. D'un autre côté, il était expliqué que peu de patientes symptomatiques consultaient, avec une possible minimisation des symptômes climatériques par les patientes et leur médecin, les médecins hommes semblaient moins sensibles à la problématique, et certains plutôt dans l'attente de la demande de la part des patientes. Les autres freins décrits étaient le manque de temps pour la consultation, le risque médico-légal, et le climat anti-hormones actuel.

La controverse actuelle porte sur des résultats d'études discordants, révélant de possibles effets secondaires explicités ci-dessus. Médecins et patientes se retrouvent donc pris dans la polémique, ne sachant pas toujours quelle position adopter, et quelles craintes sont réellement fondées. Chaque situation est particulière, et la décision de mise sous traitement repose sur l'importance des symptômes d'un côté et les risques de l'autre.

vii. L'avortement

L'avortement est autorisé en France depuis 1975, avec la « Loi Veil ». Il ne nécessite plus de « situation de détresse » depuis la loi n°2014-873, car la femme est capable du juger si son état nécessite ou non la réalisation d'un tel acte. L'IVG médicamenteuse est autorisée en ville depuis 2004.

Ce geste est pris en charge à 100% pour toutes les assurées sociales françaises depuis le 1^{er} avril 2016.

Mais il faut savoir que cet acte a été longtemps réprimé, depuis la reconnaissance de « vie » accordée à l'embryon, parfois par la peine de mort (Marie-Louise Giraud guillotinée en 1942 pour avoir réalisé ce « crime d'Etat » par 27 fois). Il était même notifié dans le serment d'Hippocrate originel « *je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif* ».

En 2013, on comptait 216 697 IVG en France, soit 15,3 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans³⁶. Ce chiffre n'a jamais fait que s'accroître depuis le début des recensements nationaux d'IVG en 2004.

Selon l'ARS en 2010³⁷, la PACA était la région avec le plus fort taux de recours aux IVG depuis 2007. Sur les 23 280 réalisées en 2008 en France, 3 000 l'étaient en libéral. Dans les AM, 4 045 étaient exercées en établissement et 1 234 en cabinet ; dans les AHP, 585 en établissement et aucune en libéral.

54 % des IVG étaient médicamenteuses, dont 25 % en ville.

Fin 2009, 57 médecins généralistes étaient conventionnés en PACA, 40 % étant dans les AM, sur 24 structures.

Cet acte répond cependant à un cadre légal strict. Tout contrevenant s'expose à des sanctions lourdes (« *5 ans d'emprisonnement et des sanctions administratives* »).

Le délai s'étend à la 12^e semaine de grossesse en France (soit 14^e semaine d'aménorrhée), avec une technique chirurgicale, la technique médicamenteuse étant limitée aux 7 premières semaines d'aménorrhée. Seule celle-ci peut être pratiquée au dehors d'un établissement de santé, par un médecin en cabinet de ville ou en centre de planification, ayant signé une convention avec un établissement de santé les pratiquant, pouvant reprendre la suite dans le cas où le besoin s'en ferait sentir.

Les délais varient selon les états membres de l'Union Européenne, avec un record pour la Grande-Bretagne et les Pays-Bas qui le tolèrent jusqu'à 24 semaines d'aménorrhées (le délai de viabilité pour le fœtus). Une interdiction de ce geste est en vigueur dans d'autres pays (Irlande, Luxembourg, Andorre, Malte...).

La technique médicamenteuse implique plusieurs consultations : la première visant à poser le diagnostic de grossesse et la dater, informer la patiente du geste et des risques encourus (en s'appuyant sur le guide national). Un délai de réflexion de 7 jours était jusque-là obligatoire (sauf en cas d'urgence), mais sa suppression est en cours d'étude. La deuxième consultation consiste à administrer la molécule interrompant la grossesse, suivie de la troisième consultation permettant de fournir le médicament abortif. Une quatrième consultation (de contrôle, à J14-J21), non obligatoire mais conseillée, vise à vérifier la vacuité utérine et la survenue éventuelle d'effets secondaires (saignements ininterrompus...). Un entretien psycho-social est proposé à toutes, et obligatoire pour les mineures.

Cependant, « un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention ».³⁸

d. Les obstacles

La partie concernant les obstacles est organisée comme suit : nous en avons comptabilisé onze, en se basant sur d'autres travaux de thèses, et ceux-ci sont classés en 10 possibilités, de 1 (pas du tout) à 10 (obstacle majeur). Cette classification permet de mettre en avant les tendances actuelles en termes d'obstacles pour les médecins interrogés.

Les obstacles explorés sont la résultante de la mise en relation de plusieurs travaux de thèse, et notamment celui de B.DIEN en 2013³⁹. Elle y avait mis en évidence au travers d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes plusieurs freins dans le suivi gynéco-obstétrical : l'inconfort (nudité, certains motifs de consultation), la peur de complications ou de la judiciarisation, la relation avec les autres professionnels de santé (manque de coordination des soins, mauvais contacts), la formation insuffisante sur les gestes techniques, la réticence des patientes (par pudeur, jeune âge), le manque de « discipline » des patientes (plusieurs motifs de consultation), le manque d'informations sur l'offre et le parcours de soins, la faible demande de la part des patientes, la présence d'un tiers pendant la consultation, le matériel, la rémunération.

i. La formation : Formation Médicale initiale et Formation Médicale Continue

La **formation médicale initiale** se réalise principalement au cours de l'externat et de l'internat pour chaque spécialité, y compris pour la gynécologie. S'y associent des cours centrés sur la spécialité avec des items spécifiques pour le concours de l'ECN.

Un stage est obligatoire dans la maquette de l'externat de chaque faculté française en gynécologie (2 à 3 mois de stage) avec des gardes obligatoires au cours de ce stage.

Au cours de l'internat de médecine générale, un stage (6 mois) est également obligatoire dans le pôle mère-enfant, mais le passage dans les deux unités n'est pas obligatoire, ce qui veut dire que tous les internes ne passeront pas en service de gynécologie au cours de leur cursus car certains privilégieront le stage en pédiatrie uniquement.

La **formation médicale continue** est une obligation déontologique : « *tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles* ». (Art 11 du code de Déontologie Médicale). Elle est aussi une obligation légale citée dans la loi du 4 mars 2002 : « *la FMC a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé-publique. La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins* ».

ii. Autres professionnels de santé spécialisés en la matière et leur Proximité : Gynécologue, Gynécologue-obstétricien et Sage-Femme

Comme nous l'avons exposé auparavant, plusieurs autres professionnels de santé peuvent prendre en charge la santé des femmes, les gynécologues médicaux, gynécologues-obstétriciens, et les sages-femmes.

iii. *Obstacles émanant des patientes elles-mêmes : Méconnaissance de la pratique du médecin généraliste et Réticence des patientes à ce suivi par leur médecin traitant*

Comme expliqué par ailleurs au travers de ce travail, nombre de patientes ne connaissent pas l'étendue des compétences du médecin généraliste. Cela tient notamment à une communication insuffisante par les médias, les pouvoirs publics et les médecins eux-mêmes.

La réticence des patientes est liée à plusieurs critères, mis en évidence dans d'autres travaux de thèse. Il s'agit entre autres de la crainte du manque de connaissance suffisante ou du genre masculin du médecin.

iv. *Obstacles émanant des praticiens : Inconfort et manque d'Affinité pour cette spécialité*

Ces critères sont intrinsèques à la pratique même du médecin, et à sa représentation de la gynécologie. L'intimité de la patiente ou la nudité peuvent être des freins à ce type d'activité, ou tout simplement le manque d'affinité.

v. *Le risque médico-légal*

Le code de déontologie médical explicite que « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* » (art 35). « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* » (art 36). « *Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose* » (art 70).

Le code de Santé Publique précise, lui, que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui lui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus (...). En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues (...). Cette preuve peut être apportée par tout moyen.* »

La loi du 4 mars 2002 a bien précisé la notion de responsabilité et de faute. Le médecin est tenu à une obligation de moyens dans tous les cas, et à une obligation de résultats dans des situations bien précises. La responsabilité en médecine est contractuelle, c'est-à-dire qu'elle est investie dès lors que le médecin accepte de soigner son patient. Cette responsabilité contractuelle est subordonnée à l'existence d'une faute, d'un préjudice et d'un lien de causalité.

L'article L 1142-1 du Code de Santé Publique : « *les professionnels de santé (...) ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.* »

Les fautes sont de plusieurs ordres : le manquement aux devoirs généraux (manque d'information+++ ou absence de recherche du consentement notamment), les fautes techniques (qui résultent d'une méconnaissance des règles de l'art et s'apprécient par comparaison entre ce qui a été fait et ce qui aurait dû être fait). Il existe enfin la notion de « perte de chance », lorsqu'il existe un doute sur la cause du préjudice, mais qui est également indemnisable.

L'obligation de moyens est l'obligation pour le débiteur (en l'occurrence le professionnel de santé) d'apporter tous ses soins et ses capacités pour exécuter l'obligation.

L'obligation de résultat intervient, elle, en dehors de toute faute, mais dans certaines situations uniquement (les infections nosocomiales, le manquement à un rendez-vous prévu qui aboutit à des complications pour le patient...).

La responsabilité peut enfin être non pas contractuelle mais délictuelle dans des situations exceptionnelles, soutenues par des textes pénaux notamment (non-assistance à personne en danger...).

Pour le Docteur RUDIGOZ (gynécologue-obstétricien, expert auprès de la Cour d'Appel de Lyon) dans des recommandations du CNGOF datant de 1997⁴⁰, « *le risque médico-légal, naguère pratiquement absent des préoccupations professionnelles, fait désormais partie intégrante de la pratique médicale, tout particulièrement en gynécologie-obstétrique. (...) Actuellement, pour des raisons diverses et notamment à cause des progrès réels ou supposés de la médecine, d'une plus grande matérialisation de la société, d'une plus grande vulnérabilité vis-à-vis des aléas de l'existence, les malades ne se comportent plus en patients mais en clients ou consommateurs de soins, établissant avec le médecin un rapport analogue à celui qui unit consommateur et prestataire de services. Le patient lui-même ou sa compagnie d'assurance paye le médecin pour résoudre un problème et a tendance à estimer que le résultat doit être garanti. Il n'y a plus de place pour l'accident, pour l'incident, et tout préjudice même minime est prétexte à réparation. (...). Cette évolution est dans une certaine mesure tout à fait naturelle, les médecins étant des citoyens comme les autres, responsables de leurs actes, susceptibles de commettre des erreurs ; cependant les conséquences personnelles et professionnelles sont aujourd'hui telles pour les praticiens (préjudice moral, perturbations dans l'exercice professionnel, augmentation des cotisations d'assurance) que tout doit être mis en œuvre pour limiter les procédures médico-légales*».

Selon des chiffres récents, la sinistralité des médecins généralistes est de 1,14 contre 12,9 pour les gynécologues-obstétriciens, ce qui montre l'importance du risque lié à l'activité obstétrique.

Selon une société d'assurance professionnelle, la MACSF⁴¹, les principales causes de poursuites judiciaires pour les médecins généralistes sont les retards diagnostics ou les erreurs (manque d'information ou de traces que cette information a été délivrée dans le dossier médical, examens paracliniques prescrits non suivis ou inutiles retardant la prise en charge, le manque de prise en compte du degré d'urgence).

vi. Le point de vue financier : coût du matériel nécessaire et Rémunération

Les différents actes réalisés en cabinet de médecine générale ont une cotation définie par la sécurité sociale, et nécessitent un matériel parfois coûteux.

La cotation des actes ci-dessous est fournie à titre indicatif (source CCAM) :

- Le frottis cervico-utérin : 12,46 € soit 6,23 € (la moitié) associé à la consultation de médecine générale (C=23) (JKHD001/2)
- Ablation d'un dispositif intra-utérin = 0 €
- Pose d'un dispositif intra-utérin = 38,4 € (JKLD001)
- Pose d'un implant pharmacologique sous-cutané = 17,99 € (QZLA004)
- Retrait d'un implant contraceptif = 41,8 € (QZGA002)

D'autre part, le matériel nécessaire peut s'avérer onéreux :

Les spéculums à usage unique (7 euros les 10 environ), la table d'examen spécifique si possible ou adaptable avec étriers, la lampe adaptée, les gants à usage unique, les pinces, les sets stériles pour les actes le nécessitant...

C. L'analyse des résultats

Les analyses ont été scindées en deux à chaque fois, en fonction des caractéristiques du panel interrogé. D'une part l'analyse des tendances en termes de pratiques et d'autre part concernant les obstacles.

L'analyse se termine par les commentaires libres faits par les médecins interrogés.

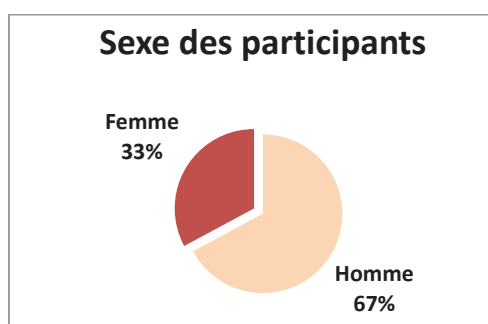
A noter qu'il s'agit d'une étude qualitative. L'exposé de données chiffrées a paru intéressant afin d'étayer les résultats avancés, et les tableaux/graphiques permettent une lecture plus rapide et linéaire. Cependant l'objectif final est de mettre en évidence la tendance d'exercice actuel de la population cible, de la comparer éventuellement à d'autres études portant sur le même sujet, de proposer des pistes de réflexion existantes ou en gestation afin d'améliorer les pratiques si besoin il y a, et de répondre aux différents obstacles opposés.

Résultats

A- Les caractéristiques des médecins questionnés

a. Le sexe des participants

Le panel est représenté par 47 hommes et 23 femmes, soit respectivement 67 % et 33 %.



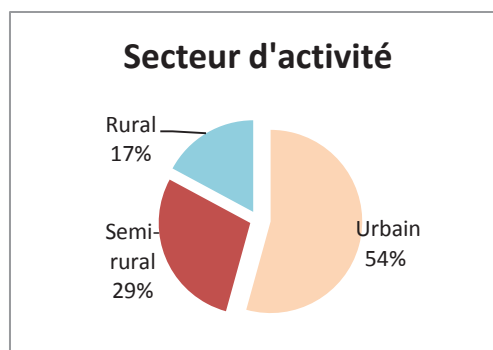
b. Leur secteur d'activité

Les secteurs sont répartis en 3 catégories : urbain, semi-rural, rural.

Notre panel est représenté par 38 médecins en zone urbaine (soit 54 %), 20 en semi-rural (soit 29%) et 12 en rural (17 %).

Parmi eux, nous avons déterminé la répartition en terme de sexe du médecin : en rural, 42 % de femmes et 58 % d'hommes (soit respectivement 22 % et 15 % de leurs effectifs totaux) ; en semi-rural 80 % d'hommes et 20 % de femmes (soit 34 % et 17 %), et en urbain 63 % d'hommes et 47 % de femmes (soit 51 % des hommes et 61 % des femmes).

A noter que nous avons dans notre panel 18 médecins issus du département des AHP (soit 26 % de notre échantillon). Ce résultat est similaire à la proportion de médecins des AHP sollicités, par rapport à l'ensemble du panel (26,6 %).



c. La distance de leur cabinet médical avec un gynécologue ou une sage-femme

La distance avec un autre professionnel de santé exerçant dans le domaine de la gynécologie est un point intéressant à étudier, au même titre que le secteur d'activité.

Nous observons donc 53 praticiens à moins de 10 km, 7 entre 10 et 30 km, et 10 médecins sont à plus de 30 km.

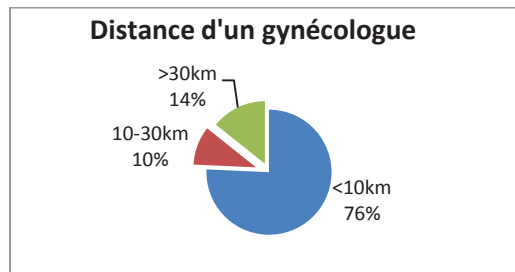
En termes de sexe des médecins :

A plus de 30 km : 7 hommes et 3 femmes. Entre 10 et 30 km : 5 hommes et 2 femmes.

Lorsque l'on compare le secteur d'activité et la distance avec un gynécologue/sage-femme :

Chez les ruraux : 7 sont situés à plus de 30 km, 4 à 10-30 km et une à moins de 10 km.

Chez les semi-ruraux : 3 sont à plus de 30 km, 3 à 10-30 km et 14 à moins de 10 km.



d. La durée d'exercice

La durée d'exercice est classifiée selon un exercice de moins de 10 ans (8 praticiens, 11 % de la totalité de l'échantillon), de 10 à 30 ans (37 médecins, 53 %), plus de 30 ans (25 praticiens, 36 %).

Leur répartition en fonction de leur secteur d'activité est la suivante :

En rural : 2 exercent depuis moins de 10 ans (25 %), 7 entre 10 et 30 ans (19 %) et 3 depuis plus de 30 ans (12 %).

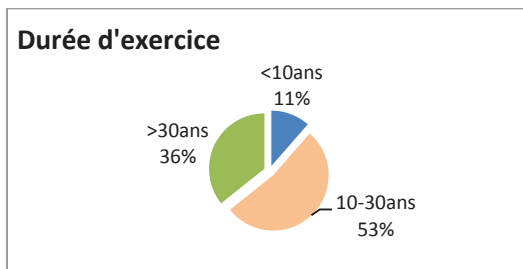
En semi-rural : 3 médecins ont moins de 10 ans d'exercice (38 % de leur effectif), 10 de 10 à 30 ans (27%) et 7 plus de 30 ans (28 %).

En urbain : 3 médecins ont moins de 10 ans d'exercice (38 %), 20 entre 10 et 30 ans (54 %) et 15 depuis plus de 30 ans (60 %).

Leur répartition selon le sexe du médecin :

Les femmes : 6 ont moins de 10 ans d'exercice libéral, 12 entre 10 et 30 ans, et 5 plus de 30 ans.

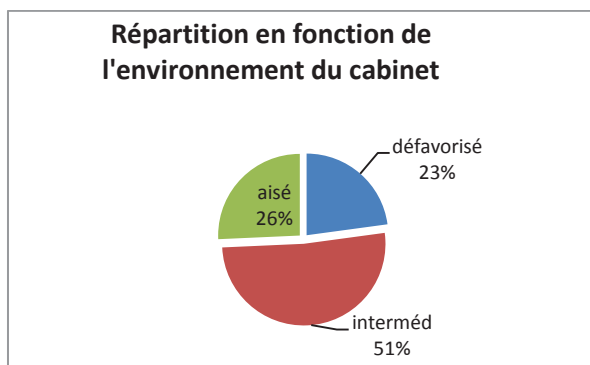
Les hommes : 2 ont moins de 10 ans, 25 sont entre 10 et 30 ans, et 20 ont plus de 30 ans.



e. L'environnement du cabinet médical

L'environnement du cabinet médical correspond ici au niveau de vie estimé du quartier/du village dans lequel est installé le cabinet. Cette estimation a été réalisée à partir du croisement d'informations issues de l'INSEE et de sites immobiliers nationaux (plus les loyers locaux sont élevés, plus l'environnement est considéré comme « fort » ou plutôt aisé, et à l'inverse, il est considéré comme « faible » ou plus défavorisé en cas de loyers moindres. Les résultats intermédiaires sont notifiés également).

Nous avons ainsi comptabilisé 16 médecins installés en milieu défavorisé (5 femmes et 11 hommes), 36 en milieu intermédiaire (14 femmes et 22 hommes) et 18 en milieu aisé (4 femmes et 14 hommes).



f. La possession d'un diplôme spécifique dans le domaine de la gynécologie obstétrique tel que le « DIU de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique à l'attention des médecins généralistes ».

Parmi les participants, seuls 4 possèdent un diplôme supplémentaire dans le domaine, soit 5,71 % du total des médecins questionnés. Les résultats ainsi obtenus ne sont pas significatifs, mais donnés à titre indicatif :

Les caractéristiques d'exercice :

Le sexe du médecin : 3 femmes et 1 homme.

La durée d'exercice : 2 exercent depuis moins de 10 ans, 1 depuis 10 à 30 ans et 1 depuis plus de 30 ans.

Le secteur d'activité : 3 sont situés en secteur urbain et un seulement en secteur semi-rural.

La distance avec un autre professionnel de santé : tous se trouvent à une distance inférieure à 10 km.

Les pratiques : lorsque l'on observe le tableau ci-dessous, nous pouvons nous apercevoir que la plupart pratiquent plutôt « beaucoup » que « pas du tout » la majorité des items étudiés.

Si l'on met en parallèle ce résultat avec les résultats globaux, nous obtenons des chiffres intéressants : les gestes sont plus fréquemment réalisés par les médecins ayant obtenu le DIU (pour les dispositifs intra-utérins, ils représentent 25 % des réponses « modérément », implants 100 % des « beaucoup », frottis 25 % des « beaucoup »), de même que les suivis de grossesse, la ménopause, la gestion des troubles gynécologiques. A l'inverse, nous ne retrouvons pas de différence en ce qui concerne la contraception, les mammographies, la sexualité et la vaccination anti-HPV, ainsi que pour les avortements.

	PDT	Un peu	Mod	Bcp
Contraception	0	1	2	1
Implants	2	1	0	1
DIU	3	0	1	0
Contraception d'urgence	0	1	3	0
Frottis	2	0	0	2
Mammographies	0	1	1	2
Seins	1	0	1	2
Troubles gynécologiques	0	0	2	2
Ménopause	0	1	0	2
Grossesse	0	2	1	1
Sexualité	0	2	2	0
Vaccination HPV	0	1	1	2
Infections	0	1	1	2
Avortement	4	0	0	0

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
Contraception	0%	5%	6%	7%
Implants	3%	11%	0%	100%
DIU	5%	0%	25%	0%
Contraception d'urgence	0%	2%	23%	0%
FROTTIS	5%	0%	0%	25%
Mammographies	0%	9%	4%	6%
Seins	20%	0%	4%	12%
Troubles gynécologiques	0%	0%	8%	25%
Ménopause	0%	4%	0%	20%
Grossesse	0%	11%	5%	25%
Sexualité	0%	6%	8%	0%
Vaccination HPV	0%	5%	5%	8%
Infections	0%	4%	3%	22%
Avortement	6%	0%	0%	0%

Les pratiques chez les médecins ayant obtenu le DIU

Les pratiques des médecins ayant obtenu le DIU, mises en parallèle avec les résultats globaux

Les obstacles : seuls 3 médecins sur 4 ont répondu à cette partie du questionnaire

Ceux-ci apparaissent moins flagrants que l'analyse des pratiques lorsqu'on les compare à l'ensemble du panel, cependant quelques-uns ressortent plus que d'autres : la formation médicale continue (14%), la présence d'un autre professionnel de santé (43 %), sa proximité (14 %), la méconnaissance des patientes (10 %), le risque médico-légal (12 %). Le manque d'affinité n'est par contre un obstacle pour aucun des médecins répondants.

	<i>Beaucoup</i>	<i>Modérément</i>	<i>Un Peu</i>
FMI	2	1	0
FMC	3	0	0
Autre Professionnel	3	0	0
Proximité	3	0	0
Méconnaissance	2	0	1
Réticence	1	0	2
Inconfort	1	0	2
Manque d'affinité	0	0	3
Risque Médico-Légal	3	0	0
Coût	1	1	1
Rémunération	1	0	2

Les obstacles chez les médecins ayant obtenu le DIU

	<i>Beaucoup</i>	<i>Modérément</i>	<i>Un Peu</i>
FMI	9%	6%	0%
FMC	14%	0%	0%
Autre Professionnel	43%	0%	0%
Proximité	14%	0%	0%
Méconnaissance	10%	0%	3%
Réticence	6%	0%	6%
Inconfort	3%	0%	8%
Manque d'affinité	0%	0%	12%
Risque Médico-Légal	12%	0%	0%
Coût	3%	9%	6%
Rémunération	3%	0%	8%

Les obstacles des médecins ayant obtenu le DIU, en parallèle avec les résultats globaux

En somme, ce qui ressort de cette analyse, c'est qu'il s'agit principalement de femmes, exerçant en secteur urbain avec un autre professionnel de santé à moins de 10 km.

Les pratiques des gestes sont plus fréquentes en termes de proportion chez ces médecins, de même que la pratique de la majorité des différents items étudiés, sauf l'examen des seins, la vaccination anti-HPV, le suivi de la sexualité, la contraception et la pratique de l'avortement.

Leurs obstacles principaux sont la formation médicale continue, la présence d'un autre professionnel de santé et sa proximité, le risque médico-légal et la méconnaissance du rôle du médecin généraliste par les patientes.

B- Les principaux résultats concernant les pratiques et obstacles chez l'ensemble des médecins interrogés

En étudiant l'ensemble des résultats obtenus, nous avons pu classer le tout en deux parties : les proportions de pratiques puis les obstacles généraux.

a. Les pratiques

L'ensemble des résultats apparaissent dans les tableaux et diagrammes ci-dessous. Nous ne parlerons que des résultats ressortant comme majoritaires.

A savoir que les résultats présentés ne sont pas à interpréter comme une réalité transposable à toutes les populations similaires, mais plutôt une tendance d'une population relativement homogène.

Les questions « troubles gynécologiques » et « grossesse » n'ont pas eu de réponse dans un questionnaire.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Total
Contraception introduction	2	20	33	15	70
Implants	58	9	2	1	70
DIU	58	8	4	0	70
Contraception d'urgence	13	43	13	1	70
Frottis	43	7	12	8	70
Mammographies	1	11	24	34	70
Seins	5	24	24	17	70
Troubles gynécologiques	12	24	25	8	69
Ménopause	6	25	29	10	70
Grossesse	25	19	21	4	69
Sexualité	10	32	25	3	70
HPV	6	19	21	24	70
Infections	2	28	31	9	70
Avortement	69	0	1	0	70

L'introduction de contraception est pratiquée par la moitié du panel au moins une fois par mois.

Pour ce qui est des actes techniques, les implants ne sont pas du tout gérés par 83 % des praticiens, de même que les DIU.

La contraception d'urgence est prescrite à 61 % au moins une fois par an (43 médecins).

Les frottis : 61 % n'en font pas du tout (soit 43 % des praticiens).

Les suivis mammaires : les mammographies sont largement suivies (49 % en font plus d'une fois par semaine), la palpation mammaire quant à elle est plus timide avec une répartition plus égale sur les différentes propositions (7 % pas du tout, 34 % au moins une fois par an, 34 % > 1 /mois et 24 % > 1/semaine).

Le diagnostic et la prise en charge des troubles gynécologiques sont de pratique intermédiaire : 17 % n'en font « pas du tout », 35 % « un peu », 36 % « modérément » et 12 % « beaucoup ».

La ménopause et la gestion des THS sont assurées par 14 % des médecins « beaucoup », 41 % « modérément », 36 % « un peu » et 9 % « pas du tout ».

Le suivi de grossesse : 36 % n'en suivent « pas du tout », 28 % « un peu », 30 % « modérément », 6 % « beaucoup ».

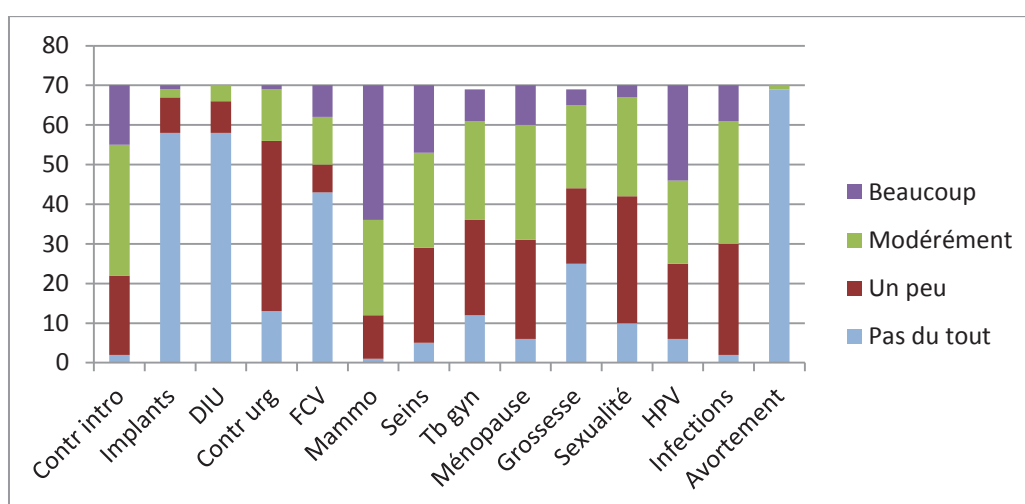
La sexualité est globalement bien suivie : 14 % ne s'en occupent « pas du tout », 46 % « un peu », 36 % « modérément » et 4 % « beaucoup ».

Les vaccins anti-HPV ont une bonne répartition sur les pratiques des médecins questionnés : 9 % « pas du tout », 27 % « un peu », 30 % « modérément » et 34 % « beaucoup ».

La prise en charge des infections génitales, impliquant des prélèvements lorsque cela le nécessite, est également intermédiaire : 40 % plus d'une fois par an et 44 % plus d'une fois par mois.

Les avortements ne sont pas pratiqués par 99 % des médecins, un seul en pratique « un peu ».

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
Contraception	3%	29%	47%	21%
Implants	83%	13%	3%	1%
DIU	83%	11%	6%	0%
Contraception d'urgence	19%	61%	19%	1%
Frottis	61%	10%	17%	11%
Mammographies	1%	16%	34%	49%
Seins	7%	34%	34%	24%
Troubles gynécologiques	17%	35%	36%	12%
Ménopause	9%	36%	41%	14%
Grossesse	36%	28%	30%	6%
Sexualité	14%	46%	36%	4%
HPV	9%	27%	30%	34%
Infections	3%	40%	44%	13%
Avortement	99%	1%	0%	0%



Les proportions de pratiques chez l'ensemble des médecins interrogés

b. Les obstacles

Ils ont été classifiés initialement de I à X (10 propositions, de « pas du tout » à « beaucoup »), puis réduits à trois catégories de tendances (un peu = 1 à 4, modérément = 5 et 6, beaucoup = 7 à 10) afin d'obtenir une meilleure lisibilité des résultats.

Cette simplification permet de mettre en exergue les tendances en matière d'obstacles : ceux vécus comme plutôt importants (« beaucoup »), ceux n'étant plutôt pas des obstacles (« un peu ») et ceux du milieu ne correspondant ni à l'un ni à l'autre mais à une opinion intermédiaire (« modérément »). Cette partie intermédiaire est ainsi plus restreinte, afin de ne pas interpréter selon une simple dichotomie, mais en incluant un avis important à prendre en compte, car entre les deux extrêmes.

Deux questionnaires ne comportent aucune réponse dans la partie obstacle.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
FMI	5	6	4	8	9	9	7	5	6	9	68
FMC	7	1	9	5	9	9	9	7	3	9	68
Autre Professionnel	4	0	1	2	3	4	6	15	12	20	67
Proximité	11	4	1	5	7	4	4	13	5	12	66
Méconnaissance	9	3	4	5	9	9	7	14	5	3	68
Réticence	7	5	4	2	10	8	12	14	4	2	68
Inconfort	19	9	5	3	7	1	5	11	5	3	68
Manque d'affinité	16	4	6	3	8	5	4	9	4	9	68
Risque ML	16	5	1	3	6	3	5	11	4	14	68
Coût	22	9	3	6	7	4	1	5	2	9	68
Rémunération	17	8	2	5	8	2	2	9	5	10	68

Les obstacles vécus comme importants (« beaucoup ») sont : la présence d'un autre professionnel de santé (83,6 %), la proximité de ce dernier (51,5 %), le risque médico-légal (50 %), la réticence des patientes (47,1 %).

Les obstacles plutôt non importants pour la totalité des médecins questionnés : l'inconfort dans ce type de consultation (52,9 %), le coût du matériel (58,8 %), et la rémunération des actes (47,1 %).

	<i>Beaucoup</i>	<i>Modérément</i>	<i>Un Peu</i>
FMI	39,7%	26,5%	33,8%
FMC	41,2%	26,5%	32,4%
Autre Professionnel	83,6%	10,4%	10,4%
Proximité	51,5%	16,7%	31,8%
Méconnaissance	42,6%	26,5%	30,9%
Réticence	47,1%	26,5%	26,5%
Inconfort	35,3%	11,8%	52,9%
Manque d'affinité	38,2%	19,1%	42,6%
Risque Médico-Légal	50,0%	13,2%	36,8%
Coût	25,0%	16,2%	58,8%
Rémunération	38,2%	14,7%	47,1%

La distribution des obstacles dans l'ensemble du panel interrogé

C- Les pratiques et obstacles selon les critères d'exercice

a. Le sexe des médecins (annexe E. et F.)

- Les pratiques

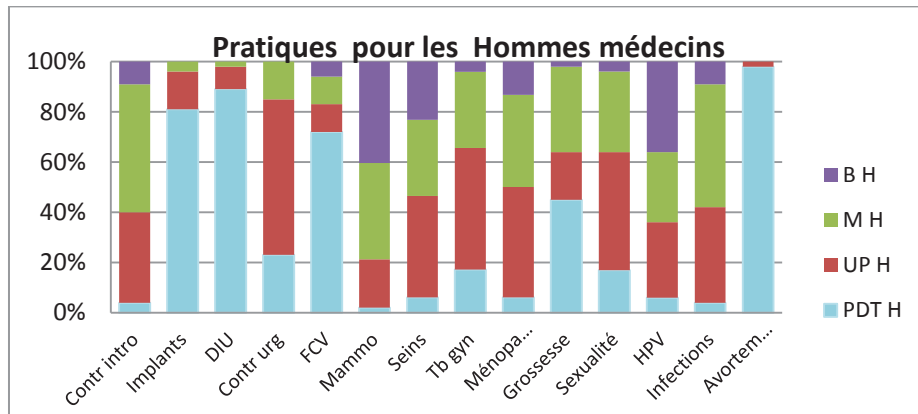
Les pratiques chez les hommes (ne sont citées que les données principales tirées du tableau et du diagramme sous-jacent) :

Celles qui sont modérément ou beaucoup effectuées : l'introduction de contraception (au moins une fois par mois pour 51 % d'entre eux) ; les mammographies (38 % > 1 par mois et 40 % >1/semaine) ; la vaccination anti-HPV (36 % en font plus d'une fois par semaine), le diagnostic et le traitement des infections génitales (49 % >1/mois).

A l'inverse, les pratiques peu représentées voire pas du tout : gestion des implants sous-cutanés (81% n'en font « pas du tout »), les stérilets (89 % « pas du tout »), la contraception d'urgence (23 % « pas du tout » et 62 % en prescrivent au moins une fois par an), la réalisation de frottis cervico-utérins (« pas du tout » par 72 % d'entre eux), la palpation des seins (40% > 1/an), la gestion des troubles gynécologiques (48 % > 1/an), la ménopause et les THS (43 % « un peu »), le suivi de grossesse (45 % n'en suivent « pas du tout »), la sexualité et ses troubles (47 % « un peu »), l'avortement médical (1 seul praticien en réalise).

	Pas du tout H	Un peu H	Modérément H	Beaucoup H
Contraception	4%	36%	51%	9%
Implants	81%	15%	4%	0%
DIU	89%	9%	2%	0%
Contraception d'urgence	23%	62%	15%	0%
Frottis	72%	11%	11%	6%
Mammographies	2%	19%	38%	40%
Seins	6%	40%	30%	23%
Troubles gynécologiques	17%	48%	30%	4%
Ménopause	6%	43%	36%	13%
Grossesse	45%	19%	34%	2%
Sexualité	17%	47%	32%	4%
Vaccination HPV	6%	30%	28%	36%
Infections	4%	38%	49%	9%
Avortement	98%	2%	0%	0%

Pratiques pour les hommes médecins

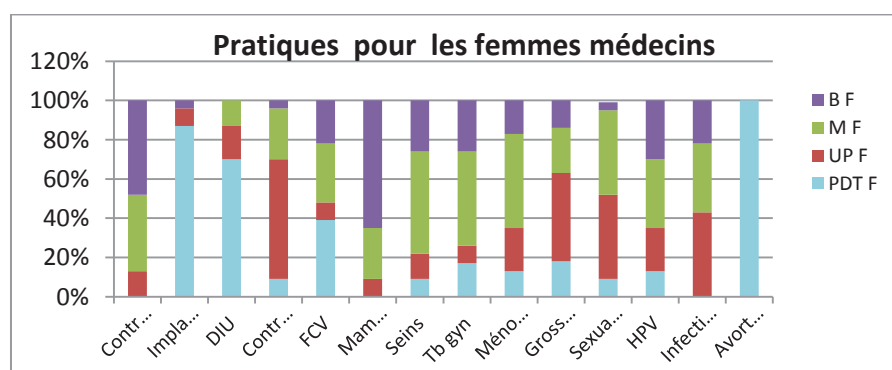


Les pratiques chez les femmes médecins :

Celles beaucoup représentées sont les suivantes : l'introduction et la gestion de la contraception sont « beaucoup » réalisées (48 % d'entre elles), les frottis cervico-utérins le sont moyennement, mais plus que les hommes (> 1/mois pour 30 % d'entre elles et 39 % « pas du tout »), les mammographies (65 % les suivent > 1/semaine), l'examen mammaire, les troubles gynécologiques et la ménopause (« modérément », respectivement 52 %, 48 % et 48 %), la sexualité et ses troubles à égale proportion entre « un peu » et « modérément » (43 %), la vaccination HPV (35 % > 1/mois).

Les pratiques étant au contraire peu représentées : les gestions d'implants (87 % ne le sont « pas du tout »), les stérilets (70 % « pas du tout »), la contraception d'urgence (61 % > 1/an), le suivi de grossesse (45 % > 1/mois), les infections (43 % > 1/an) et les avortements (aucune n'en pratique).

	Pas du tout F	Un peu F	Modérément F	Beaucoup F
Contraception	0%	13%	39%	48%
Implants	87%	9%	0%	4%
DIU	70%	17%	13%	0%
Contraception d'urgence	9%	61%	26%	4%
Frottis	39%	9%	30%	22%
Mammographies	0%	9%	26%	65%
Seins	9%	13%	52%	26%
Troubles gynécologiques	17%	9%	48%	26%
Ménopause	13%	22%	48%	17%
Grossesse	18%	45%	23%	14%
Sexualité	9%	43%	43%	4%
Vaccination HPV	13%	22%	35%	30%
Infections	0%	43%	35%	22%
Avortement	100%	0%	0%	0%



Donc si nous comparons les pratiques entre hommes et femmes, nous pouvons objectiver des différences ou au contraire des ressemblances:

Les gestes sont peu réalisés chez les deux sexes (bien que les frottis soient plus réalisés par les médecins femmes), la contraception est au contraire bien suivie (notamment par les médecins femmes), les actes de prévention et de dépistage sont eux bien réalisés dans les deux sexes (bien que la palpation mammaire soit moins importante chez les hommes et la vaccination HPV moindre chez les femmes).

Les avortements ne sont pas du tout pratiqués par la plupart des médecins questionnés (1 seul en réalise). Il existe une différence de pratique en ce qui concerne les troubles gynécologiques la ménopause, la sexualité (majoritairement chez les femmes), et la prise en charge des infections (plus chez les hommes).

Les suivis de grossesse sont peu effectués, bien que les femmes aient tendance à en pratiquer un peu plus.

- **Les obstacles**

Les hommes médecins ont pour obstacles importants : la présence d'autres professionnels de santé (85 %), leur proximité (55 %), la réticence des patientes (55 %), le risque médico-légal (51 %), et la méconnaissance des patientes du rôle du médecin (47 %).

Les propositions qui ne semblent au contraire pas être des obstacles pour les hommes : l'inconfort (55 %) et le coût (55 %).

	Un Peu H	Modérément H	Beaucoup H
FMI	36%	23%	40%
FMC	43%	24%	35%
Autre Professionnel	7%	9%	85%
Proximité	30%	15%	55%
Méconnaissance	30%	23%	47%
Réticence	21%	23%	55%
Inconfort	55%	4%	40%
Manque d'affinité	45%	17%	38%
Risque Médico-Légal	34%	15%	51%
Coût	55%	17%	28%
Rémunération	47%	9%	45%

Obstacles chez les hommes

Les obstacles chez les femmes :

Les freins semblant importants dans la population des femmes médecins sont : la présence d'un autre professionnel de santé (67 %), la formation médicale continue (57 %), le risque médico-légal (48 %).

Le coût n'est quant à lui pas un obstacle à la pratique de gynécologie chez les femmes (67 %), de même que la rémunération (48 %).

	Un Peu F	Modérément F	Beaucoup F
FMI	29%	33%	38%
FMC	10%	33%	57%
Autre Professionnel	19%	14%	67%
Proximité	35%	25%	40%
Méconnaissance	33%	33%	33%
Réticence	38%	33%	29%
Inconfort	43%	33%	24%
Manque d'affinité	38%	29%	33%
Risque Médico-Légal	43%	10%	48%
Coût	67%	14%	19%
Rémunération	48%	29%	24%

Obstacles chez les femmes

En somme, il existe plus d'obstacle chez les hommes, mais nous retrouvons dans les deux camps deux obstacles plutôt significatifs (présence d'un autre professionnel de santé et risque médico-légal).

b. La durée d'exercice

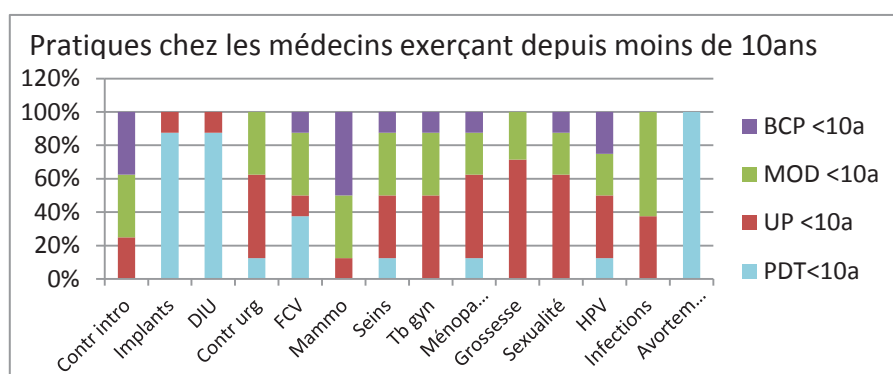
Le deuxième critère de comparaison étudié est la durée d'exercice des médecins interrogés. Celle-ci se répartit comme suit : moins de 10 ans, de 10 à 30 ans, et plus de 30 ans.

Nous allons donc examiner les résultats en fonction de ces différentes classes d'âge.

Moins de 10 ans :

Les pratiques :

	PDT <10a	UP <10a	MOD <10a	BCP <10a
Contraception	0%	25%	38%	38%
Implants	88%	13%	0%	0%
DIU	88%	13%	0%	0%
Contraception d'urgence	13%	50%	38%	0%
Frottis	38%	13%	38%	13%
Mammographies	0%	13%	38%	50%
Seins	13%	38%	38%	13%
Troubles gynécologiques	0%	50%	38%	13%
Ménopause	13%	50%	25%	13%
Grossesse	0%	71%	29%	0%
Sexualité	0%	63%	25%	13%
Vaccination HPV	13%	38%	25%	25%
Infections	0%	38%	63%	0%
Avortement	100%	0%	0%	0%



Les médecins de moins de 10 ans d'exercice réalisent plutôt « beaucoup » l'introduction de contraception (38 % de l'effectif, à égalité avec la réponse « modérément ») et les mammographies (50 % en font « beaucoup ») ;

« Modérément » : les frottis cervico-utérins (38 %, de même que la proportion n'en réalisant « pas du tout »), l'examen des seins (38 %) et la prise en charge des infections (63 %).

Les « un peu » sont représentés par la contraception d'urgence (50 % d'entre eux), l'examen des seins (38 %), les troubles gynécologiques (50 %), la ménopause (50 %), le suivi de grossesse (71 %), la sexualité (63 %), la vaccination anti-HPV (38 %).

Les réponses « pas du tout » prédominantes : avortement (100 %), implants (88 %), dispositifs intra-utérins (88 %) et les frottis (38 %).

Les obstacles :

	Un peu <10a	Modérément<10a	Beaucoup <10a
FMI	25%	25%	50%
FMC	0%	25%	75%
Autre Professionnel	25%	25%	50%
Proximité	25%	25%	50%
Méconnaissance	50%	13%	38%
Réticence	38%	38%	25%
Inconfort	50%	13%	38%
Manque d'affinité	75%	13%	13%
Risque Médico-Légal	38%	13%	38%
Coût	63%	25%	13%
Rémunération	63%	13%	25%

Les obstacles chez les médecins exerçant depuis moins de 10 ans

Nous pouvons observer que la tendance dans le panel est la suivante :

Les obstacles majeurs dans cette catégorie: la formation initiale (50 %), la formation médicale continue (75 %), la présence d'un autre professionnel de santé et sa proximité (50 %).

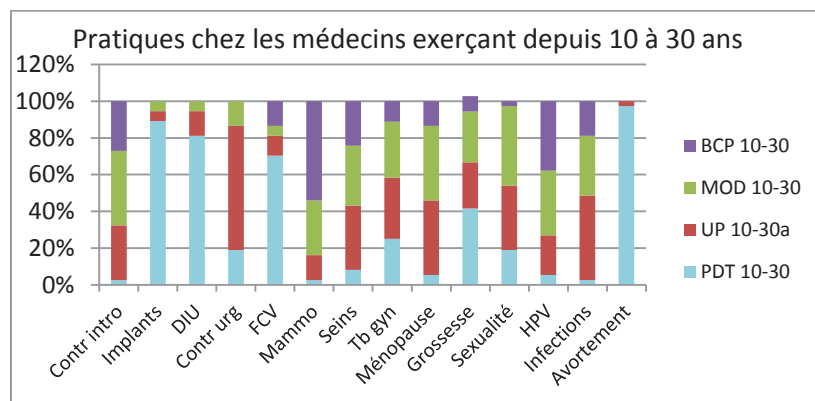
Les obstacles non vécus comme tels : la méconnaissance des patientes (50 %), l'inconfort du médecin (50 %), le manque d'affinité (75 %), le coût (63 %) et la rémunération (63 %).

10 à 30 ans

Les pratiques :

	PDT 10-30	UP 10-30a	Mod 10-30	Bcp 10-30
Contraception	3%	30%	41%	27%
Implants	89%	5%	5%	0%
DIU	81%	14%	5%	0%
Contraception d'urgence	19%	68%	14%	0%
Frottis	70%	11%	5%	14%
Mammographies	3%	14%	30%	54%
Seins	8%	35%	32%	24%
Troubles gynécologiques	25%	33%	31%	11%
Ménopause	5%	41%	41%	14%
Grossesse	42%	25%	28%	8%
Sexualité	19%	35%	43%	3%
Vaccination HPV	5%	22%	35%	38%
Infections	3%	46%	32%	19%
Avortement	97%	3%	0%	0%

Les pratiques chez les médecins exerçant depuis 10 à 30 ans



Pratiques chez les médecins exerçant depuis 10 à 30 ans

Dans la catégorie des médecins installés depuis 10 à 30 ans, les pratiques sont plutôt modérées :

Les plutôt « beaucoup » réalisées : mammographies (54 % en suivent plus d'une fois par semaine) et vaccination anti HPV (38 %).

Les « modérément » : Contraception (41 % plus d'une fois par mois), examen mammaire, troubles gynécologiques et ménopause se partagent entre au moins une fois par mois et une fois par an (respectivement 32 %/ 35 %, 31 % / 33 %, 41 % / 41 %), et le suivi de la sexualité (43 %).

Les « un peu » : contraception d'urgence (68 %), prise en charge des infections (46 %)

Les « pas du tout » : les gestes (implants 89 %, DIU 81 %, Frottis 70 %), le suivi de grossesse (42 %) et l'avortement (97 %).

Les obstacles :

	Un peu 10-30a	Modérément 10-30a	Beaucoup 10-30
FMI	33%	28%	39%
FMC	36%	25%	39%
Autre Professionnel	9%	11%	80%
Proximité	44%	19%	33%
Méconnaissance	36%	31%	33%
Réticence	31%	28%	42%
Inconfort	56%	11%	33%
Manque d'affinité	44%	14%	42%
Risque Médico-Légal	42%	11%	50%
Coût	58%	11%	31%
Rémunération	42%	14%	44%

Obstacles chez les médecins installés depuis 10 à 30 Ans

La tendance des obstacles dans cette catégorie des 10 à 30 ans d'exercice montre que les obstacles semblant prédominants sont la présence d'un autre professionnel de santé (80 %), le risque médico-légal (50 %). Ceux qui ne semblent au contraire pas rédhibitoires sont l'inconfort du praticien (56 %) et le coût du matériel (58 %).

Plus de 30 ans

Les pratiques :

	Pas du tout >30a	Un peu >30a	Modérément >30a	Beaucoup >30a
Contraception	4%	28%	60%	8%
Implants	72%	24%	4%	0%
DIU	84%	8%	8%	0%
Contraception d'urgence	20%	56%	20%	4%
Frottis	56%	8%	28%	8%
Mammographies	0%	20%	40%	40%
Seins	4%	24%	44%	28%
Troubles gynécologiques	12%	32%	44%	12%
Ménopause	12%	24%	48%	16%
Grossesse	40%	20%	36%	4%
Sexualité	12%	56%	28%	4%
Vaccination HPV	12%	32%	24%	32%
Infections	4%	32%	56%	8%
Avortement	100%	0%	0%	0%

Les pratiques chez les médecins installés depuis plus de 30 ans

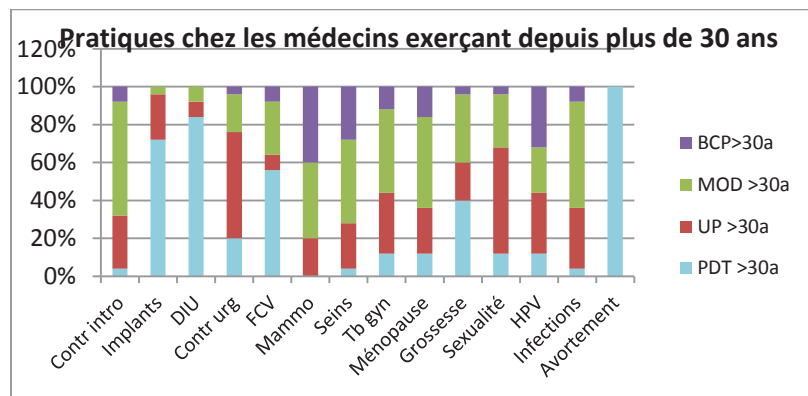
Dans cette catégorie de MG, nous pouvons observer les pratiques suivantes :

Plus d'une fois par semaine : Mammographies (40 % d'entre eux, de même que « modérément »), la vaccination anti-HPV (32 %, de même proportion que les « Un peu ») ;

Plus d'une fois par mois : contraception (60 %), examen mammaire (44 %), troubles gynécologiques (44 %), ménopause (48 %), Infections (56 %) ;

Plus d'une fois par an : contraception d'urgence (56 %), sexualité (56 %) ;

Jamais : les gestes (implants 72 %, DIU 84 % et Frottis 56 %), suivi de grossesse (40 %) et avortement (100 %).



Les obstacles :

	Un peu >30a	Modérément >30	Beaucoup >30a
FMI	38%	25%	38%
FMC	38%	29%	33%
Autre Professionnel	8%	4%	88%
Proximité	14%	9%	82%
Méconnaissance	17%	25%	58%
Réticence	17%	21%	63%
Inconfort	50%	13%	38%
Manque d'affinité	29%	29%	42%
Risque Médico-Légal	29%	17%	54%
Coût	58%	17%	25%
Rémunération	50%	17%	33%

Obstacles chez les médecins installés depuis plus de 30 ans

Pour les médecins de plus de 30 ans d'exercice, les obstacles vus comme plus importants sont la présence d'un autre professionnel (88 %) et sa proximité (82 %), la méconnaissance du rôle du médecin (58 %), la réticence des patientes (63 %), et le risque médico-légal (54 %).

A l'inverse, les obstacles semblent peu importants sont l'inconfort du praticien (50 %), le coût du matériel (58 %) et la rémunération des actes (50 %).

En somme, les principales pratiques réalisées majoritairement plus d'une fois par semaine sont les mammographies (retrouvées dans les 3 catégories), et la vaccination anti HPV (moins réalisée dans la catégorie des moins de 10 ans). Les gestes sont peu pratiqués chez les trois, mais tout de même un peu plus chez les plus de 30 ans d'installation pour les DIU/implants, et chez les moins de 10 ans pour les frottis.

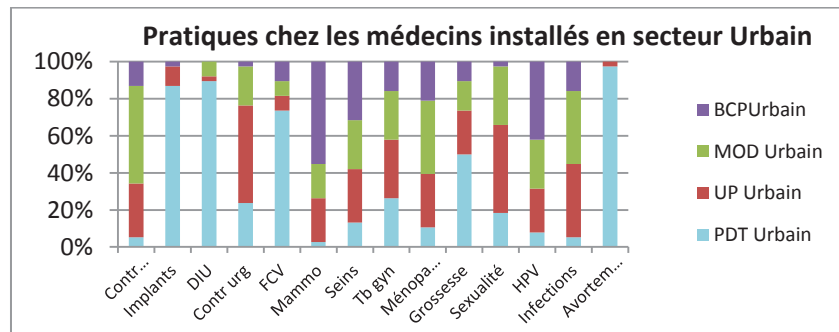
Les principaux obstacles concernent la formation pour les moins de 10 ans exclusivement ; la présence d'un autre professionnel de santé est un obstacle significatif pour tous, de même que le risque médico-légal. Les obstacles liés aux patientes ne sont retrouvés que chez les plus de 30 ans.

c. Le secteur d'activité : Urbain, Semi-Rural et Rural

Le secteur urbain :

Les pratiques :

	Pas du tout Urbain	Un peu Urbain	Modérément Urbain	Beaucoup Urbain
Contraception	5%	29%	53%	13%
Implants	87%	11%	0%	3%
DIU	89%	3%	8%	0%
Contraception d'urgence	24%	53%	21%	3%
Frottis	74%	8%	8%	11%
Mammographies	3%	24%	18%	55%
Seins	13%	29%	26%	32%
Troubles gynécologiques	26%	32%	26%	16%
Ménopause	11%	29%	39%	21%
Grossesse	50%	24%	16%	11%
Sexualité	18%	47%	32%	3%
Vaccination HPV	8%	24%	26%	42%
Infections	5%	39%	39%	16%
Avortement	97%	3%	0%	0%



Répartition des pratiques chez les médecins installés en secteur urbain

Les pratiques plutôt « beaucoup » réalisées sont les suivantes : mammographies (55 % d'entre eux), examen mammaire (32 %), vaccination anti-HPV (42 %).

Les « modérément » : contraception (53 %), ménopause (39 %), infections (39 % des médecins, à égalité avec la catégorie « un peu »).

Les « Un peu » : contraception d'urgence (53 %), troubles gynécologiques (32 %), sexualité (47 %).

Les « pas du tout » : les gestes techniques (implants 87 %, DIU 89 %, Frottis 74 %), le suivi de grossesse (50 %), les avortements (97 %).

Les obstacles :

	Un peu Urbain	Modérément Urbain	Beaucoup Urbain
FMI	39%	28%	33%
FMC	35%	24%	41%
Autre Professionnel	8%	0%	92%
Proximité	31%	6%	63%
Méconnaissance	36%	22%	42%
Réticence	33%	22%	44%
Inconfort	53%	14%	33%
Manque d'affinité	44%	14%	42%
Risque Médico-Légal	39%	8%	53%
Coût	53%	17%	31%
Rémunération	33%	19%	47%

Obstacles chez les médecins installés en secteur urbain

Dans le secteur urbain, les obstacles apparaissant comme importants sont la présence d'un autre professionnel de santé (92 %), sa proximité (63 %), le risque médico-légal (53 %) et la rémunération des actes (47 %).

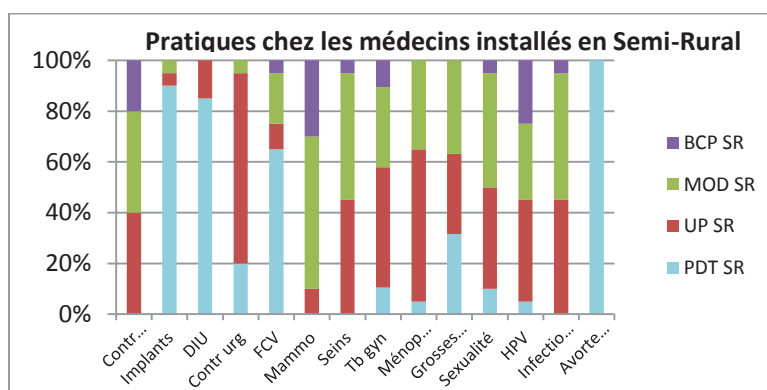
Ceux paraissant peu importants sont l'inconfort (53 %) et le coût (53 %).

Le secteur semi-rural :

Les pratiques :

	Pas du tout SR	Un peu SR	Modérément SR	Beaucoup SR
Contraception	0%	40%	40%	20%
Implants	90%	5%	5%	0%
DIU	85%	15%	0%	0%
Contraception d'urgence	20%	75%	5%	0%
Frottis	65%	10%	20%	5%
Mammographies	0%	10%	60%	30%
Seins	0%	45%	50%	5%
Troubles gynécologiques	11%	47%	32%	11%
Ménopause	5%	60%	35%	0%
Grossesse	32%	32%	37%	0%
Sexualité	10%	40%	45%	5%
Vaccination HPV	5%	40%	30%	25%
Infections	0%	45%	50%	5%
Avortement	100%	0%	0%	0%

Les pratiques chez les médecins installés en milieu semi-rural



Aucun acte ne ressort comme étant plutôt « beaucoup » pratiqué dans cette population semi-rurale.

Les pratiques réalisées au moins une fois par mois : contraception (40 %), mammographies (60 %), examen mammaire (50 %), suivi de grossesse (37 %), sexualité (45 %), prise en charge des infections génitales (50 %).

Les « un peu » : contraception d'urgence (75 %), troubles gynécologiques (47 %), ménopause (60 %), et vaccination anti-HPV (40 %).

Enfin, les pratiques plutôt jamais réalisées : implants (90 %), DIU (85 %), les frottis (65 %), les avortements (100 %).

Les obstacles :

	Un peu SR	Modérément SR	Beaucoup SR
FMI	20%	30%	50%
FMC	40%	25%	35%
Autre Professionnel	10%	10%	80%
Proximité	26%	26%	47%
Méconnaissance	25%	25%	50%
Réticence	10%	25%	65%
Inconfort	40%	5%	55%
Manque d'affinité	25%	25%	50%
Risque Médico-Légal	25%	20%	55%
Coût	50%	20%	30%
Rémunération	50%	10%	40%

Les obstacles chez les médecins installés en semi-rural

Beaucoup d'obstacles semblent importants pour les médecins exerçant en semi-rural : présence d'un autre professionnel de santé (80 %), la réticence des patientes (65 %), le risque médico-légal (55 %), FMI (50 %), la méconnaissance des patientes (50 %), l'inconfort des médecins (55 %) ou leur manque d'affinité (50 %), et la proximité des autres professionnels (47 %).

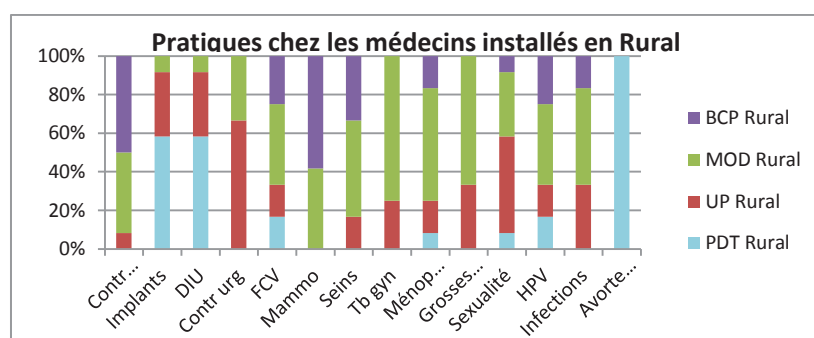
Deux d'entre eux ne ressortent pas comme importants (coût 50 % et rémunération 50 %).

Le secteur rural :

Les pratiques :

	Pas du tout Rural	Un peu Rural	Modérément Rural	Beaucoup Rural
Contraception	0%	8%	42%	50%
Implants	58%	33%	8%	0%
DIU	58%	33%	8%	0%
Contraception d'urgence	0%	67%	33%	0%
Frottis	17%	17%	42%	25%
Mammographies	0%	0%	42%	58%
Seins	0%	17%	50%	33%
Troubles gynécologiques	0%	25%	75%	0%
Ménopause	8%	17%	58%	17%
Grossesse	0%	33%	67%	0%
Sexualité	8%	50%	33%	8%
Vaccination HPV	17%	17%	42%	25%
Infections	0%	33%	50%	17%
Avortement	100%	0%	0%	0%

Les pratiques chez les médecins installés en secteur rural



Nous pouvons observer que les tendances de pratiques dans cette catégorie sont :

Plus d'une fois par semaine : la contraception (50 % d'entre eux) et les mammographies (58 %),

Plus d'une fois par mois : les frottis (42 %), l'examen mammaire (50 %), les troubles gynécologiques (75%), la ménopause (58 %), le suivi de grossesse (67 %), la vaccination anti-HPV 42 %) et les infections génitales (50 %).

Au moins une fois par an : contraception d'urgence (67 %), sexualité (50 %).

Pas du tout : implants (58 %), DIU (58 %) qui sont toutefois plus représentés que dans les autres catégories (33 % pour les deux à plus d'une fois par an), et l'avortement (100 %).

Les obstacles :

	Un peu Rural	Modérément Rural	Beaucoup Rural
FMI	42%	17%	42%
FMC	17%	25%	58%
Autre Professionnel	18%	45%	36%
Proximité	42%	33%	25%
Méconnaissance	25%	42%	33%
Réticence	33%	42%	25%
Inconfort	75%	17%	8%
Manque d'affinité	67%	25%	8%
Risque Médico-Légal	50%	17%	33%
Coût	92%	8%	0%
Rémunération	83%	8%	8%

Les obstacles chez les médecins installés en secteur rural

Parmi les médecins exerçant en milieu rural, nous n'observons que peu d'obstacles semblant importants, avec uniquement la formation (FMC 58 %).

La Formation initiale n'est, elle, pas significative.

Les obstacles plutôt peu importants sont, eux, nombreux (coût 92 % et rémunération 83%, inconfort 75 %, manque d'affinité 67 %, risque médico-légal 50 %).

Enfin une partie de cette population n'a pas d'avis tranché sur certains obstacles (présence d'un autre professionnel de santé 45 %, méconnaissance des missions du médecin généraliste et réticence des patientes 42 %).

Ainsi, si nous comparons en premier lieu les pratiques en fonction du secteur d'activité, nous obtenons des différences :

Les gestes pratiques sont plus représentés dans la catégorie « rurale », notamment les frottis, mais également les DIU et implants qui, bien que non majoritaires, sont plus pratiqués que dans les autres secteurs.

La prévention sur le versant mammaire avec les mammographies et l'examen clinique est pratiquée en importante proportion dans les trois catégories. La pratique de vaccination anti-HPV est quant à elle très importante en secteur urbain, très peu en semi-rural et intermédiaire en rural.

Le suivi de grossesse est plutôt plus réalisé par les ruraux que les autres (majorité de « modérément »), et notamment dans le secteur urbain où il est beaucoup moins représenté.

En deuxième lieu, les obstacles. Le secteur rural présente peu d'obstacles, où l'on retrouve majoritairement la formation.

La présence d'autre professionnel de santé est bien entendu un obstacle significatif dans les deux autres catégories. Les critères liés aux patientes (méconnaissance et réticence) sont des obstacles en semi-rural, de même que les critères « médecins » (inconfort et manque d'affinité). Le risque médico-légal est un obstacle important pour les deux. La rémunération n'est un obstacle que chez les urbains.

d. La distance avec un cabinet de gynécologie chez les non urbains (moins de 10 km et plus de 10 km)

Nous avons comptabilisé 32 praticiens dans cette catégorie, dont 15 praticiens à moins de 10 km d'un autre professionnel de santé exerçant dans le domaine, et 17 à plus de 10 km (nous avons scindé en seulement deux parties afin d'avoir un échantillonnage suffisant pour une interprétation valable).

A moins de 10 km :

Les pratiques :

	PDT <10km	UP <10km	MOD <10km	BCP <10km
Contraception	0%	47%	40%	13%
Implants	93%	7%	0%	0%
DIU	93%	0%	7%	0%
Contraception d'urgence	13%	67%	20%	0%
Frottis	73%	0%	13%	13%
Mammographies	0%	7%	53%	40%
Seins	0%	53%	33%	13%
Troubles gynécologiques	13%	47%	33%	7%
Ménopause	0%	53%	40%	7%
Grossesse	27%	47%	27%	0%
Sexualité	13%	47%	40%	0%
Vaccination HPV	7%	20%	40%	33%
Infections	0%	47%	47%	7%
Avortement	100%	0%	0%	0%

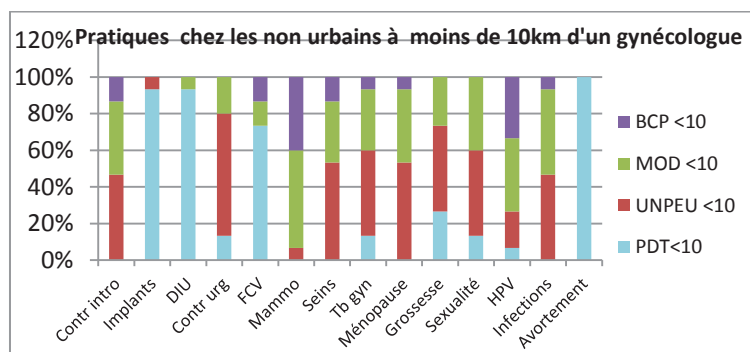
Pratiques chez les médecins semi-ruraux et ruraux installés à moins de 10 km

Dans cette population, aucune pratique n'a tendance à être « beaucoup » effectuée.

Les « modérément » : mammographies (53 % d'entre eux), vaccination anti-HPV (40 %), et infections (47 % à égalité avec « un peu »).

« Un peu » : contraception (47 %), contraception d'urgence (67 %), examen mammaire (53 %), troubles gynécologiques (47 %), ménopause (53 %), suivi de grossesse (47 %) et sexualité (47 %),

« Pas du tout » : implants (93 %), DIU (93 %), frottis (73 %), et avortements (100 %).



Les obstacles :

	UNPEU <10	Modérément <10	Beaucoup <10
FMI	7%	33%	60%
FMC	20%	33%	47%
Autre Professionnel	0%	13%	87%
Proximité	7%	47%	47%
Méconnaissance	13%	20%	67%
Réticence	7%	27%	67%
Inconfort	40%	7%	53%
Manque d'affinité	33%	27%	40%
Risque Médico-Légal	27%	20%	53%
Coût	33%	33%	33%
Rémunération	33%	20%	47%

Obstacles chez les praticiens non urbains exerçant à moins de 10 km d'un gynécologue

Quasiment tous les obstacles étudiés ressortent comme plutôt importants (sauf le manque d'affinité et le coût) dans cette population installée à proximité d'un professionnel de santé exerçant dans le domaine de la gynécologie.

A plus de 10 km :

Les pratiques :

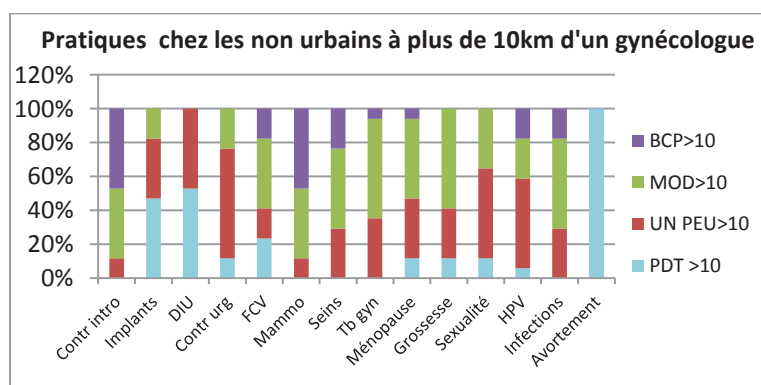
	PDT >10km	UP >10km	MOD >10km	BCP >10km
Contraception	0%	12%	41%	47%
Implants	47%	35%	18%	0%
DIU	53%	47%	0%	0%
Contraception d'urgence	12%	65%	24%	0%
Frottis	24%	18%	41%	18%
Mammographies	0%	12%	41%	47%
Seins	0%	29%	47%	24%
Troubles gynécologiques	0%	35%	59%	6%
Ménopause	12%	35%	47%	6%
Grossesse	12%	29%	59%	0%
Sexualité	12%	53%	35%	0%
Vaccination HPV	6%	53%	24%	18%
Infections	0%	29%	53%	18%
Avortement	100%	0%	0%	0%

La tendance des pratiques « beaucoup » représentées : contraception (47 % des médecins) et mammographies (47 %) ;

Les « modérément » : Frottis (41 %), examen mammaire (47 %), troubles gynécologiques (59 %), ménopause (47 %), suivi de grossesse (59 %) et infections (53 %).

Les « un peu » : contraception d'urgence (65 %), sexualité (53 %), vaccination anti-HPV (53 %).

Les « pas du tout » : implants (47 %) et DIU (53 %), toutefois plus représentés que chez les autres médecins (les implants sont gérés par 35 % des médecins éloignés plus d'une fois par an et 18 % plus d'une fois par mois, et les DIU 47 % plus d'une fois par an), et les avortements.



Les obstacles :

	UN PEU>10	Modérément>10km	Beaucoup>10km
FMI	41%	35%	24%
FMC	35%	24%	41%
Autre Professionnel	24%	35%	41%
Proximité	35%	41%	24%
Méconnaissance	29%	35%	35%
Réticence	24%	35%	41%
Inconfort	64%	0%	35%
Manque d'affinité	35%	29%	35%
Risque Médico-Légal	29%	24%	47%
Coût	82%	18%	0%
Rémunération	53%	35%	12%

Obstacles chez les médecins non urbains installés à plus de 10 km d'un gynécologue

La tendance est plus mitigée dans ce groupe quant aux obstacles.

Concernant les obstacles ressortant comme plutôt importants, nous retrouvons essentiellement le risque médico-légal (47 %), bien qu'il ne soit pas majeur.

D'autres apparaissent comme peu importants tels que l'inconfort (64 %), le coût (82 %) et la rémunération (53 %).

Les autres obstacles ne ressortent pas franchement dans une catégorie, leur distribution étant relativement homogène.

En somme, quelques différences ressortent :

En termes de pratiques : les gestes sont plus réalisés chez les praticiens installés loin, notamment les frottis (41 % en réalisent au moins une fois par mois). Les DIU et implants sont également plus gérés par ces médecins (respectivement 47 % et 53 % plus d'une fois par an), la prise en charge de la plupart des troubles et l'aspect suivi/dépistage est aussi plus représentée chez ces praticiens, sauf la vaccination anti-HPV qui est plutôt plus réalisée par les médecins à moins de 10 km d'un gynécologue.

En termes d'obstacles : la tendance des médecins installés à moins de 10 km d'un autre professionnel s'oriente vers un sentiment d'importance de la majorité des obstacles proposés (FMI, autre professionnel, méconnaissance, réticence, inconfort, risque médico-légal). Ils sont répartis de façon plus éparse dans la catégorie des médecins installés loin des autres professionnels de santé, sans réelle prédominance. Nous observons seulement que l'inconfort, le coût et la rémunération ne sont pas vus comme des obstacles par ces derniers.

e. Les caractéristiques de l'environnement du cabinet médical

Les milieux socio-économiquement défavorisés : 16 médecins y ont été recensés :

Les pratiques :

	PDT défavorisé	UP défavorisé	MOD défavorisé	BCP défavorisé
Contraception introduction	0%	19%	50%	31%
Implants	75%	25%	0%	0%
DIU	88%	6%	6%	0%
Contraception urgente	6%	75%	19%	0%
Frottis	63%	6%	25%	6%
Mammographie	0%	19%	56%	25%
Seins	6%	19%	69%	6%
Troubles gynécologiques	31%	38%	25%	6%
Ménopause	6%	38%	56%	0%
Grossesse	33%	27%	40%	0%
Sexualité	19%	50%	19%	13%
HPV	6%	44%	31%	19%
Infections	6%	50%	44%	0%
Avortement	94%	0%	6%	0%

Pratiques chez les médecins installés en milieu défavorisé

Aucune pratique n'est retrouvée « beaucoup » réalisée.

Pour ce qui est des pratiques modérées, nous observons l'examen clinique des seins (69 % des médecins en réalisent au moins une fois par mois), les suivis de mammographies (56 %), le suivi de ménopause (56 %), l'introduction de contraception à (50 %), la prise en charge des infections (44 %) et le suivi de grossesse (40 %).

Les pratiques au moins une fois par an : contraception urgente (75 %), la sexualité (50 %), les troubles gynécologiques (38 %) et la vaccination anti HPV (44 %).

Enfin, les pratiques plutôt « pas du tout » réalisées : les implants (75 %) et les DIU (88 %), les frottis (63%) et les avortements (94 %).

Les obstacles :

	UP défavorisé	MOD défavorisé	BCP défavorisé
Formation initiale	44%	25%	31%
FMC	13%	38%	50%
Autre professionnel de santé	0%	19%	81%
Proximité	40%	27%	33%
Méconnaissance	31%	19%	50%
Réticence	13%	31%	56%
Inconfort	31%	6%	63%
Manque d'affinité	38%	19%	44%
Risque Médico-légal	38%	6%	56%
Coût	31%	31%	38%
Rémunération	31%	25%	44%

Obstacles chez les médecins installés en milieu défavorisé

Les obstacles ressortant comme plutôt importants chez les médecins exerçant en milieu défavorisé : la présence d'un autre professionnel de santé (81 %), l'inconfort du médecin (63 %), la réticence des patientes (56 %), le risque médico-légal (56 %), la FMC (50 %), et la méconnaissance du rôle du médecin par les patientes (50 %).

Les milieux « intermédiaires » : nous avons recensé 34 médecins dans cette catégorie

Les pratiques :

	PDT intermed	UP intermed	MOD intermed	BCP intermed
Contraception introduction	3%	28%	50%	19%
Implants	86%	8%	3%	3%
DIU	78%	17%	6%	0%
Contraception urgente	19%	64%	14%	3%
Frottis	53%	8%	25%	14%
Mammographie	3%	14%	33%	50%
Seins	8%	39%	22%	31%
Troubles gynécologiques	11%	33%	42%	14%
Ménopause	11%	44%	22%	22%
Grossesse	39%	22%	31%	8%
Sexualité	11%	47%	33%	8%
HPV	8%	28%	25%	39%
Infections	0%	36%	47%	0%
Avortement	100%	0%	0%	0%

Pratiques par les médecins installés en milieu « intermédiaire »

Les pratiques plutôt « beaucoup » réalisées : mammographies (50 % d'entre eux) et vaccinations anti HPV (39 %).

Celles « modérément » pratiquées : l'introduction de contraception (50 %), les infections (47 %) et les troubles gynécologiques (42 %).

Les pratiques réalisées au moins une fois par an : contraception urgente (64 %), sexualité (47 %), ménopause (44 %) et examen mammaire (39 %).

Les pratiques plutôt « pas du tout » réalisées : avortements (100 %), implants (86 %), DIU (78 %), frottis (53 %) et suivi de grossesse (39 %).

Les obstacles :

	UP intermed	MOD intermed	BCP intermed
Formation initiale	26%	29%	44%
FMC	32%	24%	44%
Autre Professionnel de santé	18%	12%	71%
Proximité	29%	15%	56%
Méconnaissance	24%	29%	47%
Réticence	29%	26%	44%
Inconfort	65%	12%	24%
Manque d'affinité	50%	24%	26%
Risque Médico-légal	29%	15%	56%
Coût	68%	6%	26%
Rémunération	53%	0%	47%

Obstacles chez les médecins installés en milieu intermédiaire

Ceux apparaissant comme plutôt importants : la présence d'un autre professionnel de santé (71 %), et sa proximité (56 %), le risque médico-légal (56 %) et la méconnaissance du rôle du médecin (47%).

A l'inverse, ceux ne paraissant pas en être : le coût du matériel (68 %), l'inconfort du praticien (65 %), la rémunération des actes (53 %) et le manque d'affinité pour la spécialité (50 %).

Les milieux aisés : 18 médecins entrent dans cette catégorie

Les pratiques :

	PDT aisé	UP aisé	MOD aisé	BCP aisé
Contraception introduction	6%	39%	39%	17%
Implants	78%	17%	6%	0%
DIU	89%	6%	6%	0%
Contraception urgente	28%	50%	22%	0%
Frottis	67%	11%	17%	6%
Mammographie	0%	17%	22%	61%
Seins	6%	39%	39%	17%
Troubles gynécologiques	24%	35%	29%	12%
Ménopause	6%	33%	50%	11%
Grossesse	44%	33%	22%	0%
Sexualité	17%	39%	44%	0%
HPV	6%	22%	33%	39%
Infections	6%	33%	50%	11%
Avortement	100%	0%	0%	0%

Pratiques par les médecins installés en milieu aisé

Les pratiques ressortant comme plutôt « beaucoup » réalisées : mammographies (61 %) et vaccination anti-HPV (39 %).

Les pratiques réalisées au moins une fois par mois : la ménopause (50 %), les infections (50 %), la sexualité (44 %), l'introduction de contraception (39 %, à égalité avec la catégorie « un peu ») et l'examen mammaire (39 %).

Celles pratiquées au moins une fois par an : la contraception urgente (50 %), les troubles gynécologiques (35 %).

Et celles qui ont tendance à ne pas être pratiquées : avortements (100 %), DIU (89 %), implants (78 %), frottis (67 %) et suivi de grossesse (44 %).

Les obstacles :

	UP fort	MOD fort	BCP fort
Formation initiale	39%	28%	33%
FMC	50%	28%	22%
Autre Professionnel de santé	6%	0%	94%
Proximité	18%	18%	65%
Méconnaissance	39%	17%	44%
Réticence	22%	28%	50%
Inconfort	50%	17%	33%
Manque d'affinité	28%	28%	44%
Risque Médico-légal	44%	17%	39%
Coût	67%	22%	11%
Rémunération	56%	28%	17%

Obstacles chez les médecins installés en milieu aisé

Les obstacles apparaissant comme plutôt importants : présence d'un autre professionnel de santé (94%), sa proximité (65 %) et la réticence des patientes (50 %).

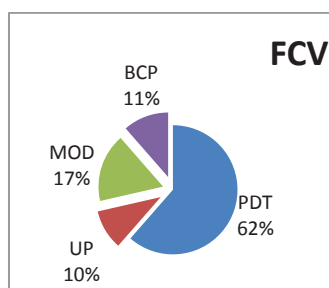
Ceux apparaissant au contraire comme non importants : le coût (67 %), la rémunération (56 %), l'inconfort (50 %) et la FMC (50 %).

D- La pratique des différents gestes

a. Les frottis cervico-utérins

La réalisation des frottis cervico-utérins a été étudiée et comparée selon différents critères :

En premier lieu, au sein de l'ensemble des participants, nous avons pu objectiver une pratique plutôt limitée. 62 % n'en réalisent pas du tout, 11 % en réalisent au moins une fois par semaine, 17 % au moins une fois par mois et 10 % au moins une fois par an.



Pratique des frottis cervico-utérins chez l'ensemble des médecins interrogés

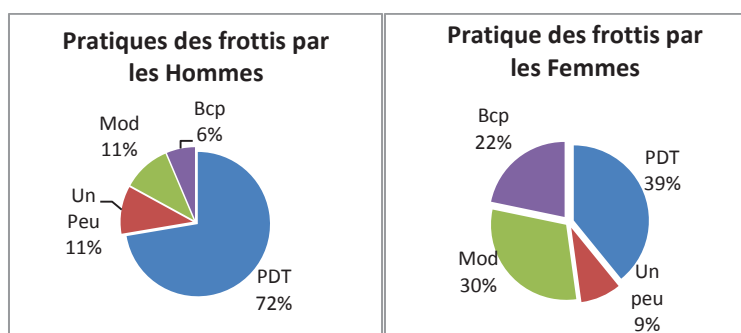
Lorsque nous évaluons la répartition en fonction du sexe du médecin, nous observons cette fois une nette différence :

Les femmes en pratiquent plutôt plus que les hommes :

« Pas du tout » est retrouvé chez 72 % des hommes et 39 % des femmes,

Le critère « Un peu » est similaire entre les deux catégories (11 % des hommes et 9 % des femmes),

« Modérément » et « beaucoup » sont plus retrouvés chez les femmes (respectivement 30 % des médecins femmes contre 11 % des hommes, et 22 % contre 6 %).



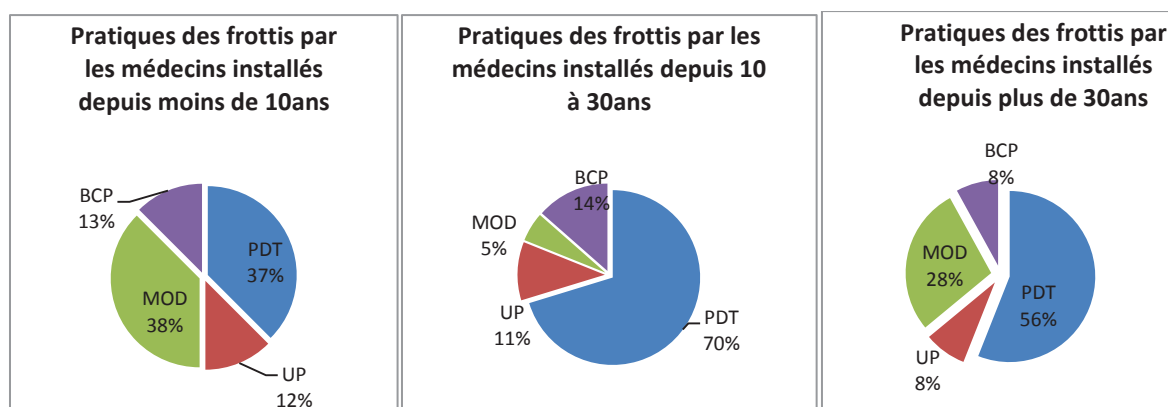
Le critère « **durée d'exercice** » met en avant moins de différences en termes de pratique de frottis, bien que nous puissions observer que les médecins installés depuis 10 à 30 ans exercent moins ce type de pratique que les autres catégories de médecins :

« Pas du tout » : 37 % des moins de 10 ans, 70 % des 10 à 30 ans et 56 % des plus de 30 ans.

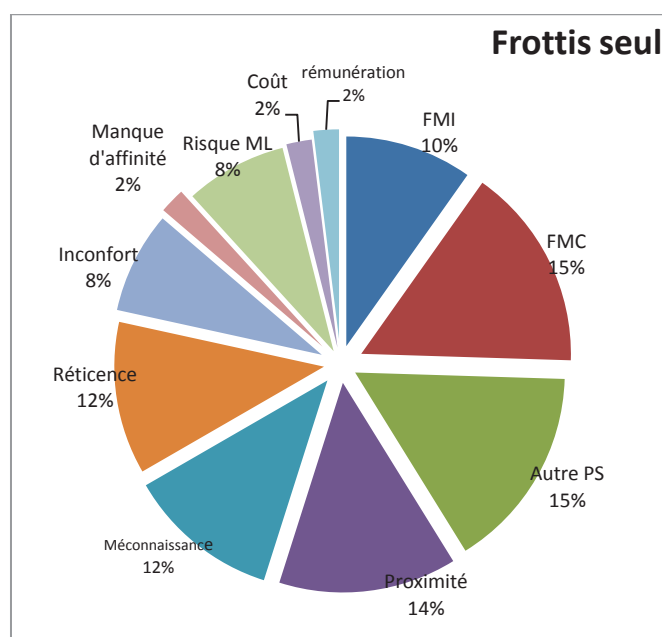
« Un peu » : 12 % des moins de 10 ans, 11 % des 10-30 ans et 8 % des plus de 30 ans (non significatif).

« Modérément » : 38 % des moins de 10 ans, 5 % des 10 à 30 ans et 28 % des plus de 30 ans (plutôt significatif).

« Beaucoup » : 13% des moins de 10 ans, 14 % des 10 à 30 ans et 8 % des plus de 30 ans.



Si nous explorons les obstacles chez les médecins ne pratiquant comme geste que les frottis (ni DIU ni implants), et ce quelle qu'en soit la fréquence, nous objectivons les résultats suivants (ils sont 13 dans cette catégorie) : la formation médicale continue est vue comme insuffisante (62 % des médecins concernés), la présence d'autre(s) professionnel(s) de santé effectuant ce type de geste (62 %), et leur proximité (54 %). La méconnaissance du rôle du médecin (46 %) et la réticence des patientes (46 %) sont également notables. (cf annexe G.)



Les obstacles retrouvés chez les médecins interrogés pratiquant uniquement les frottis

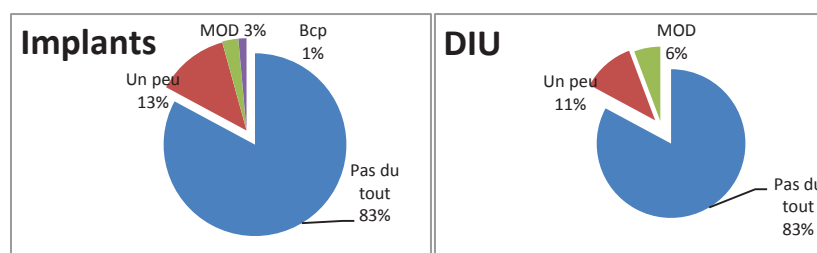
b. La pose et la gestion d'implants sous-cutanés et de stérilets

Ces pratiques ont été étudiées tout d'abord dans la population générale questionnée :

Les implants ne sont « pas du tout » gérés par 83 % des médecins, 13 % déclarent en poser/retirer au moins une fois par an, 3 % une fois par mois (2 médecins) et 1 % une fois par semaine (1 médecin).

Pour leur part, les DIU ne sont jamais « beaucoup » gérés par les médecins du panel interrogés.

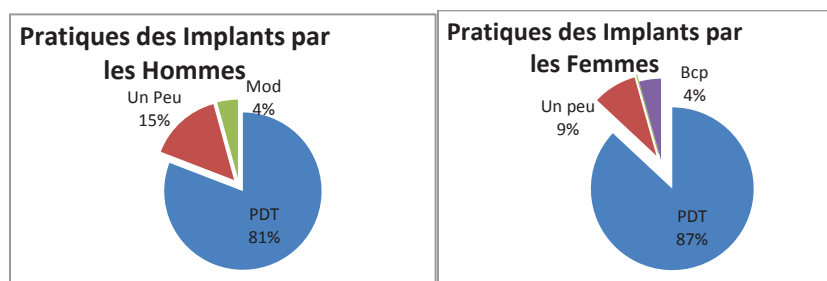
83 % déclarent ne jamais les gérer, 11 % « un peu » et 6 % « modérément » (4 médecins).



Pour ce qui est de la répartition en fonction du sexe du médecin, étudions en premier les *implants*.

Les hommes n'en pratiquent pas du tout à 81 % (38/47), un peu à 15 % (7/47) et modérément à 4 % (2/47).

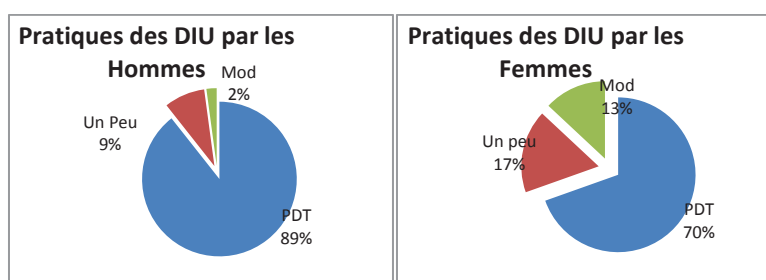
Les femmes, elles, déclarent ne pas les gérer à 87 % (20/23), un peu 9 % (2/23) et beaucoup 4 % (1/23).



En deuxième lieu, les *dispositifs intra-utérins* :

Les hommes en gèrent plutôt peu : « pas du tout » pour 89 % d'entre eux, « un peu » pour 9 %, « modérément » pour 2 %, et aucun ne déclare en gérer plus d'une fois par semaine.

Les femmes sont plutôt plus représentées : 70 % « pas du tout », 17 % « un peu », et 13 % « modérément ».



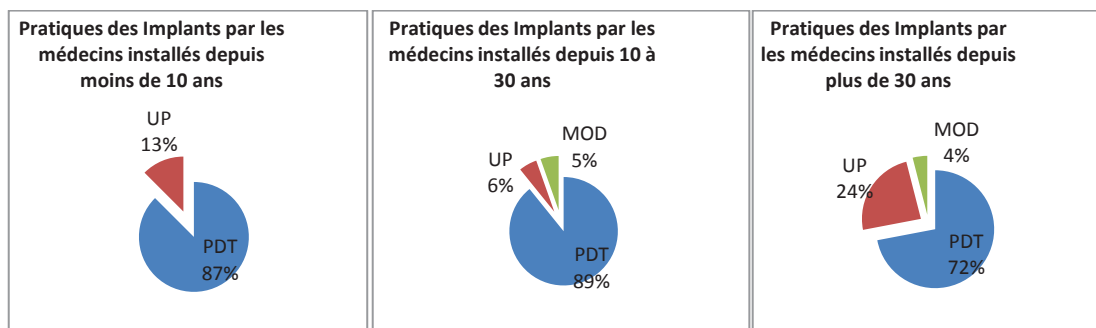
Etudions maintenant la répartition selon la **durée d'exercice** :

Tout d'abord les *implants* :

Parmi les médecins installés depuis moins de 10 ans, 7 déclarent ne pas en gérer (87 %), et 1 en déclare plus d'une fois par an (13 %). Aucun n'en gère avec une fréquence plus importante.

Ceux installés depuis 10 à 30 ans : 33 n'en gèrent pas du tout (89 %), 2 le font au moins une fois par an (6 %), et 2 au moins une fois par semaine (6 %).

Et enfin les médecins installés depuis plus de 30 ans : 18 déclarent ne pas du tout en gérer (72 %), 6 « un peu » (24 %) et 1 « modérément » (4 %).

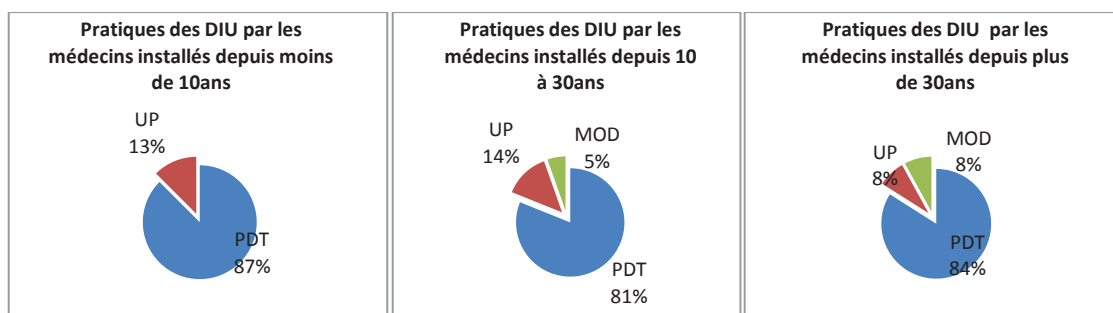


Puis les *DIU* :

Les médecins installés depuis moins de 10 ans ont plutôt tendance à ne pas en gérer : 87 % « pas du tout », et 13 % « un peu » (soit des résultats superposables à ceux des implants dans la même population).

Ceux installés depuis 10 à 30 ans : 81 % déclarent ne jamais en gérer, 14 % au moins une fois par an et 5 % au moins une fois par mois.

Enfin, ceux installés depuis plus de 30 ans : 84 % n'en gèrent « pas du tout », 8 % « un peu » et 8 % « modérément ».

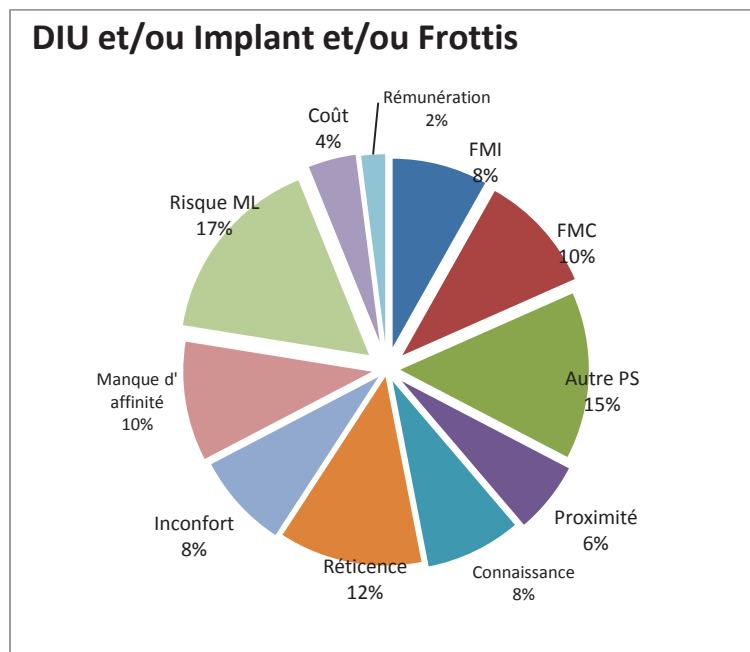


Les **obstacles** observés dans l'échantillon pratiquant un ou plusieurs gestes (frottis / implants / DIU) se répartissent comme suit (Cf. annexe H) :

Les obstacles apparaissant comme majoritaires sont le risque médico-légal (50 %) et la présence d'un autre professionnel de santé avec une moindre importance (44 %).

Les autres obstacles sont notifiés à titre d'information mais ne paraissent pas majeurs : la réticence des patientes (38 %), le manque d'affinité pour la spécialité (31 %), la formation médicale initiale (25 %) et continue (31 %). La méconnaissance des patientes (25 %) et l'inconfort du praticien (25%) sont également notables.

Les critères financiers sont moins importants chez ces médecins par rapport aux autres critères.



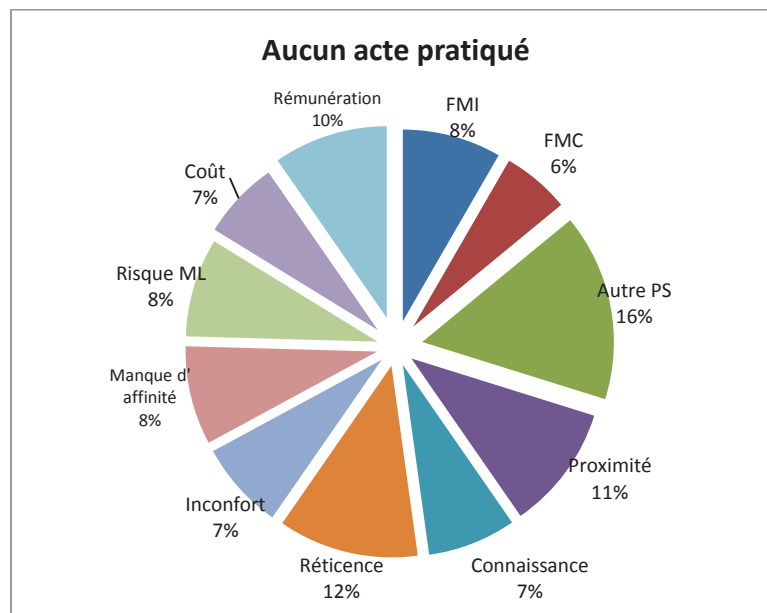
c. Les médecins ne réalisant aucun geste pratique

Les obstacles ont été répertoriés chez ceux n'effectuant aucun geste (ils sont 41):

Ressortent principalement la présence d'un autre professionnel de santé (88 % des médecins), sa proximité (59 %), la réticence des patientes à ce suivi (66 %), et la rémunération des actes (54 %). (cf. annexe I.)

La répartition semble plus équitable entre les différentes catégories d'obstacles que ceux réalisant des gestes :

Présence d'un autre professionnel de santé (16 %), réticence des patientes (12 %), proximité du professionnel de santé (11 %), rémunération des actes (10 %), risque médico-légal (8 %), manque d'affinité (8 %), formation médicale initiale (8 %) et continue (6 %), méconnaissance des missions du médecin (7 %), inconfort du médecin (7 %) et coût du matériel (7 %).



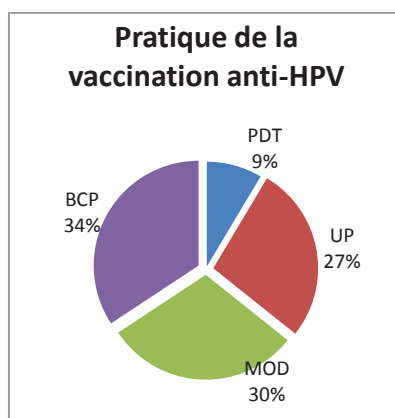
Répartition des obstacles chez les médecins ne pratiquant aucun acte technique

E- Evaluation des pratiques en termes de prévention et dépistage

a. Le vaccin contre le papillomavirus

Cette pratique a été évaluée dans l'ensemble de la population étudiée.

La plupart des médecins questionnés déclarent en pratiquer à diverses fréquences, seuls 9 % n'en pratiquent pas du tout. 27 % au moins une fois par an, 30 % une fois par mois et 34 % une fois par semaine.

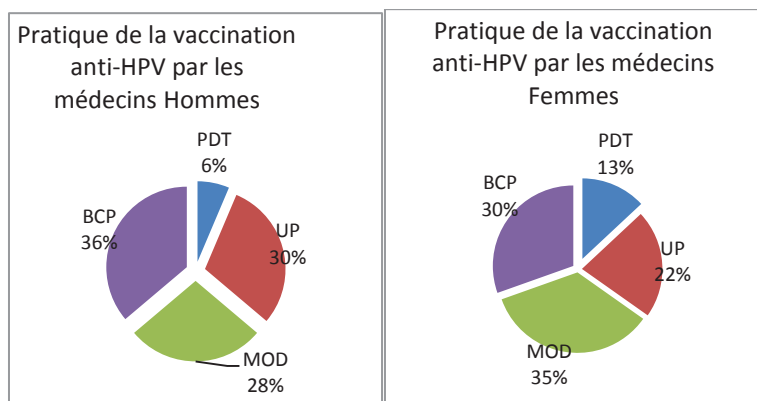


Si l'on s'intéresse maintenant à la distribution de ces pratiques selon le sexe du médecin, nous obtenons les chiffres suivants.

La répartition est relativement similaire avec :

Pour les *hommes* : 6 % déclarent ne pas du tout en pratiquer, 30 % « un peu », 28 % « modérément » et 36 % « beaucoup ».

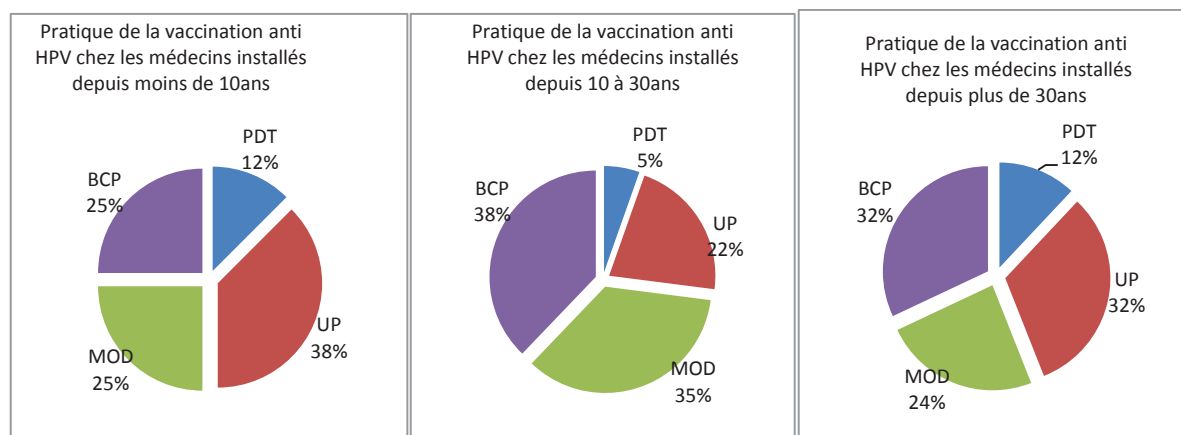
Pour les *femmes* : 13 % n'en réalisent jamais, 22 % au moins une fois par an, 35 % une fois par mois et 30 % une fois par semaine.



Selon la **durée d'exercice** :

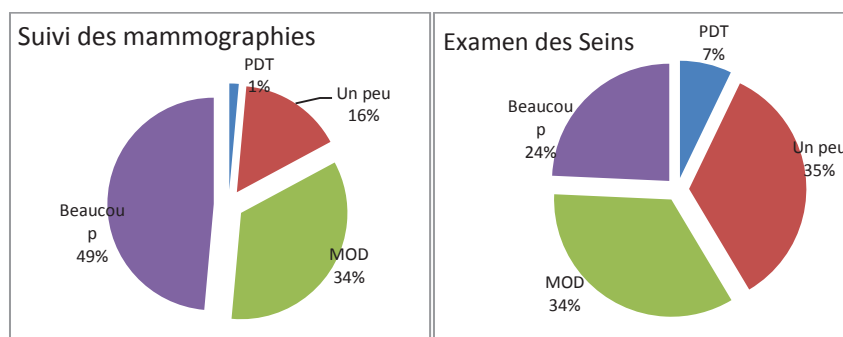
La tendance globale est à la pratique régulière de cet acte, bien que certains admettent ne jamais le réaliser (12 % des moins de 10 ans d'exercice, 5 % des 10-30 ans et 12 % des plus de 30 ans).

Dans la catégorie « beaucoup », nous retrouvons 25 % des moins de 10 ans, 38 % des 10 à 30 ans et 32 % des plus de 30 ans.



b. La mammographie et l'examen mammaire réguliers

Les pratiques déclarées dans l'ensemble du panel sont relativement bien réparties pour ces deux pratiques. Les mammographies sont déclarées « pas du tout » gérées par 1 % des médecins, « un peu » par 16 %, « modérément » à 34 % et beaucoup à 48 %. L'examen mammaire est lui un peu moins représenté, avec 7 % déclarant ne jamais le réaliser, 39 % au moins une fois par an, 34 % une fois par mois et 24 % une fois par semaine.

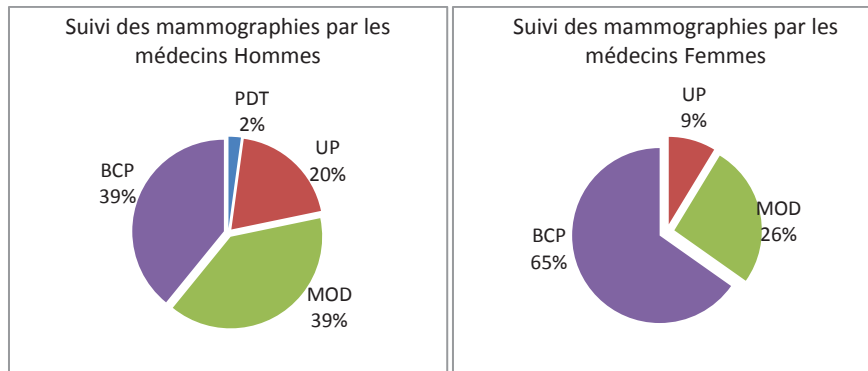


Commençons par le suivi des mammographies selon les recommandations :

Selon le sexe du médecin :

Les *hommes* médecins déclarent une pratique plutôt modérée en moyenne : 2 % « pas du tout », 20 % un peu, 39 % « modérément » et 39 % « beaucoup ».

Les *femmes* ont tendance à plus les suivre : 9 % « un peu », 26 % « modérément » et 65 % « beaucoup », et aucune ne les suit jamais.



Et du côté de la durée d'exercice en cabinet :

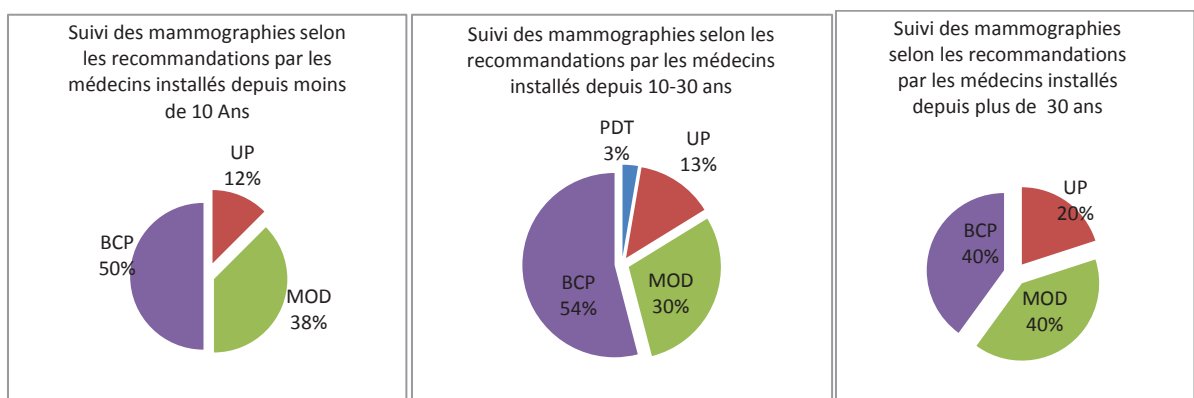
La pratique est plutôt bien équilibrée entre les différentes propositions et selon les différentes anciennetés d'installation.

« Pas du tout » n'est retrouvée que chez les 10-30 ans (3 %).

« Un peu » : 12 % des moins de 10 ans, 13 % des 10-30 ans et 20 % des plus de 30 ans.

« Modérément » : respectivement 38 %, 30 % et 40 %.

« Beaucoup » : 50 %, 54 % et 40 %.

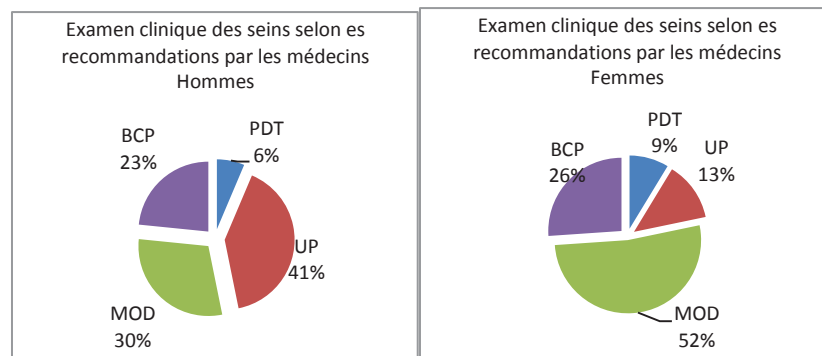


Et enfin l'examen mammaire régulier selon les recommandations :

Selon le sexe du praticien :

Les hommes sont 6% à ne « pas du tout » en pratiquer, « un peu » 41 %, « modérément » 30 % et « beaucoup » 30 %.

Les femmes, quant à elles : « pas du tout » 9 %, « un peu » 13 %, « modérément » 52 %, « beaucoup » 26 %.



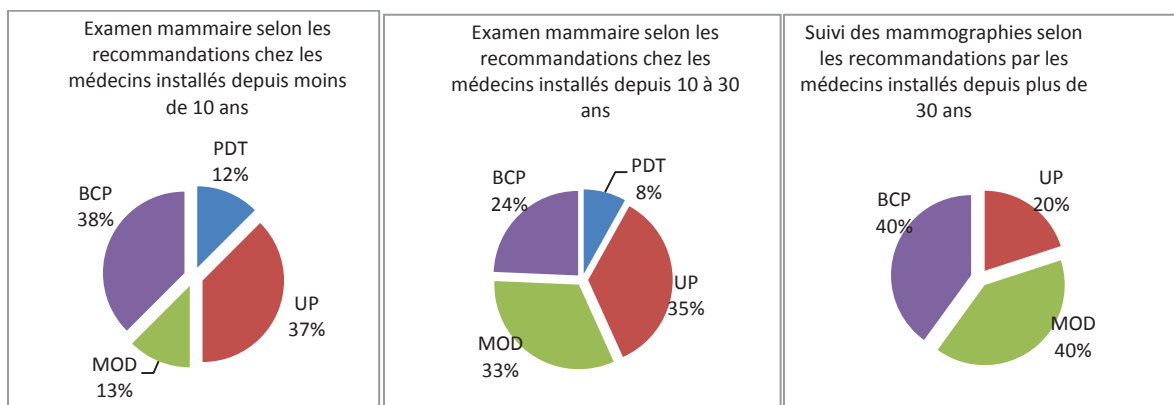
Selon leur durée d'exercice :

La réalisation de l'examen mammaire est plutôt bien équilibrée en fonction des différentes catégories.

Les moins de 10 ans d'exercice : pas du tout 12 %, au moins une fois par an 37 %, une fois par mois 13 % et une fois par semaine 38 %.

Entre 10 et 30 ans d'installation : 8 % pas du tout, 35 % « un peu », 33 % »modérément » et 24 % « beaucoup ».

A plus de 30 ans d'exercice, nous retrouvons 20 % en réalisant « un peu », 40 % « modérément » et 40 % « beaucoup » (aucun n'en pratiquent « pas du tout »).



F- Les aspects financiers

a. Les honoraires des spécialistes en gynécologie-obstétrique/ gynécologie

Concernant la question relative à ce sujet, nous avons reçu 66 réponses, soit 4 non répondants, avec pour résultats 36 (54 %) ayant eu un retour d'honoraires élevés chez les spécialistes en la matière selon les patientes, et 30 (45 %) pour lesquelles ce n'est pas le cas.

Soit une différence ne paraissant pas significative.

G- Les commentaires

Les commentaires ci-dessous sont issus de la dernière partie du questionnaire, repris dans leur intégralité, et classés selon le sujet traité.

1. La consultation de gynécologie prend du temps, en plus des motifs de consultation habituels, et la rémunération de la consultation est jugée trop faible au vu du temps passé

« J'ai longtemps fait des frottis cervico-utérins et des consultations de gynécologie de dépistage, et des prélèvements locaux à visée infectieuse, etc... Mais grosse perte de temps pour une cotation inexistante : temps avant la consultation, pendant les actes, après les actes, pour rendre le cabinet accessible aux patients suivant de médecine générale ».

« En tant que généraliste, il m'arrive souvent, chaque semaine ou presque, de consacrer une heure voire plus pour les 23 euros réglementaires : je le fais parce que je crois que c'est alors utile et que je le décide au cas par cas et que j'y apporte une spécificité. »

« Je serais ravi de faire de la gynécologie comme dans le passé si on nous donnait les moyens de temps, de sécurité, de matériel et de rémunération. »

« Ça prend du temps. »

« Manque de temps et difficulté d'organiser des RDV dédiés. »

« Difficile de trouver le temps de réaliser certains actes dans le cours d'une demi-journée de consultation ».

« La consultation du médecin généraliste comportant en moyenne 2,4 motifs de consultation à un tarif ridiculement bas ne se prête pas non plus à cette pratique, sauf à la pratique de manière quasi-exclusive. »

« Pas le temps pour les examens gynécologiques, non rémunérés, plus de pratique depuis les débuts, bon gynéco en ville disponibles. »

« Beaucoup de mes patientes ont longtemps regretté, et ont longtemps demandé à ce que je le fasse « quand même », maintenant j'envoie chez le gynécologue, même si je sais qu'elles n'en ont pas envie, j'insiste, j'en reparle ; mais non, vu les risques médico-légaux et les obligations (matériels, gestion des dates de péremption, traçabilité, équipements...) et les honoraires (je suis en secteur 1) ridicules : non, pas question et je ne regrette pas ».

« Les facteurs financiers et temps et contraintes ne sont pas les seuls critères pour refuser les actes de gynécologie : c'est le côté méprisant qu'il y a à nous rémunérer si peu ou pas du tout. Donc comme c'est facile d'avoir un rdv gynéco ailleurs où ce sera fait très bien (et pour beaucoup plus cher : ce qui est légitime), je n'hésite pas. »

« L'examen gynécologique est parfois couplé à une autre consultation, ce qui rend le temps passé mal rémunéré. »

« Activité du médecin généraliste à part entière non ou peu exercé du fait de la non reconnaissance financière de l'acte/temps de consultation. »

« Ce n'est pas un problème d'argent, mais sans secrétaire, avec les gants et le matériel à gérer, et le téléphone qui sonne, et la patiente en position gynécologique, cela me semble difficile, sans compter qu'après la consultation et le frottis, on entend « au fait je ne suis pas venue pour cela, j'ai aussi ça et ça ». Si c'est pour faire de la gynécologie en plus des 3,5 motifs de consultation que les patientes évoquent par consultation pour 23 euros, alors que je n'ai aucune affinité avec cette discipline, c'est non. Pourquoi pas un brushing aussi ? »

« Les limites de la pratique des actes de gynécologie par le généraliste en semi-rural sont aussi le manque de temps et le coût du matériel rapporté à la rémunération de l'acte... »

« Le suivi gynécologique pour les patientes non adressées par leur médecin traitant pose un problème de cotation, même si on adresse un courrier de retour au médecin traitant. »

2. La présence d'un autre professionnel de santé impliqué dans le suivi gynécologique des femmes limite la pratique des médecins généralistes dans ce domaine

« Pour l'obstétrique, c'est toujours un plaisir, mais manque de temps, je travaille en étroite collaboration avec la sage-femme et je suis très informé sur la nutrition et l'allaitement. »

« La plupart des femmes ont un gynécologue qui les suit, ce qui limite grandement la pratique du généraliste, sauf s'il prend lui-même, par affinité et goût, cette orientation. Par contre, pratiquant l'homéopathie, je vois souvent des femmes en péri ou en ménopause qui refusent un traitement hormonal classique et se tournent vers une alternative phyto ou homéopathique. »

« Dans le quartier (aisé), quasiment toutes les patientes ont leur gynécologue et souvent emmènent leur fille chez leur gynéco. »

« La présence de gynécologue. L'évolution sociétale qui fait qu'on consulte le spécialiste d'organe qui est le « sachant ».

« Pas de consultation gynéco. 95 % des patients sont suivies par un gynécologue. »

« Manosque bien pourvu en gynécologue. »

3. L'aspect médico-légal lié à certains gestes est un obstacle supplémentaire

« Je faisais, je ne fais plus de frottis. Je fais moins la palpation des seins. Sur ces deux points car j'ai peur au niveau médico-légal depuis que je n'ai plus de secrétaire et depuis que j'ai une consœur dans l'enceinte du cabinet ».

« Ne fais plus de frottis et ne pose plus de DIU, notamment du fait du risque médico-légal. »

« Frein médico-légal pour l'avortement médical ».

4. La formation doit être complétée

« La FMI est incomplète doit être complétée par la FMC. »

« J'ai fait un DIU pour les MG en 2008, mais le stage a été compliqué à mettre en place, donc pas d'apprentissage des techniques pour les DIU et les Implanon, c'est dommage. »

« Je ne me sens pas suffisamment formée et informée pour ce suivi. Les gynécologues locaux sont généralement disponibles pour voir les patientes, y compris en urgence. »

5. La réalisation d'actes techniques est limitée, mais n'empêche pas l'information lorsque le sujet est évoqué

« Pas de réalisation d'avortement médical, mais sa prescription est faite. »

« Pour les implants, ne pratique pas mais informe. »

« Pour les DIU, pas d'écho disponible et isolée, donc n'en pose pas. »

« Moins on réalise d'acte et plus il devient difficile de les faire. »

6. L'examen gynécologique nécessite du matériel spécifique pour être réalisé dans de bonnes conditions

« Je ne suis pas équipé pour réaliser un examen gynécologique dans de bonnes conditions (je n'ai pas d'étrier sur ma table d'examen) mais je le fais quand même dans des situations d'urgence. Il m'est déjà arrivé dans le passé de suivre des grossesses ou de réaliser des frottis. »

7. Limites à certaines pratiques pour certains médecins

« Ne prescris pas les THS ». »

8. Le sexe du médecin joue aussi dans la décision des femmes à être suivies ou non par leur médecin généraliste

« Appréhension des femmes à être examinées par un homme. »

« Les femmes préfèrent voir des médecins femmes. »

9. Le manque de connaissance des compétences du généraliste par les femmes est un frein à la réalisation de suivi gynécologique

« La connaissance de la compétence du généraliste en la matière dépend des générations, les patientes âgées sont suivies sans problème, les jeunes ne sont pas au courant en général que leur généraliste peut les suivre. »

10. L'absence de volonté de suivi par les femmes elles-mêmes est en soi une cause évidente de non prise en charge sur ce plan

« Elles sont suivies quand elles le veulent, donc trop rarement (montagne !) »

11. A côté de ces points négatifs, certains médecins pratiquent largement la gynécologie en cabinet

« Je fais de la gynécologie depuis mon installation. J'ai appris à faire les frottis à Lacassagne, la gynéco avec qui je travaille m'a appris à poser les stérilets, j'ai fait les formations pour la surveillance de la grossesse, pour la pose de l'implant et pour la contraception. Les patientes sont souvent étonnées de voir que je peux les surveiller, mais je respecte leur désir. Souvent elles m'envoient leurs amies quand elles sont contentes. »

Discussion

1. Analyse de l'étude réalisée

a. Les biais

Nous avons tenté de les limiter au maximum.

Cependant il en subsiste certains :

Liés au mode de randomisation : effectuée à partir du site du CNOM, qui ne recense pas l'ensemble des professionnels en activité ; nous n'avons donc pas eu accès à la totalité de la population source. De plus, la notification de la retraite ou des activités spécifiques n'apparaissent pas toujours dans les critères d'exercice du listing. Ce motif a été à l'origine de 20 exclusions après contact téléphonique.

Ce type de sélection possède également un autre biais, à savoir que les médecins réponders peuvent être ceux qui sont plus motivés par ce domaine d'exercice, ou plus intéressés par la gynécologie-obstétrique que les autres. Un tel biais est intrinsèque à toute étude reposant sur le volontariat des participants.

Liés au questionnaire : le formulaire Word a pu poser problème pour certains envois, le questionnaire n'étant pas lisible pour quelques praticiens (« *ne s'ouvre pas sur ma tablette tactile* », « *n'enregistre pas mes réponses* »), ce qui limite le nombre de réponses reçues. Une dizaine de participants ont abandonné le projet par difficulté technique. Le nombre de réponses exploitables est donc devenu plus limité (10 réponses « perdues » de fait, après récupération de certains questionnaires par téléphone).

Liés aux modalités de réponse : afin de pallier à ces réponses perdues, 7 questionnaires ont été réalisés par téléphone (ramenant de 17 à 10 le nombre de réponses inexploitables). Le questionnaire était suivi scrupuleusement, avec une notification des commentaires éventuels survenant en cours d'entretien dans la partie « commentaires libres ».

b. Les points forts

Le taux de réponses exploitable est correct, puisque correspondant à 44 % des médecins ayant accepté de participer à l'étude.

Le panel final répondeur, avec réponses exploitables, est de 70 médecins, permettant d'obtenir des résultats relativement significatifs.

Les effectifs obtenus par subdivision du panel, pour étude des différents facteurs en fonction de la durée d'exercice, du sexe, du secteur d'exercice, restent suffisamment importants pour être utilisés.

L'étude est originale de par sa transversalité et l'ensemble des critères étudiés, tant sur le plan des pratiques que sur celui des obstacles (après étude des différents travaux ayant trait au même sujet).

L'envoi du questionnaire par mail après acceptation des médecins randomisés sur un site national permet de limiter les biais de sélection. En effet, nous ne nous basons pas que sur un panel d'abonnés à une certaine revue, ou de médecins enseignants par exemple (ce qui limite de fait les réponses à une population source différente de celle visée, et représente une population souvent sollicitée pour les travaux de thèse notamment). Nos résultats pourraient être transposables à la plupart des populations médicales généralistes de France métropolitaine ayant le même profil de distribution de population générale et de médecins.

Le format Word du questionnaire offre également, outre les difficultés pratiques, la possibilité d'une anonymisation totale et un contrôle sur les données récoltées (pour exemple, les formulaires sur internet sont soumis à une règle de partage des données, avec une possible récupération des résultats pour d'autres fins...).

c. L'originalité de ce travail

Ce travail est le seul retrouvé (après recherche bibliographique sur les catalogues SUDOC et CISMEF) à étudier à la fois les pratiques et les obstacles chez les médecins généralistes en PACA, avec un croisement des données. Cela permet d'obtenir des résultats complets sur les sujets qui nous intéressent, et notamment les pratiques en termes de dépistage et de prévention, essentiels dans notre système de santé actuel.

Beaucoup de travaux de recherche, et notamment des thèses d'exercice pour le diplôme de Docteur en Médecine, ont porté sur la pratique de la gynécologie-obstétrique par le généraliste.

Ceux-ci étudiaient de façon ciblée soit un type de pratique (les poses de DIU, les suivis de grossesse...), soit les obstacles dans une population de médecins préétablie. Les points de vue obtenus étaient ceux des médecins et/ou des patientes, au travers d'études qualitatives ou quantitatives.

De plus, les politiques actuelles souhaitent démocratiser certaines pratiques comme le frottis : au décours de la 10^e semaine européenne de prévention du cancer du col de l'utérus en janvier 2016, une nouvelle campagne d'information et de sensibilisation à cette technique de dépistage a eu lieu auprès des femmes françaises (notamment après 45 ans), des généralistes et gynécologues.

Une réflexion est faite sur la possibilité d'un dépistage de masse organisé, comme pour le sein, déjà bien installé dans nos pratiques nationales.

2. Les conclusions à en tirer

a. Les résultats notables

- Les caractéristiques des médecins interrogés :

Nous retrouvons plus d'hommes que de femmes dans le panel (47 contre 23, soit 32,8 % de femmes), ce qui est en dessous de la réalité actuelle (la proportion au niveau national est de 45,9 % de femmes).

Les secteurs d'exercices sont eux plutôt bien répartis et sont le reflet de la répartition des médecins généralistes en France (38 urbains, 20 semi-ruraux et 12 ruraux).

La durée d'exercice en cabinet est, elle, surtout représentée par les 10-30 ans. Les moins de 10 ans d'exercice sont les moins présents. A noter que nous avons une prédominance franche de femmes dans le groupe des moins de 10 ans d'exercice (6 sur 8), ce qui peut expliquer la redondance des résultats en fonction de l'analyse de ces deux critères (« femmes » et « moins de 10 ans »).

- Les pratiques :

Au niveau général :

Les gestes apparaissent plutôt comme peu réalisés (Frottis 61 % « pas du tout », DIU 83 % « pas du tout », et implants 83 % « pas du tout »). A noter que lorsque ceux-ci sont réalisés, ils le sont avec une faible fréquence, notamment pour les DIU et implants (parmi ceux qui déclarent en pratiquer, respectivement 65 % et 76 % d'entre eux le font moins d'une fois par mois). Ainsi nous pouvons nous poser la question de la fiabilité d'actes pratiqués rarement...

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

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

Les autres pratiques sont plutôt « un peu » et « modérément » réalisées, sauf le suivi de grossesse à 36 % « pas du tout » en cabinet de médecine générale.

Enfin les avortements sont à part, car un seul médecin a déclaré en pratiquer « modérément ». Cela peut s'expliquer par la nécessité d'appartenir à un réseau spécialisé, et donc un exercice à orientation spécifique.

Si l'on prend maintenant en compte les résultats des commentaires libres, nombreux sont ceux qui déclarent effectuer ou vouloir effectuer de la gynécologie, lorsque cela le nécessite, mais ils ont une tendance à se limiter dans cette optique devant les nombreux obstacles qui se dressent entre eux et la gynécologie.

Ainsi, les pratiques majoritaires sont les mammographies et la vaccination anti-HPV. Puis suivent la contraception, l'examen clinique mammaire, les infections génitales et la ménopause. Les pratiques peu réalisées sont les avortements, les gestions des DIU et implants, puis les frottis.

En fonction du *sexe du médecin* :

Les gestes sont plutôt globalement moins pratiqués par les hommes que par les femmes médecins. Notamment les frottis, pour lesquels 72 % d'hommes n'en réalisent pas, contre 39 % de femmes (et 52 % qui en réalisent plus d'une fois par mois). Les DIU sont également plus gérés par les femmes (70 % pas du tout contre 89 % pour les hommes).

Les suivis de mammographies sont plus fréquemment réalisés par les femmes (78 % plus d'une fois par mois pour les hommes dont 40 % « beaucoup » contre 91 % pour les femmes avec 65 % « beaucoup »). Les vaccinations anti-HPV sont similaires, bien que les vaccins soient plus fréquemment réalisés par les hommes sans être franchement significatif (64 % plus d'une fois par mois à prédominance « beaucoup » pour les hommes contre 65 % pour les femmes à prédominance de « modérément »).

Il en est de même pour les infections génitales, plus souvent prises en charge par les hommes (58 % plus d'une fois par mois à prédominance de « beaucoup » et les femmes 57 % à prédominance « modéré »).

L'examen mammaire régulier est également plus réalisé par les femmes (78 % plus d'une fois par mois contre 53 %).

Les troubles gynécologiques sont plus suivis par les femmes (74 % plus d'une fois par mois contre 34 %).

Les autres différences de pratiques sont moins flagrantes.

En somme, les femmes ont tendance à réaliser plus d'actes de gynécologie, notamment les gestes techniques que sont les frottis et les DIU, ainsi que les mammographies, les examens mammaires, les troubles gynécologiques et la contraception. Les hommes ont plus tendance à prendre en charge la vaccination anti-HPV et les infections génitales.

Selon la *durée d'installation* :

Les moins de 10 ans d'exercice ont plutôt tendance à plus gérer les contraceptions (38 % d'entre eux en font « beaucoup » contre 27 % chez les 10-30 ans et 8 % chez les plus de 30 ans).

Le suivi de grossesse est plus fréquent chez les moins de 10 ans (tous en pratiquent, contre 42 % « pas du tout » pour les 10-30 ans et 40 % pour les plus de 30 ans).

L'inverse est retrouvé pour les implants, les moins de 10 ans étant à 88 % dans la tendance « pas du tout » contre 72 % pour les plus de 30 ans, 5 % « un peu » contre 24 % pour les plus de 30 ans).

Les frottis sont plutôt pratiqués par les deux extrêmes, avec une légère prédominance pour les moins de 10 ans.

Plus la durée d'exercice augmente, plus les pratiques concernant l'examen mammaire et les troubles entourant la ménopause sont pris en charge avec une plus grande fréquence.

Le suivi de la sexualité a une plus grande part chez les 10-30 ans (35 % « un peu » et 43 % « modéré ») sans franche significativité sur le résultat global.

Nous n'objectivons pas de différence franche en ce qui concerne les mammographies et la vaccination anti-HPV qui sont bien représentées, les troubles gynécologiques et les infections génitales (pratique mitigée), et l'avortement au contraire très peu pratiqué.

Ainsi, ce qui tourne autour de la grossesse et la contraception concerne plutôt les moins de 10 ans et la sexualité est un peu plus suivie chez les 10-30 ans. L'examen mammaire et les implants sont plus représentés chez les moins de 10 ans d'exercice, alors que la prise en charge des troubles liés à la ménopause l'est plus à mesure que la durée d'exercice augmente. Les frottis sont plus réalisés par les deux extrêmes avec une majorité de plus de 30 ans. Mammographies et vaccination sont équitables et plutôt bien suivies.

En fonction du *secteur d'activité* :

Les urbains sont plus représentés en ce qui concerne la vaccination anti-HPV (42 % « beaucoup » contre 25 % pour les deux autres catégories, bien que la réponse plus d'une fois par mois soit similaire à celle du groupe de ruraux).

Les autres pratiques sont plutôt prévalentes chez les ruraux : contraception à 50 % beaucoup (et 92 % plus d'une fois par mois globalement), implants 33 % « un peu » et 8 % « modéré », DIU 38 % « un peu » et 8 % « modéré », les frottis (67 % plus d'une fois par mois contre 19 % pour les urbains et 25 % pour les semi-ruraux).

Les examens mammaires ressortent globalement plus fréquemment chez les ruraux (33 % « beaucoup » et 83 % plus d'une fois par mois), mais si nous ne comparons que la donnée « beaucoup », elle est comparable avec les urbains (32 %).

Les troubles gynécologiques sont de façon absolue plus suivis en secteur rural (75 % plus d'une fois par mois), mais la distribution des « beaucoup » est plus importante chez les urbains.

Les mammographies sont globalement bien suivies par tous les secteurs, bien que l'on observe une augmentation de celles-ci à mesure que l'on s'éloigne des villes

Les suivis de grossesse sont plus suivis à mesure que l'on s'éloigne du secteur urbain et notamment chez les ruraux (67 % plus d'une fois par mois, 37 % pour les semi-ruraux et 27 % pour les urbains). Cependant, les urbains sont les seuls à avoir déclaré à 11 % en pratiquer « beaucoup ».

La contraception d'urgence semble relativement équitable entre les secteurs, mais nous notons tout de même que les urbains et semi-ruraux déclarent « pas du tout » en prescrire à respectivement 24 % et 20 %, contre 0 % chez les ruraux.

Les examens mammaires, la ménopause et les infections génitales n'ont pas de prédominance franche dans un secteur particulier.

Ainsi les ruraux sont plus axés sur les gestes (DIU et implants), les frottis, la contraception de fond et d'urgence, les troubles gynécologiques et les suivis de grossesse. Les examens mammaires sont plus réalisés en secteur rural dans l'absolu, et quelques urbains en pratiquent plus que la moyenne. La ménopause est plus suivie en secteur rural et urbain. La vaccination est plus réalisée en milieu urbain mais sans significativité franche. Les mammographies sont plus suivies à mesure que l'on s'éloigne du centre-ville.

Selon la *distance d'un gynécologue ou d'une sage-femme* chez les semi-ruraux et ruraux :

Nous avons une prédominance des médecins à plus de 10 km pour ce qui concerne la contraception (88 % contre 53 % plus d'une fois par mois), les implants (47 % contre 93 % « pas du tout »), les DIU (53 % contre 93 % « pas du tout »), les frottis (24 % contre 73 % « pas du tout » et 59 % contre 26 % plus d'une fois par mois), les troubles gynécologiques (40 % contre 65 % plus d'une fois par mois), les infections génitales (71 % contre 54 %) et les suivis de grossesse (47 % plus d'une fois par mois contre 59 %).

A l'inverse, la vaccination est plutôt prévalente chez ceux installés à moins de 10 km (73 % contre 42 % plus d'une fois par mois).

Les autres catégories sont relativement similaires.

En somme, les médecins étant installés les plus éloignés de gynécologues ou de sages-femmes sont plus enclins à la gestion d'un plus grand nombre de motifs de consultation gynécologique (contraception, DIU et implants, frottis, suivis de grossesse, infections génitales). La vaccination est plus représentée chez ceux installés à moins de 10 km.

Selon *l'environnement* du cabinet :

La contraception est plus gérée chez les médecins installés en milieu défavorisé (81 % plus d'une fois par mois contre 69 % pour les intermédiaires et 58 % pour les aisés).

Les mammographies suivent plutôt une tendance inverse, à savoir qu'elles sont plutôt plus suivies à mesure que l'on évolue du milieu défavorisé (25 % beaucoup) vers un milieu aisé (61 % beaucoup).

L'examen mammaire est dans l'absolu plus réalisé en milieu défavorisé (75 % plus d'une fois par mois contre 53 % et 56 %), mais il l'est de façon plus fréquente en milieu intermédiaire (31 % beaucoup).

Les troubles gynécologiques sont plus fréquemment suivis en milieu intermédiaire (56 % plus d'une fois par mois).

La ménopause est relativement suivie de façon équivalente entre les trois catégories à plus d'une fois par mois (56, 44 et 61 %), mais une tendance est plus forte pour les milieux intermédiaires concernant la réponse « beaucoup » (22 % contre 0 et 11 %).

La grossesse est plus suivie en milieux défavorisé et intermédiaire (40 % et 39 % plus d'une fois par mois contre 22 % pour les milieux aisés).

La vaccination est réalisée plus fréquemment dans les milieux intermédiaires et aisés (64 % et 69 % plus d'une fois par mois contre 50 % pour les milieux défavorisés). Il en est de même pour les infections génitales.

Donc les médecins des milieux défavorisés prennent plus en charge la contraception. Les aisés sont plus orientés vers les mammographies et les infections génitales. Les intermédiaires gèrent plus les troubles gynécologiques et la ménopause. Les suivis de grossesse sont majoritaires chez les non-aisés, de même que les examens mammaires (avec une prédominance chez les défavorisés). La vaccination est plus fréquemment réalisée chez les intermédiaires et les aisés.

- **Les obstacles**

D'un point de vue général dans la population étudiée :

Les obstacles ressortant comme plutôt importants sont la présence d'un autre professionnel de santé (83,6 %) et sa proximité (51,5 %), le risque médico-légal (50 % beaucoup) et la réticence des patientes (47,1 %). Il s'agit donc de critères à la fois objectifs (autre professionnel de santé) et subjectifs (risque médico-légal réel et/ou fantasmé et réticence).

D'autres semblent à l'inverse plutôt ne pas être des obstacles pour les médecins interrogés : le coût du matériel (58,8 %), l'inconfort du praticien (52,9 %) et la rémunération des actes (47,1%).

Les autres obstacles cités ne ressortent pas de façon significative d'un côté ou de l'autre.

A contrario, si l'on observe les commentaires libres, les critères souvent interconnectés que sont la rémunération des actes et le temps passé sont très importants pour les praticiens questionnés. Ce résultat apparaît peu voire pas du tout dans le questionnaire (comme décrit ci-dessus, le critère « rémunération » fait partie des obstacles les moins importants). Nous pouvons donc en conclure, bien que le résultat ne soit pas chiffré, et donc non quantifiable ou comparable aux autres données, que les critères rémunération et temps passé sont importants pour les médecins interrogés. Le temps passé au cours d'une consultation de médecine générale est en effet non négligeable avec 3,6 motifs de consultation en moyenne. Si l'on surajoute le temps passé à l'examen gynécologique, la consultation s'en trouve d'autant plus longue. En effet, selon la thèse de P.BIDET datant de 2013⁴², un examen clinique gynécologique complet (palpation des seins, abdominale, pose de spéculum, toucher vaginal) est estimé à 5-10 minutes, la réalisation d'un frottis à 10 minutes, la pose d'un DIU à 15 minutes.

L'absence de qualification de la rémunération en tant qu'obstacle « chiffré », que l'on retrouve de façon importante dans les commentaires, peut être liée à un déni de son importance dans la pratique de la médecine générale, ou au manque d'envie de reconnaître celle-ci. Le médecin est voué à son exercice et le fait d'évoquer le côté pécuniaire peut être mal vécu.

La présence d'un autre professionnel de santé ressort dans ces commentaires comme étant importante.

De même, le risque médico-légal a été cité à plusieurs reprises, et la formation peut être ressentie comme incomplète. Le sexe du médecin joue également pour certains, ainsi que la méconnaissance des compétences du généraliste. Et bien entendu l'absence de volonté de suivi par les femmes elles-mêmes (quelle qu'en soit la raison) !

En somme, les principaux obstacles sont le temps passé à la consultation, la présence d'un autre professionnel de santé et sa proximité, le risque médico-légal, la réticence supposée des patientes et la rémunération des actes au vu du temps passé. A contrario, le coût du matériel et l'inconfort du praticien ne semblent pas freiner la pratique de gynécologie-obstétrique en cabinet de ville.

Selon le *sexe du médecin* :

La formation médicale continue est plus vécue comme un obstacle pour les femmes (57 % « beaucoup » contre 35 % pour les hommes, et à l'inverse 10 % contre 43 % de « un peu »).

Les hommes ont, eux, des freins semblant plus importants, à savoir la présence d'un autre professionnel de santé (85 % « beaucoup », contre 67 % chez les femmes), la méconnaissance du rôle des médecins (47 % contre 33%), la réticence des patientes (55 % contre 29 %), la rémunération des actes (45 % contre 21 %) et la proximité d'un autre professionnel de santé (55 % contre 40 %).

Les obstacles plutôt importants pour les deux sexes sont donc la présence d'un autre professionnel de santé, le risque médico-légal (51 % pour les hommes et 48 % pour les femmes en « beaucoup »).

Celui semblant plutôt non important pour le deux : l'inconfort.

Et enfin ceux dont la répartition ne semble pas être significative : la formation médicale initiale et le manque d'affinité pour la spécialité.

En somme, les femmes estiment que les principaux obstacles sont la présence d'un autre professionnel de santé, la formation médicale continue et le risque médico-légal. Pour les hommes, ressortent la présence d'un autre professionnel, la réticence des patientes, la proximité des professionnels de santé et le risque médico-légal. A l'inverse, ne sont pas des obstacles pour les femmes la rémunération, l'inconfort et le coût. Pour les hommes, le coût.

En fonction de la *durée d'exercice en cabinet* :

Les obstacles ressortant comme majeur pour les moins de 10 ans sont les notions de formation initiale (50 % beaucoup contre 39 % et 38 % pour les 10-30 ans et plus de 30 ans), et continue (75 % contre 39 % et 33 %), alors que celles-ci sont censées être les plus récentes pour eux... Sont-elles alors suffisantes ?

La présence d'un autre professionnel de santé est un obstacle majeur pour tous (50 % < 10 ans, 80 % 10-30 ans et 88 % > 30 ans). Sa proximité est vécue comme tel surtout pour les moins de 10 ans (50 %) et les plus de 30 ans (82 %).

La méconnaissance par les patientes est vu comme un frein par 58 % des plus de 30 ans, et à l'inverse ne l'est pas pour 50 % des moins de 10 ans. La réticence des patientes l'est également pour les plus de 30 ans (63 % de « beaucoup »). Le changement de vision de la médecine et des médecins par les patientes a probablement évolué depuis ces dernières années, avec une modification de regard porté sur les pratiques réalisées, et le retour auprès des médecins.

Le risque médico-légal est plutôt un frein pour les 10-30 ans (50 %), et les plus de 30 ans (54 %).

Ne sont plutôt pas vécus comme des obstacles l'inconfort, le manque d'affinité, le coût du matériel et la rémunération des actes.

Ainsi, les obstacles pour les moins de 10 ans d'exercice sont surtout les formations médicales continue et initiale, la présence d'un autre professionnel de santé et sa proximité. A l'inverse, ne le sont pas la méconnaissance des compétences du généraliste, le manque d'affinité, l'inconfort, le coût et la rémunération. Les 10-30 ans ont, eux, pour principaux obstacles la présence d'un autre professionnel et le risque médico-légal, et au contraire nous n'y trouvons pas l'inconfort, le coût. Les plus de 30 ans déclarent être plutôt freinés par la présence d'un autre professionnel de santé et sa proximité, la méconnaissance des compétences du généraliste, la réticence des patientes, le manque d'affinité et le risque médico-légal. Le coût n'est pas vécu comme tel.

Selon le *secteur d'activité* :

La formation médicale initiale paraît être plutôt un obstacle pour les semi-ruraux (50 %) et la formation continue pour les ruraux (58 %).

La présence d'un autre professionnel de santé est sans surprise un obstacle, surtout pour les urbains (92 %) et les semi-ruraux (80 %), contrairement aux ruraux (36 %). Il en est de même pour sa proximité (63 % pour les urbains et 47 % pour les ruraux).

La méconnaissance semble plus importante pour les semi-ruraux (50 %), ainsi que la réticence des patientes, l'inconfort (55 % pour les semi-ruraux, à l'inverse des autres catégories pour lesquelles il n'est plutôt pas un obstacle) et le manque d'affinité (50%).

Le risque médico-légal ressort surtout pour les urbains (53 %) et les semi-ruraux (55 %), contrairement aux ruraux (50 % ne le voient pas comme un obstacle).

Le coût et la rémunération ne sont pas des obstacles importants pour les 3 catégories, et cela s'observe de façon plus marquante à mesure que l'on s'éloigne des villes (Coût n'est pas vécu comme obstacle pour 53 %, 50 % et 92 % d'entre eux ; Rémunération pour 50 % des semi-ruraux et 83 % des ruraux). Nous pouvons toutefois noter que la rémunération pour les urbains paraît plutôt être un obstacle (47 % le voient comme tel).

Donc, les obstacles majeurs pour les urbains sont la présence d'un autre professionnel de santé et sa proximité, le risque médico-légal et la rémunération. Ne le sont pas l'inconfort et le coût. Pour les semi-ruraux, nous retrouvons comme obstacles principaux la présence d'un autre professionnel, la réticence des patientes, la FMI, l'inconfort, le risque médico-légal, la méconnaissance du rôle du médecin et le manque d'affinité. Le coût n'en est pas un. Et enfin les ruraux, qui ne déclarent être freinés que par leur FMC, et au contraire ne le sont pas par le coût, la rémunération, l'inconfort et le manque d'affinité.

Selon *la distance du cabinet* avec celui d'un autre professionnel de santé, chez les semi-ruraux et ruraux :

La majorité des autres obstacles ne sont plutôt vécus comme tels que par les médecins à moins de 10km : formation médicale initiale (60 % des médecins à moins de 10 km), la présence d'un autre professionnel de santé (87 %), la méconnaissance (67 %) et la réticence des patientes (67 %), et le risque médico-légal (53 %).

Le manque d'affinité n'a quant à lui pas de tendance majoritaire pour les deux, de même que la quasi-totalité des propositions pour les médecins à plus de 10 km qui n'objectivent pas d'obstacle majeur.

Enfin, ceux paraissant être des obstacles minimes pour les plus éloignés sont l'inconfort (64 %), la rémunération et le coût du matériel (82 %).

Par conséquent, les obstacles importants pour ceux exerçant à moins de 10 km d'un cabinet de gynécologue ou de sage-femme sont la présence d'un autre professionnel de santé, la méconnaissance des compétences, la réticence des patientes, la FMI et le risque médico-légal. Pour ceux à plus de 10 km, aucun obstacle ne ressort comme important bien que le risque médico-légal soit notable. Comme « non-obstacles » nous leur trouvons le coût, l'inconfort et la rémunération.

En fonction de *l'environnement* du cabinet médical :

La formation médicale initiale ne ressort pas d'une façon ou d'une autre dans les différents sous-groupes.

La formation continue apparait comme plutôt importante chez les médecins exerçant en milieu défavorisé (50 %) contrairement au milieu aisé (50 % ne le voient pas comme obstacle).

La présence d'un professionnel de santé est un obstacle important pour les trois catégories (81 % pour les défavorisés, 71 % pour les intermédiaires, 94 % pour les aisés), ainsi que sa proximité pour les intermédiaires et aisés.

La méconnaissance semble prédominer dans les milieux plus défavorisés (50 %) et intermédiaires (47 %). La réticence plutôt chez les aisés (50 %) et les défavorisés (56 %).

L'inconfort penche plutôt vers une importante place pour les défavorisés (63 %) à l'inverse des aisés (90 % ne le voient pas comme tel) et des intermédiaires (65 %).

Le manque d'affinité ne ressort chez aucun groupe.

Le risque médico-légal semble prédominer dans les groupes des défavorisés et des intermédiaires (56% pour les deux le voient comme important).

A l'inverse, coût et rémunération ne sont pas des obstacles dans les groupes intermédiaires et aisés (coût 68 et 67 % le voient comme non-obstacle, et rémunération respectivement 53 et 56 %).

Ainsi, les obstacles les plus importants pour les médecins exerçant en milieu défavorisé sont la présence d'un autre professionnel de santé, l'inconfort des praticiens, la réticence des patientes, la méconnaissance des compétences des généralistes, le risque médico-légal et la FMC. Pour les intermédiaires, ressortent la présence d'un autre professionnel, sa proximité, le risque médico-légal et la méconnaissance des compétences du généraliste. Ne le sont pas pour eux l'inconfort, le coût, la rémunération des actes et le manque d'affinité. Et enfin les médecins exerçant en milieux aisés présentent comme principaux obstacles la présence d'un autre professionnel de santé et sa proximité et la réticence des patientes. A l'inverse, ne le sont pas pour eux l'inconfort, le coût et la rémunération.

Les obstacles selon la *pratique des différents gestes* :

Si l'on compare les proportions des obstacles proposés en fonction de la pratique ou non des frottis/DIU/Implants, nous obtenons quelques différences.

La formation semble plus être un obstacle chez les médecins ne gérant que les frottis (FMC, 62 %) et ceux ne réalisant aucun geste (FMI, 46 %).

La présence d'un autre professionnel de santé et sa proximité ressort surtout chez ceux ne pratiquant aucun geste (88 % et 59 %). Ceux ne pratiquant que les frottis semblent également impactés (62 % pour un autre professionnel et 54 % pour sa proximité).

Le risque médico-légal est majoritaire chez ceux qui gèrent plusieurs gestes (50 %) ou aucun (66 %).

L'aspect financier de la rémunération n'est retrouvé que chez ceux n'en pratiquant aucun (54 %), de même que le manque d'affinité (46 %) et la réticence supposée des patientes (66 %).

En somme, les médecins ne pratiquant que les frottis ressentent comme principaux obstacles à leurs pratiques la FMC, la présence d'un autre professionnel de santé et sa proximité. Ceux qui gèrent les frottis, les DIU et/ou les implants déclarent être freinés principalement par le risque médico-légal. Et enfin ceux qui n'en pratiquent pas du tout ont comme obstacle majeur la présence d'un autre professionnel de santé, sa proximité, la réticence des patientes, et la rémunération des actes.

En résumé des résultats énoncés ci-dessus, nous observons que les pratiques les plus fréquentes sont, dans un ordre décroissant, les mammographies, la vaccination anti-HPV, la contraception, l'examen clinique mammaire, la gestion des infections génitales et la ménopause. A l'inverse les gestes les moins réalisés sont les DIU et les implants, puis les frottis.

Les obstacles les plus nommés sont dans l'ordre, le manque de temps, la présence d'un autre professionnel de santé et sa proximité, le risque médico-légal, la réticence des patientes, la méconnaissance des compétences du médecin généraliste et la rémunération. A contrario, le coût et l'inconfort ressortent peu à la fois du QCM et des commentaires libres.

Les actes de prévention et dépistage que sont les mammographies et la vaccination anti-HPV sont globalement bien représentés dans la population globale, étant les pratiques majeures. Cependant nous observons que les mammographies sont plus suivies à mesure que l'on s'éloigne des villes, et que le milieu environnant est aisé. La vaccination est, elle, moins fréquemment réalisée chez les moins de 10 ans d'expérience en cabinet, et plus chez les hommes et les milieux intermédiaires et aisés.

La contraception est la troisième pratique en termes de fréquence, plus représentée chez les femmes médecins, les moins de 10 ans, en secteur rural et à plus de 10 km, et en secteur défavorisé.

L'examen clinique mammaire est la quatrième pratique par ordre de fréquence dans notre panel. Elle ressort surtout chez les femmes, les moins de 30 ans d'exercice, les ruraux, les milieux défavorisés et intermédiaires.

Les infections génitales sont les cinquièmes pratiques réalisées, légèrement prédominantes chez les hommes. Le nombre d'hommes dans le panel peut expliquer cette bonne position de la pratique. On les retrouve également plus souvent prises en charge dans les milieux aisés et ceux à plus de 10 km d'un autre professionnel.

Les actes peu représentés sont notamment les frottis, ressortant surtout chez les femmes médecins, les moins de 10 ans et plus de 30 ans d'exercice, les ruraux et ceux exerçant à plus de 10 Km.

Les autres actes techniques (DIU et implants) sont peu réalisés en général. Ils le sont majoritairement par les femmes, les plus de 30 ans d'exercice, les ruraux et les plus éloignés.

Entre deux, nous retrouvons les suivis de grossesse, effectués un peu plus par les femmes médecins, les moins de 10 ans d'exercice, les ruraux et une proportion d'urbains non négligeable effectuant ce suivi fréquemment, les milieux défavorisés et intermédiaires.

La ménopause ne ressort prévalente que pour les plus de 30 ans d'exercice et de façon moindre pour les 10-30 ans, ainsi que pour les médecins exerçant en milieu aisé et ceux installés en milieu rural.

Les troubles gynécologiques ressortent surtout pris en charge par les femmes médecins, les ruraux, ceux à plus de 10 km, et les intermédiaires.

La contraception d'urgence n'a de différence franche que pour les ruraux qui en gèrent en plus grand nombre.

La sexualité est de pratique intermédiaire, retrouvée de façon légèrement plus importante chez les 10-30 ans.

Les avortements sont à part, puisque non pratiqués par l'immense majorité des médecins questionnés, et répondant à des règles d'exercice strictes et particulières.

En termes d'obstacles, la présence d'un autre professionnel de santé apparaît sans surprise chez les médecins installés en milieu urbain et à moins de 10 km, mais également chez ceux qui ne pratiquent aucun geste technique. La distinction n'est pas franche selon les autres caractéristiques d'exercice, mais sa prévalence toujours importante.

Le risque médico-légal est cité de façon importante sans distinction dans les deux sexes, chez les plus de 10 ans d'exercice, les non ruraux et les non aisés. Il l'est également par ceux pratiquant tous les types de gestes techniques ou aucun.

La réticence des patientes, 3^e obstacle cité le plus souvent, est surtout retrouvé chez les hommes médecins, les plus de 30 ans d'expérience (sans surprise, les hommes étant majoritaires dans cette catégorie), les semi-ruraux (même constat), ceux à moins de 10km, en milieu modeste, et ceux ne pratiquant aucun geste technique.

La rémunération ne ressort de façon franche que chez les médecins installés en milieu urbain, à moins de 10 km, et ceux ne pratiquant aucun geste technique. A noter que les commentaires, anonymes, notent ce problème de façon plus importante que dans le QCM, et il y est souvent corrélé au temps passé pour ces consultations spécialisées.

Le temps passé est clairement un obstacle pour les médecins questionnés, au vu des réponses en commentaires libres. Entre les divers motifs de consultation et le temps nécessaire à un bon examen gynécologique, la consultation s'étalerait sur les plages horaires suivantes, ce qui n'est pas compatible avec une activité régulée par des rendez-vous qui s'enchainent. Il faudrait ainsi prévoir une plage horaire plus importante pour s'occuper d'un motif de consultation gynécologique, mais encore faudrait-il que la patiente ait indiqué ce motif lors de la prise de rendez-vous...

La FMI pose problème surtout pour les moins de 10 ans, les semi-ruraux, ceux à moins de 10 km.

La FMC, elle, se retrouve plutôt chez les femmes, les moins de 10 ans, les ruraux, les milieux défavorisés, et ceux ne pratiquant que les frottis en tant que geste.

b. La mise en relation avec des travaux antérieurs

De nombreuses études ou thèses, notamment de médecine générale, ont porté sur le domaine de la gynécologie-obstétrique en médecine générale ces dernières années, montrant l'attrait et l'intérêt des médecins pour cet exercice particulier et cette relation parfois à part avec les patientes suivies.

S.DIAS⁴³ a ainsi montré que d'un point de vue général, 32,9 % de son panel effectuait moins de 5 % d'activité en gynécologie-obstétrique et 11,8 % était à plus de 20 % d'activité. Le nombre moyen d'actes de médecine générale se situait en majorité entre 100 et 149/semaine. Il n'était pas démontré de différence de pratique selon la distance avec le gynécologue et le secteur d'activité, alors que les médecins de 30-39 ans semblaient en réaliser un plus grand nombre. Les contextes de consultation étaient principalement l'urgence, la demande de la patiente, et le suivi régulier. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient dans l'ordre décroissant la contraception, les douleurs pelviennes, les pathologies infectieuses, la grossesse, la ménopause, le suivi régulier, les métrorragies, les aménorrhées et les pathologies mammaires. Les frottis étaient réalisés par 56 % des femmes et 28 % des hommes, les examens mammaires/mammographies/vaccinations anti-HPV à plus de 95 % dans les deux sexes. 11,8 % posaient des DIU, 10 % des implants. Les THS étaient suivis par 84 % des médecins.

Notre travail a de son côté montré une tendance de pratique plus importante par les médecins femmes pour ce qui concerne les gestes techniques (DIU, implants, frottis), la contraception, les examens mammaires et les troubles gynécologiques ; et la vaccination anti-HPV plutôt par les hommes. Il en est de même pour les secteurs, avec une prédominance concernant la vaccination pour les urbains. Les ruraux réalisent plus de suivis de contraception, DIU/implants, frottis, troubles gynécologiques, examens mammaires et grossesses. Les résultats sont cependant similaires en termes de proportions de pratiques par sexe pour les frottis, pose de DIU et implants.

Pour ce qui est des freins exposés dans son étude, ont été mis en évidence de façon décroissante la présence d'un gynéco-obstétricien à proximité, le manque de temps (surtout chez les femmes), le manque d'intérêt, le manque de demande (prédominant chez les hommes) et le manque de formation. Le critère temps est similaire dans notre étude, de même que la proximité d'un gynécologue.

La thèse de N.LAUCHET⁴⁴ en 2010 a montré chez les médecins exerçant en Haute-Vienne que la majorité d'entre eux pratiquaient 10 à 20 actes de gynécologie par semaine, tous motifs confondus. Les principaux motifs de consultation étaient par ordre décroissant le renouvellement de contraception, les bouffées de chaleur, les mammographies, les plaintes de leucorrhées, le diagnostic de grossesse, les troubles du cycle, les IST, le suivi de grossesse, l'introduction de contraception, les troubles de sexualité, les consultations post-natales, la stérilité et les IVG. Il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe du médecin ou du secteur d'activité.

Les gestes les plus pratiqués du plus au moins réalisés étaient la palpation des seins, le TV, la pose de spéculum, les frottis, les PV, la pose de stérilet et celle d'implants. L'examen mammaire était plus réalisé en milieu rural (ce qui correspond à nos résultats), et les frottis plus chez les médecins installés seuls.

Étaient également étudiées les raisons de l'absence d'augmentation des pratiques dans le domaine. Les obstacles retrouvés étaient par ordre décroissant : le manque de demande, le caractère chronophage des consultations, le manque d'intérêt, le manque de formation pratique, le nombre d'actes réalisés déjà suffisant, le problème d'entente entre GM et MG, les honoraires insuffisants, la proximité des GM, une associée féminine dans le même cabinet et une patientèle âgée. Ces résultats diffèrent quelque peu des nôtres : le caractère chronophage est tout aussi important, mais la formation est moins représentée dans notre échantillon, de même que la rémunération. Le risque médico-légal n'était pas étudié dans cette étude.

M.BROSSET avait, en 2013⁴⁵, étudié les obstacles des MG en Indre et Loire. Les pratiques gynécologiques, toutes confondues, étaient réalisées par 28,13 % des médecins plus d'une fois par jour, 30,62 % plus d'une fois par semaine, 35,63 % plus d'une fois par mois, et 5,62 % moins d'une fois par mois.

Les obstacles étudiés étaient ceux mis en évidence par B.DIEN. Les trois principaux étaient la méconnaissance des compétences du généraliste, le suivi par d'autres professionnels et le rapport rémunération/temps passé non favorable. A contrario, les moins importants étaient le matériel trop coûteux ou prenant trop de place et l'inconfort/les craintes générées du médecin par ces consultations. La réticence était majoritaire chez les hommes ; l'inconfort et la proximité d'un GO chez les femmes. Les plus de 30 ans d'expérience étaient freinés par la réticence des patientes, la présence d'un autre professionnel et la relation avec celui-ci. Ceux pratiquant le moins d'actes avaient surtout comme obstacles la FMC insuffisante, les autres professionnels, la réticence des patientes et l'inconfort du praticien.

Si l'on compare avec nos résultats, les obstacles retrouvés chez les plus médecins ayant la durée d'installation la plus longue le sont aussi dans notre étude. Ceux pratiquant le moins d'actes sont plus gênés par la proximité des GM, la réticence des patientes et la rémunération (qui ne ressort pas dans la thèse sus-citée).

C.PICAUD étudiait dans sa thèse en 2013 les pratiques des généralistes en Loire Atlantique⁴⁶.

20 % effectuaient moins de 5 actes par semaine, 38 % entre 5 et 10, et 13 % entre 15 et 20/semaine.

Les femmes en réalisaient plus que les hommes de façon générale, de même que les plus jeunes. Nous retrouvons des résultats similaires dans notre étude.

Les semi-ruraux devançaient en nombre les ruraux et les urbains. Il n'existait pas de différence selon la distance avec un GO. Nous avons des résultats contraires sur ce point, les plus éloignés en pratiquant globalement plus.

Les pratiques par ordre décroissant, sans notion de fréquence : instauration et renouvellement de contraception (100 %), examen mammaire (89 %), mammographies hors DO (88 %), information sur les contraceptions, examen gynécologique, frottis (85 %, dont 100 % des femmes), suivi de grossesse

(87 %), vaccination anti-HPV (83 %), suivi de THS (69 %) et instauration, pose implants (48 %), pose DIU (45 %).

En comparaison avec nos données, de façon absolue sans ordre de fréquence, nous obtenons le même ordre de grandeur pour la contraception (97 %), les mammographies (99 %), l'examen mammaire (93 %), la ménopause (91 %), la vaccination HPV (91 %). Les suivis de grossesse le sont moins (64 %).

En revanche, les poses de DIU et Implants contraceptifs sont moins pratiqués par les médecins de notre panel, de même que les frottis (59 %).

Les principaux freins étaient le fait d'être un homme, le manque de formation, le manque de demande et le manque de temps.

Concernant la vaccination contre le papillomavirus, L.PIANA a étudié dans sa thèse⁴⁷ les pratiques en PACA : 72,6 % affirmaient la proposer systématiquement et 81,4 % pensaient qu'elle ne nuisait pas au dépistage par frottis. 89,6 % y étaient favorables et 6,5 % défavorables. Les hommes et les moins de 45 ans étaient les plus favorables.

Nous ne retrouvons pas cette distribution dans notre panel, la seule différence étant en faveur d'une pratique plus fréquente par les médecins en milieu urbain et à moins de 10 km d'un gynécologue. En termes de pratiques, les médecins interrogés sont plutôt moins en faveur de cette vaccination. L'ancienneté de la thèse (2009) et l'évolution des connaissances sur le sujet dans l'intervalle de temps peuvent expliquer cette modification des pratiques et des idées.

Concernant le suivi de grossesse, une thèse de 2013⁴⁸ : aucune différence de pratique n'était mise en évidence selon le sexe des médecins, la nature de leur formation et leur âge. Un quart du panel déclarait en suivre, majoritairement 5 par an, et seulement 10 % plus de 15/an. A l'inverse, nous avons mis en évidence avec ce travail une plus grande part de suivi de grossesses par les femmes médecins, et les moins de 10 ans d'exercice.

La FMI ne semblait pas les satisfaire, à l'inverse de la FMC qui correspondait mieux à leurs attentes. 50 % pensaient que leurs patientes n'avaient pas notion de la compétence de leur MG pour suivre une grossesse normale, 90 % pensaient que leurs patientes préféraient être suivies par leur GO pour plus de sécurité, 52 % que la disponibilité du médecin leur importe, et 35 % craignaient ne pas déceler d'anomalie ou de faire une erreur. Notre étude n'a pas porté spécifiquement sur la question de la grossesse, mais les facteurs de réticence des patientes et de méconnaissance des compétences du généraliste y sont moindres.

Pour ce qui est des implants contraceptifs, KIASI I.⁴⁹ avait étudié dans sa thèse leur pratique. 96 % des médecins questionnés prescrivaient régulièrement la contraception de leurs patientes, 48,7 % avaient déjà prescrit un implant (femmes plus que les hommes), 15,6 % en posaient (surtout chez les plus jeunes), et 22 % avaient reçu une formation à cela (FMC surtout). Nos résultats sont similaires.

Dans sa thèse, P.BIDET a eu pour résultat 88 % de médecins ne posant jamais de DIU, et 74 % pour les implants. Les chiffres sont du même ordre d'idée dans notre travail. Les frottis étaient significativement plus pratiqués par les femmes, ceux ayant eu accès au SASPAS et ceux ayant validé leur DIU de gynécologie-obstétrique. Les freins cités le plus souvent pour la prise en charge des DIU/implants étaient la rareté de la demande, la difficulté technique, l'absence de matériel, le manque de connaissance, de temps, l'ergonomie et le doute de couverture par la RCP pour ces gestes.

Dans sa thèse en 2005, G.LEVASSEUR⁵⁰ ne retrouvait pas de différence en termes de pratique globale de la gynécologie en médecine générale en fonction du sexe du médecin, mais toutefois il était noté une prédominance d'activité chez ceux installés en groupe par rapport à ceux qui étaient seuls. En tout, 37 % effectuaient plus de 12 actes par semaine (soit en moyenne 2/jour), et 19 % moins de 4 par semaine. Les principaux motifs de consultations, par ordre décroissant, étaient la contraception, les THS, les infections, les douleurs pelviennes, dépistage/prévention. 9 médecins sur 10 posaient les spéculums et 8/10 estimaient en avoir une bonne maîtrise. Les chiffres étaient moindres pour l'examen mammaire (9/10 en pratiquaient, mais seuls 6/10 pensaient bien le faire), 75 % réalisaient des TV mais 40 % ressentaient des difficultés. Les freins majeurs étaient la gestion simultanée de plusieurs motifs de consultation (surtout pour les femmes), la réticence des patientes (surtout pour les hommes) et celle des médecins, le problème de la stérilité, les problèmes médico-sociaux, la sexualité, les diagnostics difficiles et la gestion de l'angoisse des patientes. Il ressortait de cette étude que certains médecins souhaitaient améliorer leurs pratiques.

Le travail de R.GAVIGNET⁵¹ a permis de mettre en avant les freins des MG aux consultations ayant trait à la sexualité. On y retrouvait notamment l'absence de réponse médicamenteuse à proposer, le manque de temps, la rémunération insuffisante, le manque de connaissance, les caractéristiques socio-culturelles des patientes (jeunes, ...), la crainte d'une mauvaise interprétation de l'intention du médecin (notamment pour les hommes), ou la crainte du transfert, le manque d'intérêt. Il proposait ainsi, dans un objectif d'amélioration, une formation personnelle, l'information des patientes et une revalorisation de la rémunération.

Une thèse de 2008⁵² par N. DUPORT étudiait les facteurs influençant la pratique du dépistage des cancers féminins en France portant sur 3 378 femmes de 25 à 65 ans. Il révélait entre autre que les frottis étaient d'autant plus suivis que la patiente était jeune (plus de 80 % des 25-29 ans en avaient eu dans les 2 ans, contre moins de 60 % pour les 60-65 ans). 2,6 % n'avaient jamais été dépistées, 21,8 % n'avaient effectué aucun acte de dépistage dans les deux ans (frottis, mammographie et hémoccult).

Dans sa thèse, K.FERREIRA⁵³ montrait que les femmes de 50 à 65 ans étaient globalement satisfaites de leur suivi gynécologique, en grande partie par leur gynécologue. La plupart pensaient que le médecin traitant n'était pas compétent pour le suivi en gynécologie, mais plutôt pour la coordination des soins. Les moteurs de la consultation étaient la peur de vieillir, de déclarer une pathologie ou le fait d'avoir un nouveau partenaire. Les freins au suivi par le médecin généraliste étaient la nature intime/brutale de l'examen gynécologique, la peur du résultat et la préférence pour un médecin femme.

Les améliorations proposées étaient : les informations données à l'école, un planning familial itinérant, la création d'une consultation dédiée pour le suivi gynécologique des femmes de 50 à 65 ans, l'information fournie sur ce suivi, les invitations par courrier ou par le biais des médias pour les différents motifs de consultation.

3. Les propositions envisageables ou envisagées à ce jour pour améliorer les pratiques actuelles

Au vu des pratiques déclarées chez les médecins interrogés, et les obstacles vécus avec une plus ou moins forte importance selon divers critères, nous pouvons faire ressortir des objectifs d'amélioration, déjà cités dans la littérature, ou dans le cadre de notre étude.

En ce qui concerne le dépistage individuel du cancer du col utérin par frottis cervico-utérin, une étude a été lancée au niveau national par les pouvoirs publics⁵⁴, afin de le généraliser sous forme de **dépistage organisé**, dans la même veine que celui en place pour le cancer du sein. En effet, de nombreuses lésions précancéreuses sont spontanément régressives ou curables, avec des tests de dépistage et de diagnostic acceptables par la population, et des stratégies de traitement disponibles. Le cancer du col utérin est donc un candidat idéal au dépistage organisé. Cette étude suit les recommandations du plan cancer 2014-2019 : *« permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé »* apporterait une réduction des décès de 30 % à 10 ans. A terme, une *« généralisation à l'échelle nationale, avec un objectif de taux de couverture du dépistage dans la population cible qui passerait de 50-60 % à 80 %, et (le rendre) plus facilement accessible aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé »*. L'une des pistes envisagées est l'envoi de **kits d'auto-prélèvements HPV**, en cas de relance, avec un taux de réponses qui semble meilleur qu'avec les sollicitations pour la réalisation de frottis, notamment au sein des populations de femmes « vulnérables ». Les effecteurs attendus de ce DO sont à 90 % les gynécologues et à 10 % les médecins généralistes.

Cependant le projet ne propose aucune modification en termes de prise en charge pour les praticiens réalisant ce dépistage, que ce soit concernant la revalorisation de la cotation ou la création d'une consultation dédiée. D'autres phases d'étude du projet sont attendues pour les mois à venir, sur le plan de la faisabilité pratique et sur le plan économique.

La Formation médicale initiale a été améliorée depuis quelques années avec la création du DES de médecine générale et l'internat qui lui est associé, comprenant dans sa maquette un stage obligatoire en pôle mère-enfant. Cependant un manque de formation est notifié par certains médecins, notamment sur le plan pratique, et de façon ambivalente surtout chez les plus jeunes, qui ont pourtant pu bénéficier de ce nouveau type de formation.

Même constat pour la formation médicale continue, citée souvent par les médecins de notre panel.

Une modification des **formations théoriques et pratiques** pourrait être proposée notamment au cours de l'internat ; et des séances de **FMC** (congrès, stages, ...) adaptées pourraient peut-être se développer au bénéfice de la pratique générale.

Le **risque médico-légal** est inhérent à la pratique de la médecine. Cependant un point pourrait être fait régulièrement afin de mettre à jour les connaissances en la matière et les nouveautés (jurisprudences...), dans l'objectif de corriger éventuellement les pratiques, ceci dans une optique d'amélioration de la qualité du service rendu, et permettant de savoir comment éviter les affres de complications juridiques.

La proximité de GO, GM et SF est un bienfait pour le suivi des femmes, permettant une prise en charge globale et spécialisée. Cependant, une **collaboration** renforcée pourrait être une solution pour rendre ce suivi plus efficient. Un dossier partagé ou la communication plus fréquente d'informations entre les différents acteurs du suivi des patientes pourraient pallier à cet obstacle, qui s'avère également être une crainte pour celles-ci.

La rémunération, sujet récurrent au travers du questionnaire, est un sujet épineux. La consultation de médecine générale, toujours à 23 €, ne permet souvent pas d'assurer une consultation longue et/ou nécessitant une contingence matérielle coûteuse ou une logistique compliquée. Une **revalorisation** de la consultation de base ou une cotation adaptée à chaque type de consultation pourrait être un levier à étudier (création d'une consultation pour aborder la ménopause et ses problèmes, la mise en place d'une contraception, les consultations de suivi de grossesse avec les documents administratifs fastidieux à compléter qui s'y associent...).

Le caractère chronophage de ces consultations, largement cité par les médecins de notre échantillon, nous fait réfléchir sur de possibles modifications à apporter à ce problème majeur. Le temps ne pouvant être extensible, il s'agirait d'aménager la plage horaire de la consultation pour qu'elle soit au mieux adaptée à cette pratique. La conduite de **consultations dédiées**, en accord avec les patientes, pourrait permettre de se focaliser sur une introduction de contraception avec les informations nécessaires qui lui ont trait, une discussion autour d'une sexualité défailante, la réalisation d'un examen spécialisé et d'un frottis ou d'un suivi de grossesse...

Le manque de communication concernant les compétences du médecin généraliste dans divers domaines, et notamment celui de la gynécologie, pourrait trouver sa solution dans des **campagnes nationales d'information** « grand public », des affiches dans les salles d'attentes des cabinets médicaux, ou tout simplement des discussions entre les patientes et leur médecin généraliste. Ces campagnes d'information pourraient également porter sur le dépistage des cancers féminins, leur portée, leurs indications et les âges ciblés.

Les autres obstacles énoncés n'ont malheureusement pas de prise pour une modification de leur importance, de par leur caractère intrinsèque au médecin ou aux patientes (manque d'affinité, inconfort du praticien ou réticence des patientes), de même que le sexe masculin est souvent lié à ces obstacles dans les autres travaux. La nature même du praticien ou la représentation des patientes n'est pas un critère modifiable !

Conclusion

Médecine Générale et consultations de gynécologie, ou une histoire de « je t'aime, moi non plus ».

Les femmes françaises ont un large éventail de possibilités pour leur suivi gynécologique, mais devant une démographie médicale en berne et des moyens limités de part et d'autre, nombre d'entre elles laissent leur suivi de côté pour se consacrer à d'autres objectifs personnels.

Les médecins généralistes ont, comme nous pouvons l'observer avec le nombre de publications y ayant trait, un intérêt certain pour cette spécialité, contrebalancé par des obstacles parfois bien enracinés dans les pratiques et les mœurs.

Cependant, notamment de par leur mission de premier recours, ils ont toute légitimité pour prendre en charge les patientes dans leur entièreté.

Nous avons ainsi voulu explorer l'état actuel de ces pratiques et des freins associés, dans une région bien pourvue en médecins généralistes et gynécologues, mais présentant une répartition inégale sur son territoire.

Les données obtenues étaient comparées selon les caractéristiques d'exercice des médecins interrogés. Nous avons objectivé une tendance à la forte prévalence des actes de prévention que sont les mammographies, la vaccination anti-HPV et l'examen clinique mammaire, ainsi qu'un intérêt important pour la contraception, les infections génitales et la ménopause. A contrario, les gestes techniques ne trouvent pas beaucoup d'échos au sein de notre panel, à savoir les DIU et implants. Les frottis se trouvent à part, plus souvent réalisés que les autres gestes sans nette mobilisation de tous les participants à cette enquête.

Nous avons également pu mettre en avant des différences, à savoir que les femmes avaient tendance à prendre en charge plus de motifs ayant trait à la gynécologie (et notamment les gestes techniques), de même que les moins de 10 ans d'exercice libéral, et les médecins installés en zone rurale ou à plus de 10 km d'un autre professionnel de santé. La répartition selon l'environnement du cabinet différait selon le motif de consultation étudié, avec une distribution plus homogène.

Pour ce qui est des obstacles, la présence d'un autre professionnel de santé exerçant dans le domaine de la gynécologie-obstétrique était un frein majeur, suivi du risque médico-légal, du temps et de la rémunération associée, et de la réticence des patientes. La formation apparaissait plutôt ressentie comme insuffisante chez les femmes, les moins de 10 ans d'exercice, les non urbains et ceux exerçant en milieu défavorisé. La méconnaissance des missions du médecin, autre facteur retrouvé, s'exprimait surtout chez les hommes, les plus de 30ans, les semi-ruraux et dans les milieux non aisés.

Un certain nombre d'obstacles font corps avec une représentation de la gynécologie et de la femme comme étant une spécialité à part. Ceux-ci sont indissociables des protagonistes de ce suivi et donc non modifiables (sexe masculin, réticence des patientes, manque d'affinité pour la matière...).

Cependant, d'autres pourraient trouver leur solution, du moins partielle, dans une modification des politiques actuelles et des pensées globales. Des campagnes d'information et de sensibilisation pour les patientes à l'importance des différents dépistages et à leurs modalités pratiques à l'échelle nationale pourraient être bénéfiques, de même qu'une information apportée sur le rôle du médecin généraliste dans cette spécialité. Une généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus est d'ailleurs en cours de réflexion, afin de toucher toutes les franges de la population, notamment les plus vulnérables.

La réalisation de consultations dédiées et une revalorisation de ces actes pourraient mobiliser une partie de la population de médecins généralistes, en rendant cette activité plus spécialisée et reconnue à la hauteur du temps passé et des compétences engagées.

La formation pourrait connaître une modification structurelle, tant sur le plan initial que continu, afin d'apporter aux praticiens les réponses aux questions que beaucoup se posent, et d'entretenir des connaissances sur le plan pratique et théorique dans un domaine en constante évolution.

Le dernier point, et pas des moindres, consisterait en une meilleure efficacité de la communication et de la collaboration entre les différents intervenants du suivi de la femme.

Nous notons donc que la tendance actuelle est dans un sens de progression pour un certain nombre de pratiques, répondant de loin aux objectifs nationaux, mais elles se trouvent encore insuffisantes pour d'autres, s'expliquant par des freins encore très prévalents, dont les leviers sont en partie à portée de main, si tant est que l'on veuille les saisir.

Annexes

A- Le questionnaire

A l'attention des Médecins Généralistes en activité, installés dans les Départements des Alpes Maritimes et Alpes de Haute Provence.

Cher Confrère, Chère Consoeur,

Ce questionnaire est destiné à répondre à la problématique de ma thèse, portant sur une description de la pratique actuelle de gynécologie-obstétrique dans notre région, en étudiant ces deux départements, représentatifs d'une disparité en terme d'offre de soins et de répartition de la population générale.

Elle a pour but de mettre en évidence les points principaux de cette pratique, et de pointer les principaux obstacles rencontrés, quels qu'ils soient.

Il suffit de cocher les cases correspondant à la réponse choisie, ou de remplir la partie de texte libre selon votre envie.

Ce questionnaire se termine par une zone de commentaires libres, ceux-ci seront bienvenus afin de connaître votre avis sur la question et éventuellement de lancer de nouvelles pistes de recherche.

Il vous suffit ensuite de l'enregistrer sous format Word et de le renvoyer par mail réponse.

Merci d'avance pour votre contribution à ce travail.

Audrey LAGNEAU, Interne en Médecine Générale (Université de Nice)

Questionnaire : DESCRIPTION DES PRATIQUES DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
PAR LES MEDECINS GENERALISTES EN ACTIVITE, ET MISE EN EVIDENCE DES
FREINS MAJEURS

- 1) Etes-vous : Un homme Une femme
- 2) Depuis combien de temps exercez-vous ?
- <10ans 10 à 30ans >30ans
- 3) Quelle est la proportion de femmes (à partir de la puberté) dans votre patientèle ?
- <30% 30 à 70% >70%
- 4) Quel est votre secteur d'activité ?
- Urbain Semi-rural Rural
- 5) A quelle distance d'un cabinet de gynécologue (ou de sage-femme) se trouve votre cabinet ?
- <10km 10 à 30km >30km
- 6) Possédez-vous un diplôme complémentaire concernant la gynécologie, tel que « DIU de formation complémentaire en Gynécologie-Obstétrique pour les Médecins Généralistes » ?
- Oui : lequel ? Non
- 7) Pratiquez-vous la gynécologie en cabinet (de façon générale : cf question 10 pour les détails de la pratique)
- Oui Non
- 8) Dans le cas où vous n'effectuerez pas le suivi gynécologique de vos patientes, savez-vous si un gynécologue les suit de façon régulière ?
- Oui Non
- 9) Avez-vous déjà eu des retours de la part de vos patientes concernant d'éventuels honoraires trop élevés des consultations chez les gynécologues/gynécologues-obstétriciens ?
- Oui Non

10) Si vous pratiquez des actes dans ce domaine, quelle est votre proportion d'activité parmi les suivantes:

(Les réponses sont pondérées selon l'importance de votre activité :

- Pas du tout
- Un peu (>1/an)
- Modérément (>1/mois)
- Beaucoup (>1/semaine))

a. La contraception

i. *Introduction et suivi d'une contraception orale, patch, anneaux...*

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

ii. *Mise en place, retrait et gestion d'implants contraceptifs*

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

iii. *Mise en place, retrait et gestion de dispositifs intra-utérins*

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

iv. *La contraception d'urgence, prescription et suivi*

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

b. La réalisation de frottis cervico-utérins

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

c. Le suivi mammaire

i. *Suivi des mammographies selon les recommandations*

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

ii. *Examen des seins régulier*

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

d. L'examen gynécologique en cas de trouble (métrorragie, dyspareunie, ...) et gestion du problème motivant la consultation

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

e. La consultation de la femme ménopausée avec la gestion des traitements hormonaux substitutifs notamment

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

f. Le suivi de grossesse physiologique

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

g. Le suivi de la sexualité des patientes de tout âge, et ses troubles

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

h. La vaccination anti HPV des jeunes filles

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

i. Le diagnostic et le traitement des infections génitales, avec prélèvements si besoin

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

j. La réalisation d'avortement médical

PAS DU TOUT UN PEU MODEREMENT BEAUCOUP

II) Si vous avez répondu « PAS DU TOUT » à certaines propositions de la question 10, quels sont selon vous les obstacles majeurs à leur réalisation ?

Les propositions ci-dessous sont tirées des résultats d'autres recherches.

Les réponses sont échelonnées de 0 à 10 selon leur importance pour vous.

a. La formation initiale vous paraît insuffisante :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b. La formation médicale continue (théorique, gestes...) vous semble insuffisante :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c. Vos patientes sont suivies par d'autres professionnels de santé (gynécologue ou sage-femme) :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d. La proximité de gynécologue ou de sage-femme vous semble être un frein à ce type de consultation (de votre côté ou de celui des femmes consultées) :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

e. Les compétences en matière de gynécologie-obstétrique des généralistes vous paraissent méconnues des patientes :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

f. Il existe une réticence des patientes à effectuer ce suivi auprès de leur médecin généraliste :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

g. Vous ressentez un inconfort ou une gêne vis-à-vis de ces actes/consultations :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

h. Vous ne ressentez pas d'affinité particulière vis-à-vis de ce type de pratique :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

i. Le risque médico-légal lié à certains gestes vous paraît être un obstacle à leur réalisation :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

j. Le coût du matériel nécessaire, ou son encombrement (spéculums, kits de prélèvements, table d'examen, lampe...) sont un obstacle :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

k. La rémunération de ces actes/consultations vous paraît être un frein à leur réalisation :

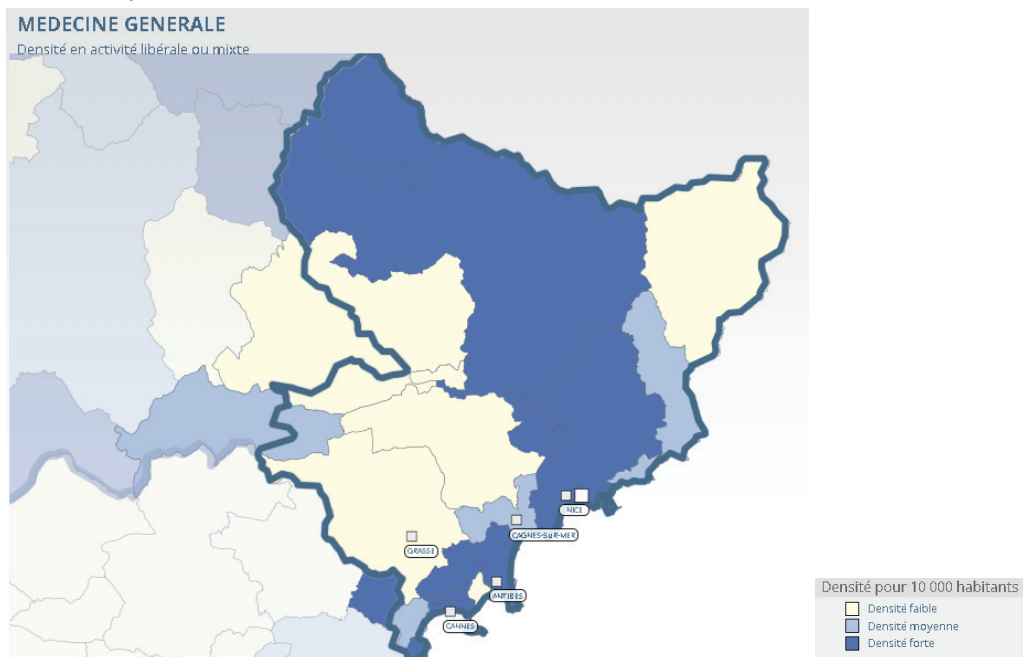
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12) Commentaires ? (cliquer dans la zone grisée pour répondre)

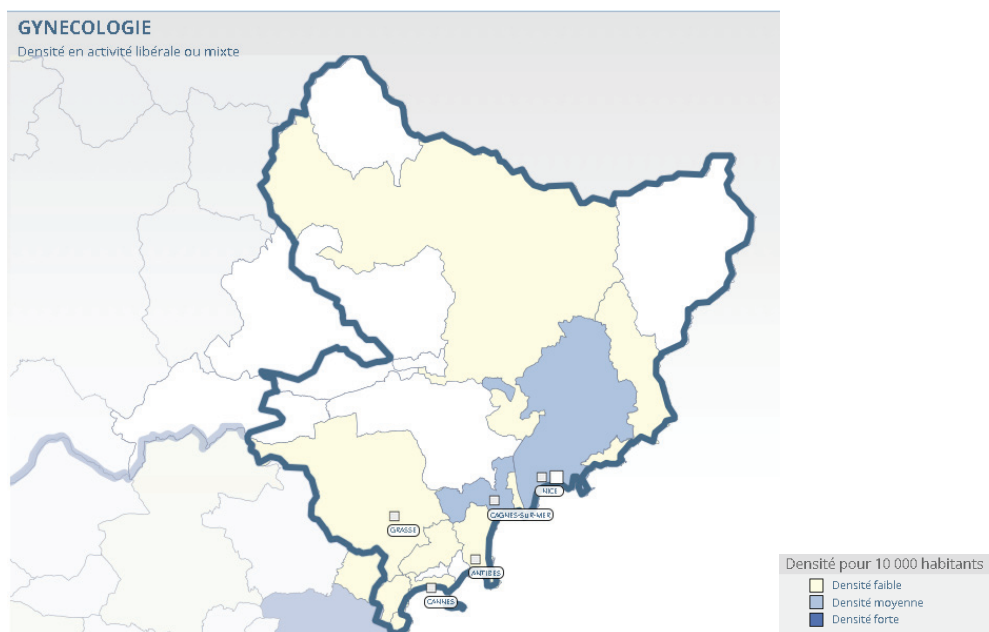
Merci pour votre participation !

B- La démographie médicale

- Dans les Alpes –Maritimes :

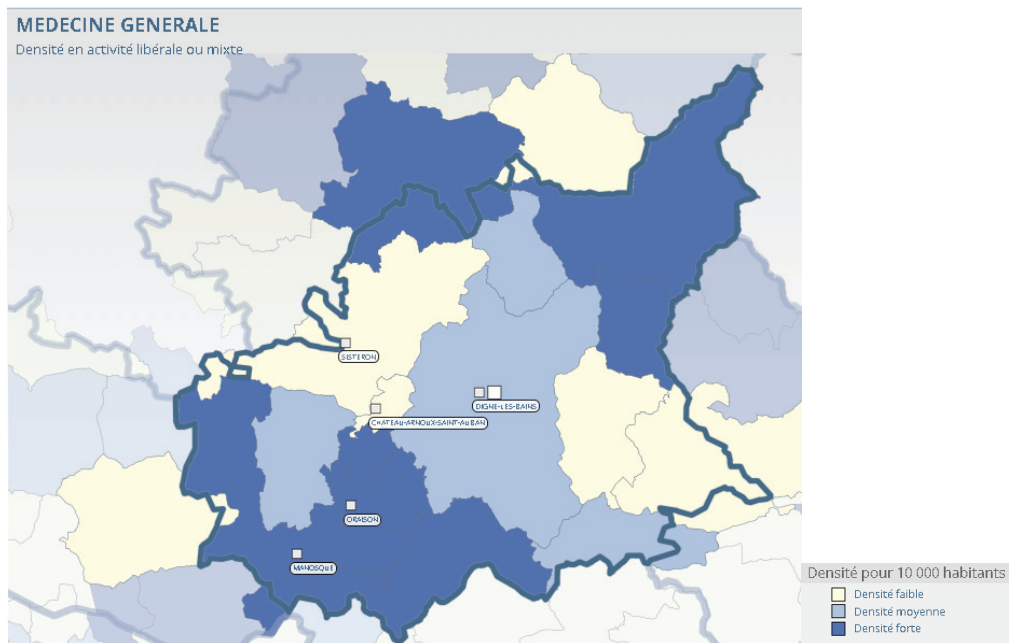


Densité en médecins généralistes dans les AM

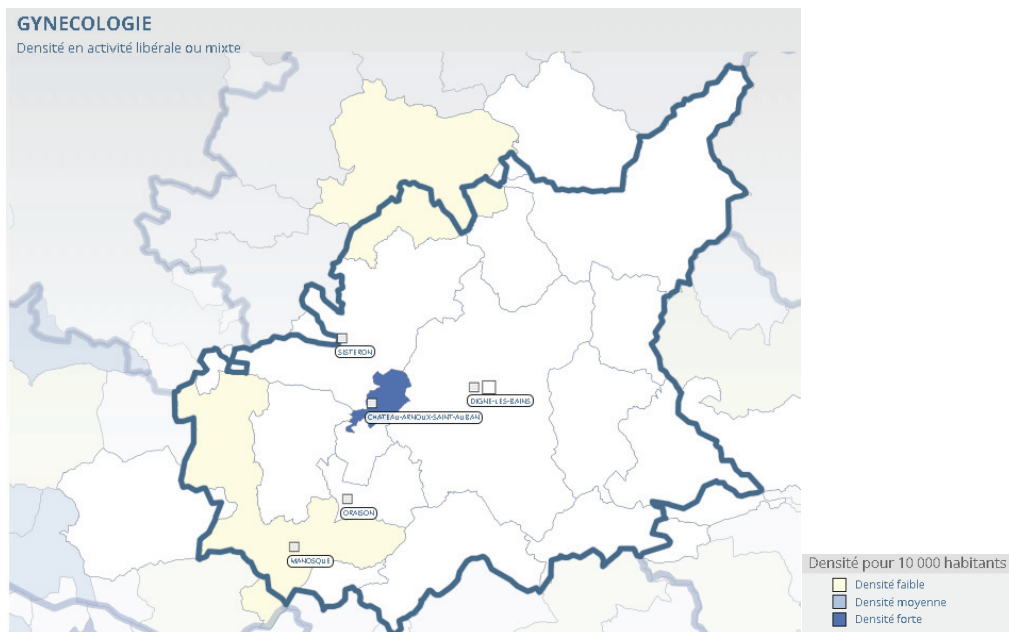


Densité en gynécologues dans les AM

- Dans les AHP :



Densité en généralistes dans les AHP







Densité en gynécologues dans les AHP




C. La part des dépassements dans les honoraires totaux des médecins




Part des dépassements dans les honoraires totaux des médecins			
	En %		
	Part des dépassements dans les honoraires totaux		
	2008	2009	2010
Omnipraticien	4,5	4,4	4,3
Anesthésiste	15,3	15,8	16,7
Cardiologue	4,5	4,8	4,0
Chirurgiens*	29,9	30,8	31,9
Dermatologue	19,7	21,3	19,9
Gastro-entérologue	11,0	11,3	11,6
Gynécologue	27,5	28,4	29,5
Ophthalmologue	24,3	25,2	25,3
ORL	19,9	20,3	20,8
Pédiatre	15,4	16,2	16,7
Pneumologue	3,9	4,2	4,0
Psychiatre**	14,7	15,7	16,6
Radiologue	4,1	4,4	4,0
Rhumatologue	15,8	16,3	16,4
Stomatologue	42,3	43,3	45,6
Ensemble	11,1	11,4	11,7

D. Les méthodes contraceptives⁵⁵

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

LA MÉTHODE	PRIX ¹	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p>DIU (Dispositif Intra-Utérin) Il en existe deux types : au cuivre ou lévonorgestrel. Le DIU (auparavant appelé « stérilet ») est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il est efficace de 4 à 10 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.</p>	<p>DIU au cuivre : 30,50 €. DIU hormonal : 125,15 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie² et sans condition d'âge dans les CPEF³ ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF³.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>PILULE CONTRACEPTIVE Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. Les pilules œstroprogestatives sont classées selon la génération du progestatif. Le type de génération privilégié sera envisagé avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>De 1,88 à 14 €/mois. Certaines sont remboursées à 65 %. Gratuites : • pour les mineures : en pharmacie² et sans condition d'âge dans les CPEF³ ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF³.</p>	<p>Prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être renouvelée par une infirmière pour 6 mois maximum. Délivrée sur ordonnance en pharmacie. Le pharmacien peut renouveler la délivrance pour 6 mois maximum.</p>
 <p>PATCH CONTRACEPTIF Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4^e semaine, on ne met pas de patch, mais on est tout de même protégé. L'arrêt provoque l'apparition des règles. Le patch est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ 15 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>IMPLANT CONTRACEPTIF Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. L'implant peut être laissé en place pendant 3 ans. L'implant est une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>106,44 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie² et sans condition d'âge dans les CPEF³ ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF³.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>

LA MÉTHODE	PRIX ¹	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p>ANNEAU VAGINAL Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4^e semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ 16 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE Le diaphragme est une coupelle en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 8 heures après le rapport. Il/elle est réutilisable.</p>	<p>Diaphragme : environ 45 €. Remboursé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale : environ 60 €. Non remboursée.</p>	<p>Prescrits par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser. Délivrés sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu dans les CPEF². Les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme s'achètent en pharmacie sans ordonnance.</p>
 <p>PRÉSERVATIF MASCULIN En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>À partir de 56 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF² et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie, en grande surface, distributeurs automatiques et sur internet.</p>
 <p>PRÉSERVATIF FÉMININ Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>Environ 8,70 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF² et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie et sur internet.</p>

LA MÉTHODE	PRIX ¹	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p>SPERMICIDES Les spermicides se présentent sous forme de gel et d'ovule qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Une contraception de dépannage.</p>	<p>Environ 7 à 19 € selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>PROGESTATIFS INJECTABLES Un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) est injecté par piqûre intramusculaire tous les trois mois. Pendant 12 semaines, le produit assure une contraception constante. Les injections doivent être faites à intervalles réguliers par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Les progestatifs injectables sont une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>Chaque dose coûte 3,44 €. Remboursés à 65 %.</p>	<p>Sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>LES MÉTHODES DE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE Ces méthodes peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Elles provoquent une stérilité considérée comme définitive. L'intervention doit résulter d'une décision personnelle et se déroule dans un établissement de santé. Pour plus d'information, consultez le site www.choisirscontraception.fr ou www.sante.gouv.fr rubrique « Contraception » (voir le livret d'information <i>Stérilisation à visée contraceptive</i>).</p>	<p>Remboursées à 80 %.</p>	<p>L'intervention ne peut être réalisée : <ul style="list-style-type: none"> • qu'après une première consultation médicale d'information ; • à l'issue d'un délai de réflexion de 4 mois après cette première consultation ; • et après confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention. </p>

E. Pratiques chez les médecins selon leur genre

	PDT H	PDT F	Un Peu H	Un peu F	Mod H	Mod F	Bcp H	Bcp F
Contraception	2	0	17	3	24	9	4	11
Implants	38	20	7	2	2	0	0	1
DIU	42	16	4	4	1	3	0	0
Contraception d'urgence	11	2	29	14	7	6	0	1
frottis	34	9	5	2	5	7	3	5
Mammographies	1	0	9	2	18	6	19	15
Seins	3	2	19	3	14	12	11	6
Troubles gynécologiques	8	4	22	2	14	11	2	6
Ménopause	3	3	20	5	17	11	6	4
Grossesse	21	4	9	10	16	5	1	3
Sexualité	8	2	22	10	15	10	2	1
Vaccination HPV	3	3	14	5	13	8	17	7
Infections	2	0	18	10	23	8	4	5
Avortement	46	23	1	0	0	0	0	0

Les pratiques réparties selon leur importance et le sexe du médecin

F. Obstacles chez les médecins selon leur genre

	Un peu H	Un Peu F	Mod H	Mod F	Beaucoup H	Beaucoup F
FMI	17	6	11	7	19	8
FMC	20	2	11	7	16	12
Autre Professionnel	3	4	4	3	39	14
Proximité	14	7	7	5	26	8
Méconnaissance	14	7	11	7	22	7
Réticence	10	8	11	7	26	6
Inconfort	26	9	2	7	19	5
Manque d'affinité	21	8	8	6	18	7
Risque ML	16	9	7	2	24	10
Coût	26	14	8	3	13	4
Rémunération	22	10	4	6	21	5

G. Les obstacles chez les médecins exerçant les frottis

	Frottis seuls
FMI	38%
FMC	62%
Autre Professionnel	62%
Proximité	54%
Méconnaissance	46%
Réticence	46%
Inconfort	31%
Manque d'affinité	8%
Risque médico-légal	31%
Coût	8%
Rémunération	8%

H. Les obstacles chez les médecins pratiquant la gestion des DIU et / ou implants

	Tous actes confondus
FMI	25%
FMC	31%
Autre Professionnel	44%
Proximité	19%
Méconnaissance	25%
Réticence	38%
Inconfort	25%
Manque d'affinité	31%
Risque médico-légal	50%
Coût	13%
Rémunération	6%

I. Les obstacles chez les médecins ne gérant ni les frottis ni les DIU/implants

	Aucun acte
FMI	46%
FMC	32%
Autre Professionnel	88%
Proximité	59%
Méconnaissance	41%
Réticence	66%
Inconfort	41%
Manque d'affinité	46%
Risque médico-légal	46%
Coût	37%
Rémunération	54%

Bibliographie

¹ INSEE

Document Excel Estimation de la population par département, sexe et grande classe d'âge
Document Excel Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2016, France
www.insee.fr

² DREES

« Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale »
Octobre 2009, N° 704

³ Institut BVA organisme de sondage français)

« Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique : synthèse des résultats » Nov 2008

⁴ Code de santé Publique

Loi HPST 2009

<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/lo/texte>

⁵ WONCA

Définition européenne de la médecine générale-Médecine de famille

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

⁶ LAGEYRE K. *Déterminants objectifs et subjectifs de la pratique gynécologique en médecine générale : étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes du Lot et Garonne*

Thèse d'exercice : Médecine, CHU Bordeaux, année 2014

⁷ ONPDS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé)

« Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens : Allemagne, Belgique, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni »

Mars 2015

⁸ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Cartographie interactive

<http://www.demographie.medecin.fr/demographie> (consulté en mars 2016)

⁹ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Annuaire

www.conseil-national.medecin/annuaire.fr (consulté au mois de juillet 2015)

¹⁰ BELLAMY V. *Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010*

Etudes et résultats DREES, N° 786, décembre 2011

¹¹ Choisir sa contraception

Trouver la bonne contraception

<http://www.choisirsacontraception.fr> (consulté le 24/01/16)

¹² HAS

Méthodes contraceptives: focus sur les méthodes les plus efficaces, janvier 2015

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

¹³ Site améli.fr

La prescription de la contraception

http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/prescriptions/la-prescription-de-la-contraception/prescription-delivrance-prise-en-charge_bas-rhin.php

¹⁴ VINCENT-ROTIFRITCSH A et al. Nouveautés en contraception, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2012 ; 41 : 108-114

¹⁵ HAS

Fiche mémo Contraception : prescriptions et conseils aux femmes

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes#toc_5
(consulté le 24/01/16)

¹⁶ HAS

Fiche mémo Contraception d'urgence, juillet 2015

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>

¹⁷ Code de Santé Publique

Loi N° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique.

¹⁸ Prescrire Rédaction, « *Dispositifs intra-utérins, alias stérilets. Deuxième partie. Connaître les détails pratiques de la pose d'un dispositif intra-utérin* », Prescrire, 2009, 305 (29), 202-206.

¹⁹ HAS

Rapport d'élaboration : la contraception chez l'homme et chez la femme, Avril 2013

²⁰ HAS

Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, Juillet 2010

²¹ ANAES Recommandations pour la pratique clinique

Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal.

Septembre 2002

²² GARSON S. « *Le profil des femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus* »
Thèse d'exercice : Médecine. Nice, 2014. 78p.

²³ *La place du typage viral dans le dépistage du cancer du col*, L. BOUBLI

22^e journées du cercle grassois de gynécologie-obstétrique, 18-19 mars 2016

²⁴ INCA

Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin, mis à jour le 20/01/2016

²⁵ SABIANI L. et al. « *Evaluation de la couverture vaccinale du vaccin anti-HPV : résultats d'une enquête auprès des lycéennes et étudiantes en région PACA* » *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction* (2012) 41 ; 136-144

²⁶ ANSM/CNAMTS

Vaccins anti-HPV et risque de maladies auto-immunes : étude pharmacoépidémiologique

Rapport final, septembre 2015

²⁷ HAS

Guide ALD Cancer du sein, Janvier 2010

²⁸ INCa

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein
Septembre 2015

²⁹ InVS

Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2010, évolutions depuis 2006
LASTIER D., SALINES E., ROGEL A.

³⁰ INCa

Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein, Quels éléments en 2013 ?
2013

³¹ GELLY J., DARMON D., et al. Dépistage systématique du cancer du sein par mammographie : le dilemme
EXERCER (2012) 102 ; 130-6

³² HAS, Recommandations de Santé Publique

Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités du dépistage
Mars 2014

³³ HAS recommandations professionnelles

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, Mai 2007

³⁴ HOULE C.. *Suivi de la grossesse : critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : enquête auprès des patientes de la région dieppoise.*

Thèse d'exercice : Médecine, CHU Rouen, 2013.

³⁵ PAQUENTIN H.. *Les freins à la prise en charge de la ménopause en médecine générale : enquête qualitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais en 2013.*

Thèse d'exercice : Médecine, CHU Lille, 2013.

³⁶ Evaluation du nombre d'avortements et des indices annuels

INED

<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>

(consulté le 25/03/16)

³⁷ ARS

« *Les IVG dans la région PACA : caractéristiques et parcours des femmes ayant recours à l'IVG* », enquête DREES
2007

Info stat N°11 Décembre 2010

³⁸ Code de Santé Publique

LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

³⁹ DIEN-BERGEARD B.. « *Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-Et-Loire dans le suivi gynéco-obstétrical : une étude qualitative* »

Thèse d'exercice : Médecine. Tours, 2013

⁴⁰ CNGOF

Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique, 1997

« *Conduite à tenir en cas de complications obstétricales à risque médico-légal* », Dr R-C RUDIGOZ

⁴¹ MACSF

Responsabilité civile professionnelle : médecin traitant, métier à risque ?

[www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Cadre-general/medecin-traitant-metier -a-risque](http://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Cadre-general/medecin-traitant-metier-a-risque) (consulté le 04/04/16)

⁴² BIDE P. « *Pratique des gestes et techniques de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil* ».

Thèse d'exercice : Médecine. Créteil, 2013. 74p

⁴³ DIAS S. « *Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France* »

Thèse d'exercice : Médecine. Paris Diderot, 2010. 139p.

⁴⁴ LAUCHET N. « *Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne, obstacles et besoins de formation identifiés* »

Thèse d'exercice : Médecine. Limoges, 2010

⁴⁵ BROSSET M. « *Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale : une étude quantitative* »

Thèse d'exercice : Médecine. Tours, 2013

⁴⁶ PICAUD C. « *Pratique de la gynécologie par les médecins généralistes de Loire Atlantique* »

Thèse d'exercice : Médecine. Nantes, 2013

⁴⁷ PIANA L. et al « *Opinions et pratiques des médecins généralistes face à la vaccination anti-papillomavirus* »

Médecine et maladies infectieuses 39 (2009) 789-797

⁴⁸ BABINET-BOULNOIS C. « *Le ressenti des médecins généralistes au cours du suivi de la grossesse : intérêts et difficultés* »

Thèse d'exercice : Médecine. Rouen, 2013

⁴⁹ KIASI I. « *L'implant contraceptif et les médecins généralistes en Seine Saint Denis : Etat des lieux* ».

Thèse d'exercice : Médecine. Paris, 2013

⁵⁰ LEVASSEUR G. et al . L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne

Santé Publique, 2005 (vol.17) 109-119

⁵¹ GAVIGNET R.

« *Le médecin généraliste, la sexualité féminine et ses troubles : enquête qualitative auprès de 11médecins généralistes des Alpes-Maritimes* »

Thèse d'exercice : Médecine. Nice, 2014

⁵² DUPORT N. et al. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique (2012) 56 ; 303-313

⁵³ FERREIRA K. *Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65ans dans les Alpes-Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi : enquête qualitative auprès de 43 patientes*

Thèse d'exercice/ Médecine. Nice, 2013

⁵⁴ INCA

Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus,

Etude médico-économique, phase 1, Décembre 2015

⁵⁵Contraception Tableau récapitulatif

http://www.choisiracontraception.fr/pdf/contraception_tableau_recapitulatif.pdf

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Résumé

Le médecin généraliste possède de nombreuses missions, dont celles de premier recours et de participation aux actions de dépistage et de prévention. Les motifs courants de consultation en gynécologie font partie de sa pratique quotidienne, en collaboration avec les différents intervenants ; ceci d'autant plus que le nombre de gynécologues médicaux ne cesse de diminuer sur notre territoire.

Afin de mieux apprécier ces pratiques actuelles, nous avons mené une étude qualitative descriptive auprès de 70 médecins généralistes libéraux des Alpes-Maritimes et Alpes de Haute-Provence, par le biais d'un questionnaire diffusé par courriel, après randomisation. L'objectif principal était de décrire leur pratique actuelle en gynécologie-obstétrique, et de mettre en avant les principaux obstacles, corrélés aux caractéristiques d'exercice des médecins.

Les pratiques les plus réalisées étaient, par ordre décroissant, les mammographies, vaccinations anti-HPV, contraceptions, examens mammaires, gestion des infections génitales et ménopause. Les gestes techniques étaient au contraire peu pratiqués (dispositifs intra-utérins et implants), les frottis étant à part. Les obstacles principaux étaient le manque de temps, la présence d'un autre professionnel de santé exerçant dans cette spécialité, le risque médico-légal, la méconnaissance des rôles du médecin et la rémunération des actes.

Les actions de prévention et de dépistage sont ainsi bien suivies en médecine générale, frottis mis à part. Les obstacles sont multiples, mais il existe des solutions faciles à mettre en œuvre afin d'améliorer l'efficacité du suivi gynécologique des femmes, si tant est que chaque artisan ajoute sa pierre à l'édifice.

Gynécologie-Obstétrique ; Médecin généraliste ; Premier recours ; Prévention ; Dépistage ; PACA