



**HAL**  
open science

# Évaluation des compétences cliniques et techniques en gynécologie médicale acquises au cours du DES de médecine générale : enquête auprès des nouveaux médecins généralistes issus des promotions 2012 et 2013 de l'Université de Bordeaux

Claire-Estelle Guillaume

## ► To cite this version:

Claire-Estelle Guillaume. Évaluation des compétences cliniques et techniques en gynécologie médicale acquises au cours du DES de médecine générale : enquête auprès des nouveaux médecins généralistes issus des promotions 2012 et 2013 de l'Université de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01714730

**HAL Id: dumas-01714730**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01714730v1>**

Submitted on 21 Feb 2018

**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.

**Université de Bordeaux**  
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

Thèse n°6

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline: Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement par

**Claire-Estelle GUILLAUME**

Née le 18/05/1987 à Poissy

Le 23 Janvier 2018

**Evaluation des compétences cliniques et techniques en gynécologie  
médicale acquises au cours du DES de médecine générale**

**Enquête auprès des nouveaux médecins généralistes issus des  
promotions 2012 et 2013 de l'Université de Bordeaux**

Directrice de thèse

Docteur Sylvie DUHAMEL

Jury

Monsieur le Professeur Claude HOCKE  
Madame le Docteur Sylvie MAURICE  
Monsieur le Professeur William DURIEUX  
Madame le Docteur Edwige JACQUET  
Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL

Président  
Rapporteur et Juge  
Juge  
Juge  
Directrice

# REMERCIEMENTS

**Au président du jury,**

**Monsieur le Professeur Claude HOCKE,**

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Chef du pôle de Gynécologie-Obstétrique

Chef de service de Chirurgie Gynécologique et de Médecine de la Reproduction au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger ce travail. Je vous remercie pour l'attention que vous avez portée à mon travail et pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

**A ma directrice de thèse,**

**Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL,**

Médecin Spécialiste en Médecine Générale

Maître de Conférences associée au Département de Médecine Générale

Université Bordeaux 2

Je vous remercie infiniment d'avoir bien voulu me faire l'honneur d'accepter de diriger ce travail. Vous avez cru en mon projet dès notre premier entretien, je vous remercie de m'avoir fait confiance et de m'avoir accompagnée tout au long de l'année. Merci pour vos précieux conseils et critiques constructives.

**A mon rapporteur et membre du jury,**

**Madame le Docteur Sylvie MAURICE,**

Maître de Conférence Universitaire, Praticien Hospitalier en Epidémiologie et Santé Publique à l'Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement, Université Bordeaux 2

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer mon travail. Merci pour tous vos conseils avisés, votre disponibilité et toute votre aide apportée ces derniers mois. Grâce à vous Excel et Epi Info n'ont plus de secret pour moi !

**A Monsieur le Professeur William DURIEUX**

Médecin Spécialiste en Médecine Générale

Directeur adjoint du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux

Professeur associé du Collège National des Généralistes Enseignants

Je vous remercie d'avoir accepté de faire parti de ce jury. Vous me faites l'honneur de juger ce travail, soyez sûr de ma profonde gratitude. Merci pour votre implication et votre engagement pédagogique en tant qu'enseignant du Département de Médecine Générale.

**A Madame Edwige JACQUET**

Médecin Spécialiste en médecine générale

Tu me fais l'honneur de juger mon travail. En tant que jeune médecin généraliste pratiquant de la gynécologie en ambulatoire, ta place au sein de ce jury et ton avis critique était une évidence pour moi. Je te remercie pour ta disponibilité et ton soutien.

Aux **médecins généralistes**, pour le temps passé à répondre à mon questionnaire sans lesquels mon travail n'aurait été possible.

A ma **famille** et mes **amis** à qui j'adresserai des lignes personnelles.

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>2</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>6</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX .....</b>	<b>7</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>2. CONTEXTE DE L'ETUDE .....</b>	<b>12</b>
1. La démographie médicale.....	12
a) Des médecins généralistes .....	12
• En France.....	12
• En Nouvelle-Aquitaine.....	12
b) Des gynécologues-obstétriciens .....	12
• En France.....	12
• En Nouvelle-Aquitaine.....	12
2. Le suivi gynécologique des femmes françaises et les acteurs principaux .....	12
3. Les différents gestes cliniques et techniques en gynécologie .....	13
a) L'examen clinique des seins .....	13
b) Le toucher vaginal.....	13
c) La pose de spéculum .....	13
d) Les prélèvements cytotobactériologiques.....	14
e) Le frottis cervico-utérin (FCU).....	14
f) La pose et le retrait d'implant contraceptif .....	14
g) La pose et le retrait du dispositif intra utérin (DIU) .....	15
4. La formation en gynécologie des internes de médecine générale à Bordeaux.....	16
a) La formation pratique.....	16
• L'ancienne maquette .....	16
• La nouvelle réforme du 3 <sup>ème</sup> cycle.....	16
b) La formation théorique.....	16
c) Le laboratoire de gestes techniques .....	17
d) Diplôme Inter Universitaire (DIU) et Diplôme Universitaire (DU).....	17
<b>3. MATERIEL ET METHODES .....</b>	<b>18</b>
1. Objectifs de l'étude .....	18
a) Objectif principal .....	18
b) Objectifs secondaires.....	18
2. Type d'étude .....	18
3. Population de l'enquête.....	18
4. Description du questionnaire .....	18
5. Recueil des données.....	19
6. Analyse des données.....	19
<b>4. RESULTATS.....</b>	<b>20</b>
1. Population étudiée.....	20
a) Diagramme de flux.....	20
b) Taux de réponse.....	21
c) Les caractéristiques de la population ayant répondu (n=206).....	21

• Age et sexe .....	22
• La formation pratique en gynécologie.....	22
○ Les lieux de formation initiale en gynécologie.....	22
○ Les formations complémentaires.....	24
2. Les modalités de leur exercice actuel.....	25
3. Fréquence et aisance dans les gestes.....	26
4. Les déterminants de la fréquence et de l'aisance.....	28
a) Fréquence et aisance selon le <b>sexe</b> .....	28
• Les gestes cliniques de dépistage.....	28
• Les gestes techniques de contraception.....	29
b) Fréquence et aisance selon le <b>lieu de la formation initiale</b> .....	31
• Les gestes cliniques de dépistage.....	31
• Les gestes techniques de contraception.....	31
c) Fréquence et aisance selon la réalisation d'une <b>formation complémentaire</b> en gynécologie	32
• Les gestes cliniques de dépistage.....	32
• Les gestes techniques de contraception.....	33
d) Fréquence et aisance selon le <b>lieu d'exercice</b> .....	35
• Les gestes cliniques de dépistage.....	35
• Les gestes techniques de contraception.....	36
5. Les limites et obstacles à la réalisation des gestes.....	37
6. La formation pratique en gynécologie.....	39
a) Ressenti des médecins généralistes sur la formation pratique en gynécologie.....	39
b) Attentes et pistes d'améliorations proposées par les médecins généralistes.....	41
<b>5. DISCUSSION.....</b>	<b>42</b>
1. Discussion de la méthode.....	42
a) Les limites.....	42
• Biais de sélection.....	42
• Le questionnaire.....	42
b) Les forces.....	42
2. Les principaux résultats de l'étude.....	42
a) Objectif principal.....	42
b) Objectifs secondaires.....	43
• Les déterminants de cette pratique.....	43
• Les freins à la réalisation de ces gestes.....	44
• Le ressenti des médecins sur leur formation pratique initiale.....	44
3. Comparaison des résultats avec les données de la littérature.....	44
a) Points de convergence.....	44
b) Points de divergence.....	45
<b>6. CONCLUSION.....</b>	<b>46</b>
<b>7. LES REFERENCES.....</b>	<b>47</b>
<b>8. ANNEXES.....</b>	<b>49</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>56</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DIU	Dispositif Intra Utérin
DMG	Département de Médecine Générale
DU	Diplôme Universitaire
ECOGEN	Etude des Eléments de la consultation en médecine générale
FCU	Frottis Cervico-Utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RIAP	Relevé Individuel d'Activité Professionnelle
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
SUDOC	Système Universitaire de Documentation

# LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Diagramme de flux.	20
<b>Figure 2</b> : Nombre de réponses au questionnaire en fonction des semaines de l'année.	21
<b>Figure 3</b> : Répartition des deux promotions selon le sexe et l'âge.	22
<b>Figure 4</b> : Répartition des deux promotions selon leurs lieux de formation initiale en gynécologie.	23
<b>Figure 5</b> : Répartition selon les diplômes complémentaires à orientation gynécologique pendant et après le DES de médecine générale.	24
<b>Figure 6</b> : Répartition selon les diplômes complémentaires à orientation gynécologique et selon le moment de réalisation, pendant l'internat ou après la validation du DES de médecine générale.	24
<b>Figure 7</b> : Répartition des deux promotions selon le mode d'exercice actuel.	25
<b>Figure 8</b> : Fréquence de réalisation des gestes cliniques et techniques de gynécologie au cours de leur activité professionnelle actuelle.	26
<b>Figure 9</b> : Fréquence de réalisation des gestes cliniques de dépistage chez les médecins généralistes femmes et hommes.	28
<b>Figure 10</b> : Aisance dans les gestes cliniques de dépistage parmi les médecins généralistes qui les pratiquaient, selon le sexe.	29
<b>Figure 11</b> : Fréquence de réalisation des gestes techniques de contraception chez les médecins généralistes femmes et hommes.	29
<b>Figure 12</b> : Aisance dans les gestes de contraception parmi les médecins généralistes qui les pratiquaient, selon le sexe.	30
<b>Figure 13</b> : Proportion de médecins généralistes pratiquant les gestes cliniques de dépistage selon le lieu de formation initiale.	31
<b>Figure 14</b> : Proportion de médecins généralistes pratiquant les gestes de contraception en fonction du lieu de formation initiale.	31
<b>Figure 15</b> : Fréquence de réalisation des gestes cliniques de dépistage chez les médecins généralistes avec et sans formation complémentaire en gynécologie.	32
<b>Figure 16</b> : Aisance dans les gestes cliniques de dépistage parmi les médecins généralistes qui les pratiquaient, avec et sans formation complémentaire en gynécologie.	33
<b>Figure 17</b> : Fréquence de réalisation des gestes techniques de contraception chez les médecins généralistes avec et sans formation complémentaire en gynécologie.	33
<b>Figure 18</b> : Aisance dans les gestes techniques de contraception parmi les médecins généralistes qui les pratiquaient, avec et sans formation complémentaire.	34
<b>Figure 19</b> : Fréquence de réalisation des gestes cliniques de dépistage chez les médecins généralistes selon les lieux d'exercice : hôpital, ambulatoire ou mixte.	35

- Figure 20:** Aisance dans les gestes cliniques de dépistage parmi les médecins généralistes qui les pratiquaient, selon les lieux d'exercice : hôpital, ambulatoire ou mixte. 36
- Figure 21:** Fréquence de réalisation des gestes techniques de contraception chez les médecins généralistes selon les lieux d'exercice: hôpital, ambulatoire ou mixte. 36
- Figure 22 :** Aisance dans les gestes techniques de contraception parmi les médecins généralistes qui les pratiquaient, selon les lieux d'exercice : hôpital, ambulatoire ou mixte. 37
- Figure 23 :** Réponses des médecins généralistes à une échelle de type Likert sur le sentiment d'être suffisamment bien formés à la réalisation des gestes pratiques et techniques, à l'issue de l'internat. 40

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau 1:</b> Répartition des deux promotions selon le mode d'exercice actuel.	25
<b>Tableau 2:</b> Aisance avec les gestes cliniques de dépistage parmi les médecins généralistes qui pratiquaient.	27
<b>Tableau 3:</b> Aisance avec les gestes de contraception parmi les médecins généralistes qui pratiquaient.	27
<b>Tableau 4 :</b> Causes à la non réalisation des gestes cliniques de dépistage parmi ceux qui ne pratiquaient pas.	38
<b>Tableau 5 :</b> Causes à la non réalisation des gestes techniques de contraception parmi ceux qui ne pratiquaient pas.	39

# 1. INTRODUCTION

Un suivi gynécologique régulier et une participation aux campagnes de dépistage organisé sont fortement recommandés dans notre pays.

Cette prise en charge repose sur trois acteurs principaux : le gynécologue, le médecin généraliste et la sage-femme.

A l'heure actuelle, les études montrent que les femmes préfèrent confier ce suivi au spécialiste plutôt qu'au médecin généraliste (1). Quand certaines femmes apprécient la compétence, la spécialisation du gynécologue allant de pair avec la notion de savoir-faire (2) (3) d'autres femmes expliquent ignorer la capacité du médecin généraliste à pouvoir assurer leur suivi gynécologique (4).

En parallèle, force est de constater que le nombre de gynécologues tend à la baisse. Cette pénurie démographique n'épargne pas les médecins généralistes. En effet, l'ordre des médecins a estimé en 2016, dans son atlas démographique médical, une diminution de 8,4% des effectifs depuis 2007. Une tendance à la baisse qui a une forte probabilité de se pérenniser jusqu'en 2025 (5).

Indéniablement, les généralistes sont et seront de plus en plus sollicités pour assurer le suivi gynécologique de leurs patientes. Cependant, la littérature médicale établit un constat inquiétant sur la formation en gynécologie des internes de médecine générale la qualifiant « d'insuffisante » voire « d'inexistante » (6) (7) (8). Un constat qui touche essentiellement la formation pratique notamment la réalisation des gestes techniques. Seuls les médecins les plus intéressés compléteront leur formation par un diplôme universitaire de gynécologie.

Je me suis donc attachée à évaluer la proportion des gestes cliniques et techniques réalisés par des médecins généralistes nouvellement diplômés. Alors que de nombreuses études ont déjà été effectuées sur la pratique de la gynécologie en médecine générale, j'ai voulu me différencier sur deux points :

- D'une part, j'ai souhaité cibler uniquement les gestes cliniques de dépistage et techniques de contraception de gynécologie, à savoir : l'examen clinique des seins, le toucher vaginal, la pose de spéculum, les prélèvements cytotobactériologiques, le frottis cervico utérin, la pose/le retrait d'implant et la pose/le retrait de dispositif intra utérin.
- D'autre part, au lieu de m'intéresser aux médecins généralistes en activité depuis plusieurs années, j'ai préféré choisir une population de jeunes médecins généralistes exerçant depuis au maximum deux ans.

A partir de cette réflexion, j'ai donc posé la problématique suivante: « **Chez les nouveaux médecins généralistes, les compétences pour les gestes cliniques et techniques en gynécologie médicale sont-elles acquises à l'issue des trois années du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale avec les méthodes d'enseignement actuelles ?** »

Pour cette étude :

- L'objectif principal était d'évaluer la pratique actuelle des jeunes médecins généralistes concernant les gestes cliniques de dépistage et techniques de contraception en gynécologie médicale.

- Les objectifs secondaires étaient :

- Identifier les déterminants de la réalisation de ces gestes.

- Repérer les freins à la réalisation de ces gestes.
- Evaluer le ressenti des médecins sur leur formation pratique initiale en gynécologie.
- Identifier leurs attentes et les pistes d'amélioration.

Avant de décrire la méthode utilisée, voici quelques arguments qui justifient ce travail.

## **2. CONTEXTE DE L'ETUDE**

### 1. La démographie médicale

#### a) Des médecins généralistes

- En France

En 2016, l'ordre des médecins recensait 88 886 médecins généralistes en activité régulière soit une diminution de 8,4% des effectifs depuis 2007. Cette tendance à la baisse semble se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 455 médecins généralistes (1).

- En Nouvelle-Aquitaine

En 2016, la région Nouvelle-Aquitaine recensait 8448 médecins généralistes en activité régulière. Elle enregistrait une diminution de 4,9% du nombre de médecins généralistes sur la période 2007-2016.

L'analyse de la variation des effectifs départementaux de l'ancienne Aquitaine montrait une hausse du nombre de médecins généralistes pour le département de la Gironde, des Landes et des Pyrénées Atlantiques, tandis que les autres départements de la région constataient une baisse des effectifs (1).

#### b) Des gynécologues-obstétriciens

- En France

En 2016, on comptait en France 1259 gynécologues et une variation des effectifs à la baisse (- 33,9%) sur la période 2007-2016.

- En Nouvelle-Aquitaine

En 2016, la région Nouvelle-Aquitaine recensait 156 gynécologues médicaux et 96 gynécologues obstétriciens. Elle enregistrait respectivement une baisse de 22% et 46,7 % des effectifs sur la période 2007-2016.

### 2. Le suivi gynécologique des femmes françaises et les acteurs principaux

En 2008, la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale réalisait une enquête téléphonique auprès de 1030 femmes âgées de 15 ans et plus sur l'accès aux consultations gynécologiques médicales (9). 85% des femmes interrogées déclaraient avoir un suivi gynécologique assuré dans 70% des cas par un gynécologue plutôt qu'un médecin généraliste (15%). Malgré un suivi gynécologique très répandu, les plus jeunes (15-24 ans) et les plus âgées (65 ans et plus) étaient les moins suivies : respectivement 69% et 72% vs 85% pour l'ensemble des femmes interrogées. 14% des femmes interrogées n'étaient pas suivies en gynécologie.

L'étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale (ECOGEN) réalisée en 2011 par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) évaluait la distribution des motifs de consultation en médecine générale sur 128 centres nationaux. Parmi les 20 781 consultations analysées, environ 4% d'entre elles correspondaient à un motif gynécologique (10).

### 3. Les différents gestes cliniques et techniques en gynécologie

#### a) L'examen clinique des seins

Le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme avec 48 763 nouveaux cas estimés en 2012 en France. 60% des nouveaux cas de cancer du sein surviennent chez les femmes âgées de 50 à 74 ans. Il représentait en 2012 la 1<sup>ère</sup> cause de décès par cancer chez la femme.

Un examen clinique régulier des seins à partir de 25 ans est donc fortement recommandé.

Il posséderait une sensibilité de 54% et une spécificité de 94% (11). Il comprend l'inspection puis la palpation des seins et des aires ganglionnaires (12). La palpation de la glande mammaire se fait sur une patiente assise puis en position couchée et, dans chacune de ces positions, bras levés puis bras pendants. La main, bien à plat, examine tout le sein quadrant par quadrant, sans oublier le prolongement axillaire, le sillon sous-mammaire et le mamelon. On apprécie particulièrement la mobilité du mamelon sur le plan profond et on recherche un écoulement en exprimant le mamelon entre deux doigts.

Une masse est considérée comme suspecte si sa consistance est dure, indolore, fixée, irrégulière, associée à une rétraction un écoulement mamelonnaire ou une adénopathie.

#### b) Le toucher vaginal

Il se fait avec un doigt (l'index) ou deux doigts (l'index et le majeur) protégé(s) par un doigtier jetable en plastique mince à large collerette; lubrifié(s) ou simplement humidifié(s). Le(s) doigt(s) vient (viennent) prendre appui doucement sur la fourchette vulvaire, repoussée vers l'arrière tandis que le pouce et l'index de l'autre main dégagent les lèvres en les écartant. Les doigts se dirigent suivant la paroi postérieure du vagin en bas et en arrière vers le cul-de-sac vaginal postérieur. Le geste est souvent complété par une palpation abdominale concomitante qui vient « ramener » le contenu viscéral pelvien.

#### c) La pose de spéculum

Selon la morphologie de la patiente, on choisira la taille du spéculum adaptée. La mise en place de l'instrument doit être indolore. On évite de mettre de lubrifiant, surtout si l'on veut faire un prélèvement cytologique. Il faut savoir éviter la zone sous-urétrale et le clitoris qui sont très sensibles. La main gauche écartant les petites lèvres, on introduit le spéculum de deux manières :

- Soit en travers, en demandant à la malade de pousser; chez la multipare, il se produit un déroulement de la face antérieure et postérieure du vagin, qui permet facilement l'introduction.
- Soit en l'introduisant presque verticalement dans l'axe 7h-1h, en appuyant bien sur la fourchette et en tournant le spéculum presque de 90°, en même temps qu'on l'enfonce dans le vagin.

Une fois le spéculum posé sur la fourchette, il faut l'enfoncer vers le fond du vagin, dans la direction du col, tandis que deux doigts écartent les lèvres. L'opérateur vise le sacrum avec une inclinaison de 45° par rapport au plan de la table. La rotation peut se faire pendant la pénétration ou une fois le spéculum arrivé au niveau du col. On écarte alors avec la vis les deux lames du spéculum, de façon à visualiser le col utérin. Lorsque le col n'est pas visible, il faut le rechercher ailleurs :

- Plus profondément en prenant un spéculum plus long.
- Sous la symphyse, si l'utérus est rétroversé. On referme alors le spéculum et on l'enfonce dans une nouvelle direction pour l'ouvrir à nouveau.

Parfois, il est impossible de voir le col du fait d'un vagin exubérant, poussant des joues proéminentes entre les valves du spéculum. Le spéculum choisi peut être trop étroit, on en choisira un plus large.

Lorsque le spéculum est en place, on éclaire comme il faut le col, de façon à bien l'examiner. On pourra le débarrasser des sécrétions à l'aide d'une compresse sèche. On examinera alors l'aspect et l'abondance de la glaire cervicale puis on pratiquera les éventuels prélèvements cytobactériologiques et un frottis cervico utérin.

Une fois l'examen au spéculum terminé, on le retire doucement en visualisant la muqueuse vaginale (plaie, irritation...).

#### d) Les prélèvements cytobactériologiques

Le prélèvement cervico vaginal doit être réalisé à distance d'une toilette locale sans utilisation d'antiseptique et à distance de tout traitement antibiotique. Il est conseillé d'éviter le prélèvement pendant la période menstruelle car la flore est modifiée. Il se réalise sous spéculum au niveau des culs de sacs vaginaux et de l'endocol.

#### e) Le frottis cervico-utérin (FCU)

En France, le cancer du col de l'utérus représente le 9<sup>ème</sup> cancer chez la femme par sa fréquence avec 3000 nouveaux cas et plus de 1000 décès estimés chaque année. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande le dépistage de ce cancer par la réalisation d'un FCU à un rythme triennal (après 2 FCU normaux réalisés à un an d'intervalle) pour toutes les femmes entre 25 et 65 ans. Elle place le médecin généraliste au cœur de ce dépistage : « il doit effectuer la synthèse des informations transmises par les autres professionnels de santé, doit inciter à la participation au dépistage en prescrivant un test de dépistage ou en le réalisant lui-même et doit s'assurer de la bonne prise en charge en cas de test positif » (13).

Malgré ces recommandations, le FCU est trop peu réalisé en France : l'insuffisance de l'offre de soins, attribuable à la diminution du nombre de gynécologues médicaux et à leur inégalité de répartition sur le territoire, mais aussi la faible implication des médecins généralistes qui réalisent moins de 10% des FCU. L'amélioration de ce dépistage en France, qu'il reste individuel ou devienne organisé, nécessiterait une redistribution du suivi gynécologique systématique vers les médecins généralistes, souvent les seuls interlocuteurs médicaux des populations féminines les plus à risque (2).

#### f) La pose et le retrait d'implant contraceptif

L'implant contraceptif (Implanon® en 2001 puis remplacé par Nexplanon® en 2011) est constitué d'un petit bâtonnet cylindrique en plastique de 4 cm de long et de 2 mm de diamètre et contient 68mg d'Etonogestrel, métabolite actif du Désogestrel, une hormone progestative. Il est remboursé à 65% par l'assurance maladie. Il permet une contraception efficace pendant 3 ans. Il n'est pas exclu que l'effet contraceptif au cours de la 3<sup>ème</sup> année d'utilisation soit diminué chez les femmes en surpoids, il est donc recommandé de le remplacer plus tôt chez les femmes en surpoids (14).

Il s'insère, en sous cutané sous anesthésie locale, à 7 cm au-dessus de l'épicondyle sur la face médiale du bras non dominant entre le biceps et le triceps. On applique l'applicateur avec un angle de 30° puis on pique la peau avec le trocart et, dès que la ponction est effectuée on horizontalise l'applicateur. Pendant l'insertion, il faut veiller à garder l'applicateur horizontal afin de cheminer en sous-cutané. Une fois le trocart enfoncé jusqu'à la garde, on rétracte la manette située sur le dos de l'applicateur ce qui provoque la rétraction du trocart (15).

Le retrait s'effectue également sous anesthésie locale, on repère l'implant en appuyant sur sa partie proximale afin de faire saillir l'extrémité distale. Après désinfection, on réalise une incision transversale au ras de l'implant. On pousse ce dernier, une fois extériorisé, l'implant

est saisi avec une petite pince. Il est parfois nécessaire d'inciser la gaine fibreuse qui entoure l'implant et empêche son extraction (15).

En 2016, 4,3% des femmes déclaraient l'utiliser. Ce pourcentage est plus important chez les 20-24 ans (9,6%) (16).

#### g) La pose et le retrait du dispositif intra utérin (DIU)

Il existe deux types de dispositifs intra utérins, ceux composés de cuivre et ceux à base de Lévonorgestrel, une hormone progestative.

Les premiers sont composés d'un support plastique radio opaque à bras latéraux flexibles autour duquel s'enroule un fil de cuivre. Un fil de nylon attaché au support permet le contrôle de la présence du dispositif et le retrait. Plusieurs tailles sont disponibles afin de s'adapter à la hauteur de la cavité utérine. La durée maximale d'efficacité varie de 4 à 10 ans selon les dispositifs. L'activité ovarienne est conservée mais le flux menstruel peut être augmenté avec cette méthode contraceptive. Le mode d'action principal du DIU au cuivre est un effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes à l'origine d'une altération des spermatozoïdes, entraînant une inhibition de la fécondation. Le DIU agit également en provoquant une inflammation locale de l'endomètre qui empêche l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé.

Le DIU hormonal est constitué d'un corps en forme de T muni d'un réservoir cylindrique délivrant l'hormone progestative : le Lévonorgestrel. Deux types sont actuellement disponibles en France : le MIRENA® et le JAYDESS® qui contiennent respectivement 52 mg et 13,5 mg d'hormone progestative. Ce dispositif contraceptif entraîne un épaissement de la glaire cervicale prévenant le passage cervical des spermatozoïdes (14).

Avant la pose d'un stérilet, il est indispensable de réaliser un examen gynécologique pour évaluer la taille et la position de l'utérus. On s'assurera également de l'absence d'une infection génitale et d'une grossesse. On visualise le col avec l'aide d'un spéculum puis on désinfecte minutieusement le vagin et le col avec une solution antiseptique adaptée. La lèvre antérieure du col utérin est saisie avec une pince de Pozzi pour aligner le canal cervical et la cavité utérine puis la profondeur de la cavité utérine est mesurée à l'aide d'un hystéromètre. Nous décrivons ici la technique de pose du DIU Mirena®. La première étape consiste à pousser le curseur vers le haut de la poignée dans le sens de la flèche jusqu'au bout pour entrer Mirena® dans le tube inserteur. Tout en maintenant le curseur en position haute, on positionne le bord supérieur de la bague au niveau de la valeur correspondant à la profondeur de la cavité utérine préalablement mesurée avec l'hystéromètre. Alors que le curseur est toujours en position haute, on introduit le tube inserteur dans le canal cervical jusqu'à ce que la bague soit à distance d'environ 1,5 cm de l'orifice externe du col utérin. Tout en tenant fermement l'inserteur, on ramène le curseur jusqu'à la marque pour déployer les bras latéraux de Mirena® dans la cavité utérine. L'inserteur est poussé délicatement vers le fond de l'utérus jusqu'au ce que la bague soit au contact du col de l'utérus. Puis on ramène complètement le curseur vers le bas pour libérer le DIU tout en gardant le tube inserteur en place. Ce dernier est enlevé puis on coupe les fils à environ 2-3 cm du col utérin pour les laisser visibles (17). Une échographie sera réalisée pour vérifier la position correcte du DIU. Pour retirer les DIU, il suffit de tirer sur les fils à l'aide d'une pince.

En 2010, seules 1,3% des femmes de 15-49 ans sans enfant utilisaient le stérilet, la proportion s'élevant à 20% parmi celles qui ont un enfant et 40% pour celles qui ont en deux ou plus (18). Trois ans plus tard, avec la controverse sur les pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération et la diminution des réticences des médecins français à prescrire un DIU aux femmes nullipares,

l'utilisation de cette méthode contraceptive a augmenté (de 2% à 5% chez les femmes de 20-24 ans et de 8% à 16% chez celles de 25-29 ans). Cette augmentation concernait surtout les femmes les plus diplômées (19).

Ce profil évolutif se confirme en 2016 : les femmes de plus de 30 ans utilisent dans les mêmes proportions que la pilule et passent en tête chez les plus de 35 ans. Il attire même les plus jeunes (4,7% des 20-24 ans en 2016 contre 1,6 en 2010) et connaît une hausse spectaculaire chez les 25-29 ans (6,9% en 2010 contre 19% en 2016) (16).

En 2004, la HAS recommande à l'ensemble des professionnels de santé que le DIU soit utilisé à tous les âges que les femmes aient eu ou non un enfant (20). Le recours au DIU comme méthode contraceptive augmente chaque année.

#### 4. La formation en gynécologie des internes de médecine générale à Bordeaux

##### a) La formation pratique

- L'ancienne maquette

Précisons que la population de l'étude a bénéficié de l'enseignement décrit ci-dessous.

Pour valider le DES de médecine générale, la maquette devait comprendre obligatoirement un stage de six mois en gynécologie et/ou pédiatrie. Ce dernier pouvait être réalisé en milieu hospitalier, soit dans un service de gynécologie soit dans un service de pédiatrie. Certains terrains de stage proposaient à l'interne de passer 3 mois en gynécologie et 3 mois en pédiatrie.

Ce dernier pouvait également valider ce stage de pédiatrie en ambulatoire si le médecin généraliste réalisait plus de 25% d'actes en patientèle de moins de 16 ans. Ce taux défini arbitrairement est attesté par le Relevé Individuel d'Activité Professionnelle (RIAP). Il s'inscrit dans l'hypothèse d'une exposition importante à la pédiatrie et par extension aux problématiques gynécologiques davantage présentes au sein d'une patientèle jeune. La partie purement gynécologique du stage est réalisée soit au planning familial, soit à la protection maternelle et infantile (PMI) soit auprès d'une sage-femme libérale ou bien auprès d'un gynécologue hospitalier.

En 2011, un groupe d'experts d'enseignants de médecine générale a produit une liste de 11 situations cliniques auxquelles les internes devront être confrontés durant leur DES. Ce choix de 11 grandes familles est cohérent avec le modèle d'apprentissage par compétence. Concernant la santé de la femme, il est spécifié que l'interne devra être mis en situation de gérer des situations de dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme (21).

- La nouvelle réforme du 3<sup>ème</sup> cycle

Depuis la rentrée universitaire 2017, les internes réalisent leur 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales selon une nouvelle maquette. Dorénavant, un stage de 6 mois en gynécologie est obligatoire. Ce dernier est réalisé en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année au cours de la « phase d'approfondissement ». Il peut être effectué soit à l'hôpital soit en ambulatoire (chez un praticien ayant une grosse activité de gynécologie ou en PMI).

##### b) La formation théorique

Les problématiques de gynécologie médicale sont abordées en 2<sup>ème</sup> année d'internat au cours du module n°4 autour de scripts et situations ponctuelles écrits par l'interne et présentés en

cours.

c) Le laboratoire de gestes techniques

Pour compléter cette formation, l'Université de Bordeaux offre la possibilité à l'interne de participer à des ateliers pratiques de gestes techniques (apprentissage du toucher vaginal, de la pose de spéculums, de la réalisation de FCU) enseignés par des médecins généralistes à l'aide de mannequins. Actuellement, le laboratoire dispose de :

- Trois simulateurs de bassin pour l'examen gynécologique et la réalisation de FCU
- De la mousse pour la pose et le retrait d'implant qui sera remplacé prochainement par des segments de bras en matériau synthétique.
- Trois boîtes en plastique pour la pose de DIU qui sera prochainement remplacé par des petits bassins avec utérus visible.

d) Diplôme Inter Universitaire (DIU) et Diplôme Universitaire (DU)

Le DIU de « Gynécologie-Obstétrique pour les médecins généralistes » a pour objectif de compléter l'acquisition des connaissances et surtout, parfaire et vérifier l'acquisition des compétences des médecins généralistes dans les domaines tels que le dépistage des cancers, la contraception, la surveillance d'une grossesse normale, les infections sexuellement transmissibles, l'interruption volontaire de grossesse, la prise en charge de la ménopause... Le diplôme est validé par la présence obligatoire aux cours, la réalisation des stages pratiques et la soutenance d'un mémoire.

Le DU de « Régulation des naissances et suivi de la femme » dure une année universitaire associant un enseignement théorique, des travaux pratiques en centre d'orthogénie et/ou gynécologie. Le programme d'enseignement théorique comprend des cours sur la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, la sexualité, le suivi de la femme, dépistage et prévention, la prise en charge de la ménopause, la prise en charge des symptômes les plus courants.

### **3. MATERIEL ET METHODES**

#### 1. Objectifs de l'étude

##### a) Objectif principal

Notre objectif principal était d'évaluer la pratique actuelle des jeunes médecins généralistes concernant les gestes cliniques de dépistage et techniques de contraception en gynécologie médicale selon les deux critères suivants : la fréquence et l'aisance dans la réalisation de ces gestes.

##### b) Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- L'identification des déterminants de la réalisation des gestes.
- La détermination des freins à la réalisation des gestes.
- L'évaluation du ressenti des médecins sur leur formation pratique initiale en gynécologie.
- L'identification des attentes et des pistes d'amélioration.

#### 2. Type d'étude

Pour répondre à la question de recherche nous réalisons entre avril et juillet 2017 une étude quantitative descriptive transversale.

La recherche bibliographique était effectuée sur Internet à l'aide de Sudoc, Google Scholar, Cismef, Pubmed avec les mots clefs suivants : gynécologie médicale, gestes techniques, médecin généraliste, formation, implant, DIU, FCU, prélèvements vaginaux, examen clinique des seins, spéculum.

#### 3. Population de l'enquête

La population cible était l'ensemble des internes inscrits au DES de médecine générale de l'Université de Bordeaux en 2012 et 2013 et ayant validé leur diplôme à l'issue des trois années d'internat, qu'ils soient thésés ou non.

#### 4. Description du questionnaire

Le questionnaire était rédigé sur Google Form et testé auprès de trois médecins généralistes pour vérifier la compréhension des questions.

Il est accessible en annexe.

Il était composé des cinq parties suivantes :

- L'introduction présentait le sujet de recherche et les objectifs de l'étude.
- L'évaluation des caractéristiques du médecin :
  - L'année de promotion
  - Le sexe
  - L'année de naissance
  - Les modalités de l'exercice actuel
- Des informations sur la formation initiale en gynécologie pendant le 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale :
  - Le lieu de formation
  - La réalisation ou non d'une formation complémentaire en gynécologie
  - Le ressenti sur le niveau de la formation à l'issue des trois années d'internat.

- L'inventaire des gestes techniques et des actes cliniques de gynécologie réalisés au cours de leur pratique actuelle : la pose et le retrait d'implant, la pose et le retrait de DIU, la pose de spéculum, la réalisation de FCU et de prélèvements cytot bactériologiques, l'examen clinique des seins et le toucher vaginal. Pour chaque geste l'aisance du praticien était évaluée. Dans le cas où ils ne réalisaient pas ce geste au cours de leur activité professionnelle, les raisons leur étaient demandées.
- La réalisation ou non d'un projet de formation complémentaire en gynécologie. Enfin, pour ceux qui le souhaitaient, un commentaire libre pouvait être laissé sur la qualité de la formation en gynécologie médicale à la faculté de médecine de Bordeaux.

#### 5. Recueil des données

Le secrétariat du Département de Médecine Générale (DMG) de Bordeaux envoyait le lien du questionnaire par courrier électronique le 13 avril 2017 aux internes issus des deux promotions 2012 et 2013.

Par souci de confidentialité, les adresses mails de l'ensemble des internes n'étaient pas communiquées par le DMG. Seules les adresses mails de la promotion 2013 avaient pu être récupérées via le syndicat des internes de médecine générale d'Aquitaine. Les données étaient recueillies entre le 13 avril et le 20 juillet 2017. La première relance, début mai, concernait donc uniquement la promotion 2013.

Fin mai, une deuxième relance des deux promotions était effectuée par l'intermédiaire du réseau social Facebook. Ils étaient de nouveau relancés début Juillet par le même biais.

#### 6. Analyse des données

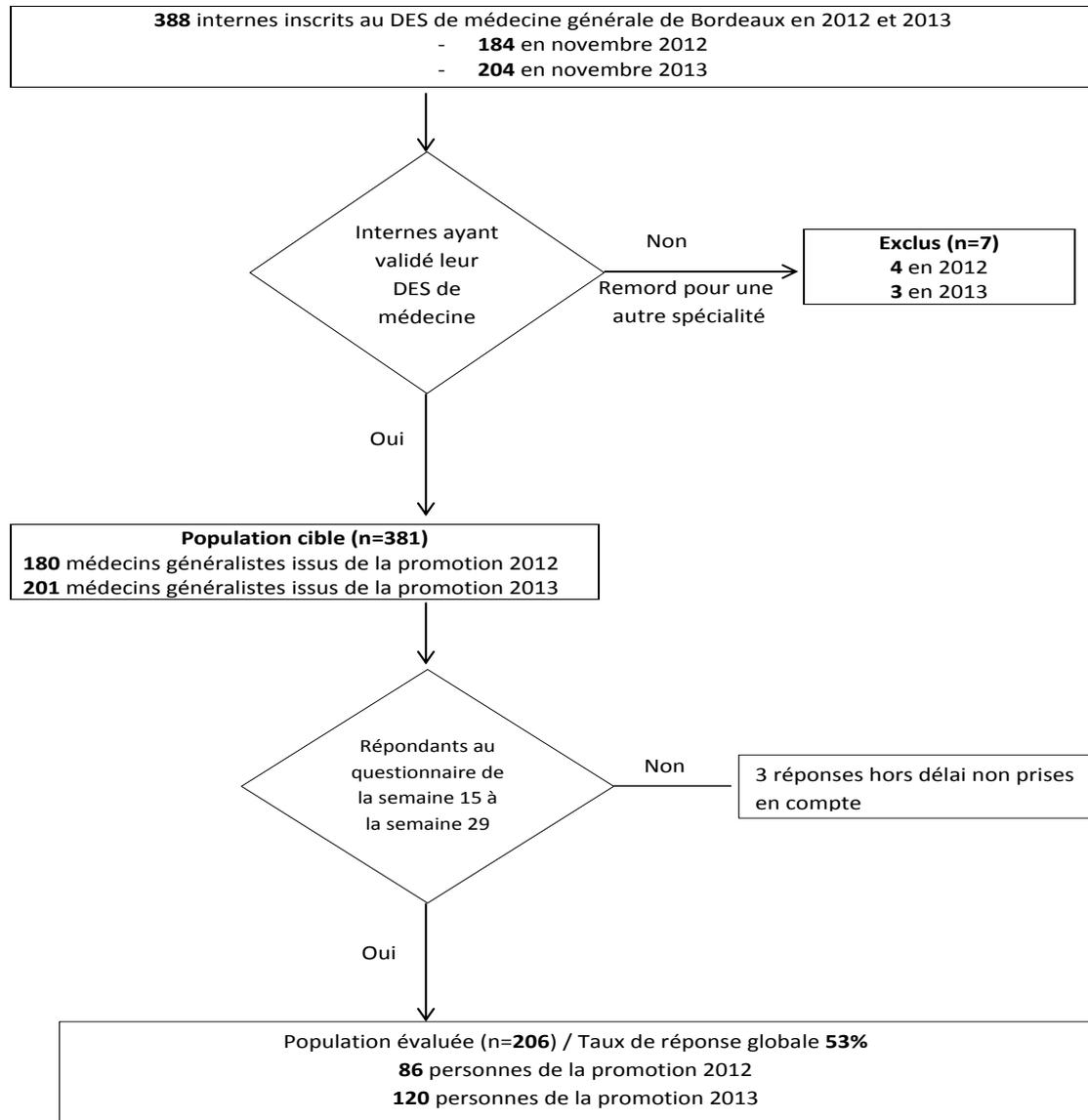
La plate-forme Google Form collectait automatiquement les données statistiques dans un tableur Excel. Dans un premier temps, il était réalisé un « monitoring de la base de données » avec la suppression de trois doublons de réponses, la création de variables d'intérêt et la vérification de la cohérence des données.

Dans un second temps, nous analysions les données à l'aide du logiciel Epi Info. Le travail statistique était accompagné par un médecin épidémiologiste de l'Isped, le Docteur Sylvie Maurice.

## 4. RESULTATS

### 1. Population étudiée

#### a) Diagramme de flux



**Figure 1 : Diagramme de flux.**

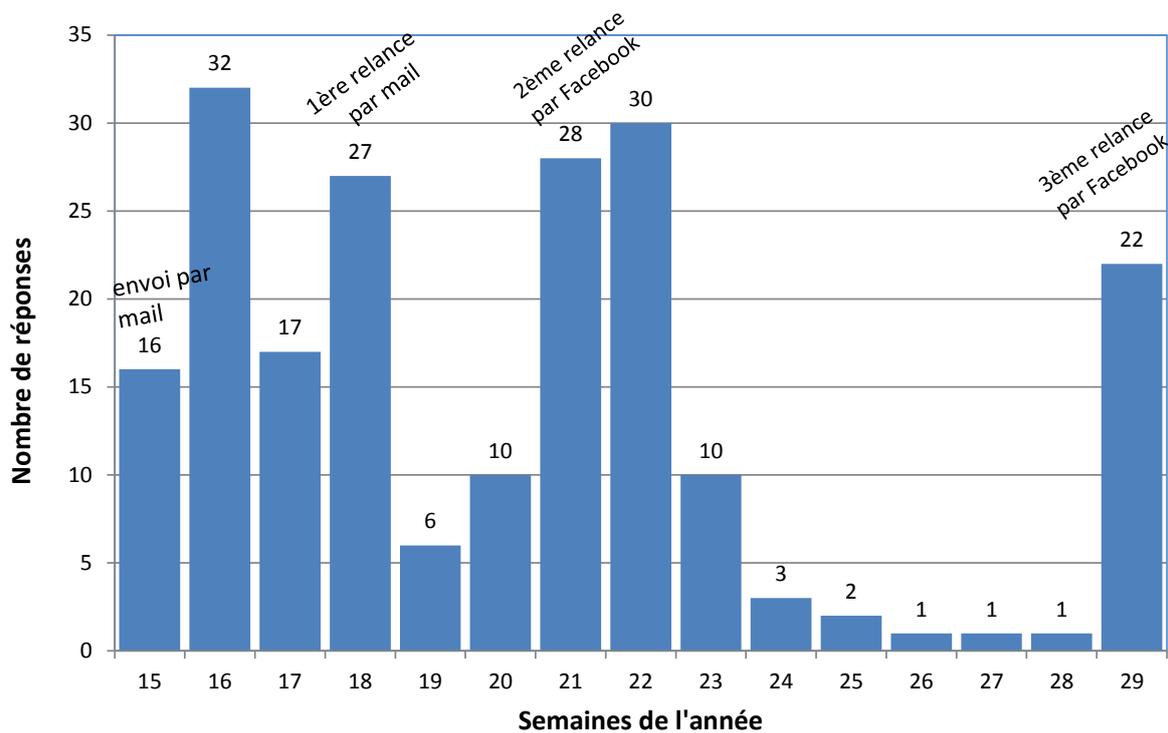
Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Il ressort du diagramme de flux que 388 internes se sont inscrits au DES de médecine générale de Bordeaux dont 184 en 2012 et 204 en 2013.

Quatre personnes de la promotion 2012 et trois personnes de la promotion 2013 ont fait un droit au remord pour une autre spécialité et étaient donc exclues de notre analyse.

La population évaluée comprenait les 206 médecins généralistes qui ont complété le questionnaire dont 86 issus de la promotion 2012 et 120 de la promotion 2013.

## b) Taux de réponse



**Figure 2: Nombre de réponses au questionnaire en fonction des semaines de l'année.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux (n=206).

Les premiers questionnaires étaient envoyés par courriers électroniques par le DMG de la Faculté de Bordeaux le 13 avril 2017, soit la 15<sup>ème</sup> semaine de l'année.

Trois semaines plus tard et après avoir réuni 65 réponses, une première relance était effectuée par mail également. Ne disposant que des adresses électroniques de la promotion 2013, cette dernière uniquement était concernée par cette relance. 43 réponses supplémentaires étaient ainsi obtenues en trois semaines.

Le 22 mai, une deuxième relance, des deux promotions, était effectuée par l'intermédiaire du réseau social Facebook permettant de réunir 76 réponses supplémentaires.

Enfin, une dernière relance par le même biais permettait d'avoir 22 réponses supplémentaires.

Le 20 juillet, on comptabilisait 206 réponses dont 86 pour la promotion 2012 et 120 pour la promotion 2013. Le taux de réponse global était de 53%. Le taux de réponse pour la promotion 2012 était de 42% et 59% pour la promotion 2013. Ces taux de réponses nous semblaient satisfaisants et nous conduisaient à arrêter notre étude à cette date-là.

Trois personnes répondaient au-delà de la date limite fixée, leurs réponses n'étaient donc pas prises en compte.

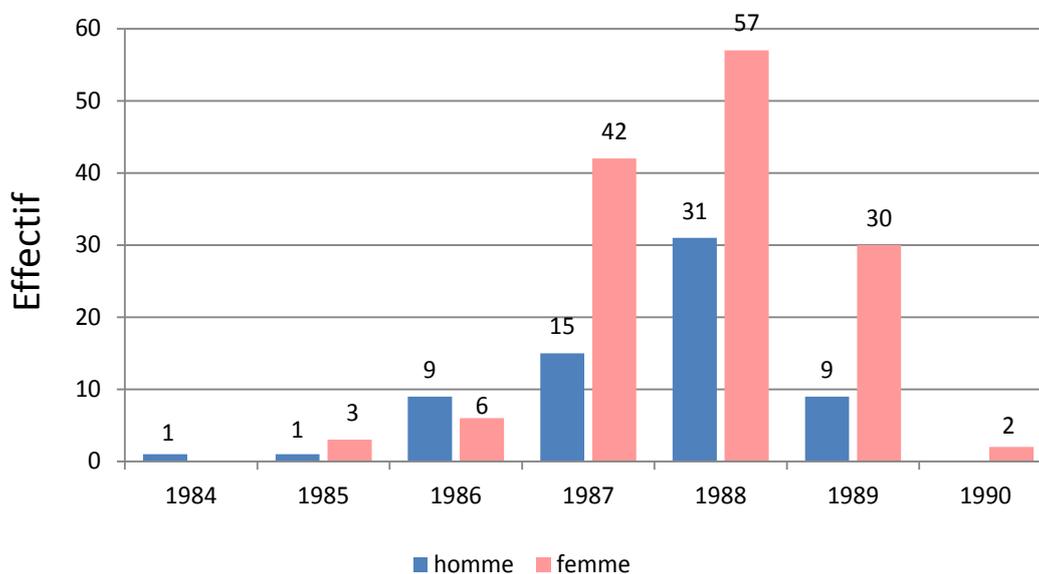
## c) Les caractéristiques de la population ayant répondu (n=206)

Dans ce paragraphe on trouvera les réponses posées aux premières questions du questionnaire dont l'objectif était de mieux appréhender les caractéristiques socio démographiques de la population (le sexe, l'année de naissance, l'année de promotion et les modalités de l'exercice

actuel) et la formation éventuelle en gynécologie.

- Age et sexe

La population répondante était composée majoritairement de femmes, avec 140 femmes (68%) et 66 hommes (32%). La plupart des médecins interrogés étaient nés entre 1987 et 1989.



**Figure 3 : Répartition des deux promotions selon le sexe et l'année de naissance (n=206).**  
Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

- La formation pratique en gynécologie
  - Les lieux de formation initiale en gynécologie

Les médecins étaient interrogés sur leurs lieux de formation pratique en gynécologie. Plusieurs réponses étaient possibles parmi les cinq réponses suivantes :

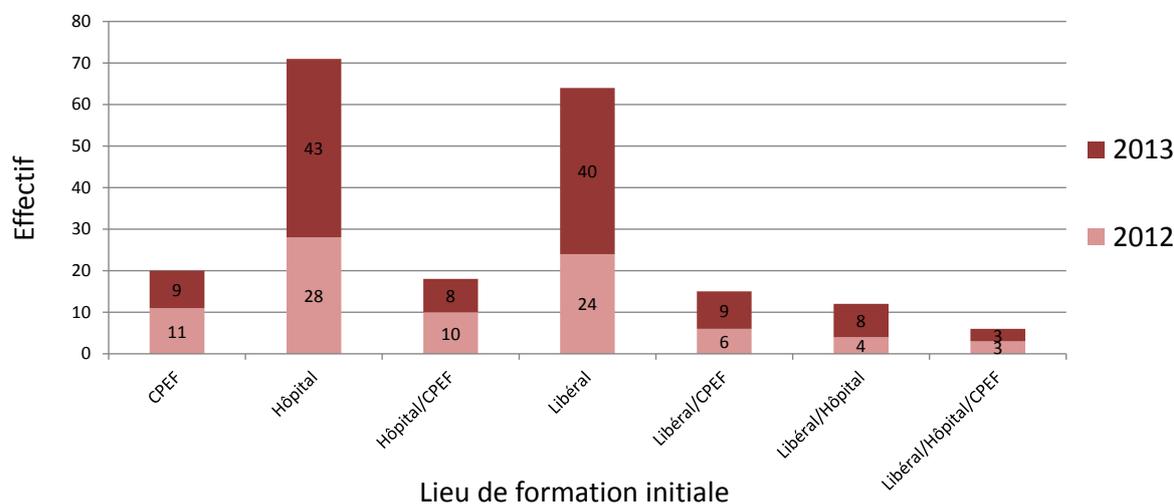
- Le stage praticien niveau 1
- Le stage praticien niveau 2 (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé : SASPAS)
- Le stage praticien validant la gynécologie-pédiatrie
- Le stage hospitalier de gynécologie
- Le Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)
- La PMI

L'ensemble des réponses permettait de créer sept groupes de formations initiales :

- Le 1<sup>er</sup> groupe « **Libéral** » rassemblait les médecins qui étaient formés au cours du « stage praticien niveau 1 » et/ou « niveau 2 » et/ou « stage praticien validant la gynécologie-pédiatrie ».
- Le 2<sup>ème</sup> groupe « **Hôpital** » rassemblait les médecins formés au cours d'un stage hospitalier de gynécologie.
- Le 3<sup>ème</sup> groupe « **CPEF** » rassemblait les médecins formés au cours d'un stage en PMI et/ou au CPEF.
- Le 4<sup>ème</sup> groupe « **Hôpital/CPEF** ».

- Le 5<sup>ème</sup> groupe « **Libéral/CPEF** ».
- Le 6<sup>ème</sup> groupe « **Libéral/CPEF/Hôpital** ».
- Le 7<sup>ème</sup> groupe « **Libéral/Hôpital** ».

Les résultats sont détaillés dans le graphique suivant :



**Figure 4 : Répartition des deux promotions selon leurs lieux de formation initiale en gynécologie (n=206).**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

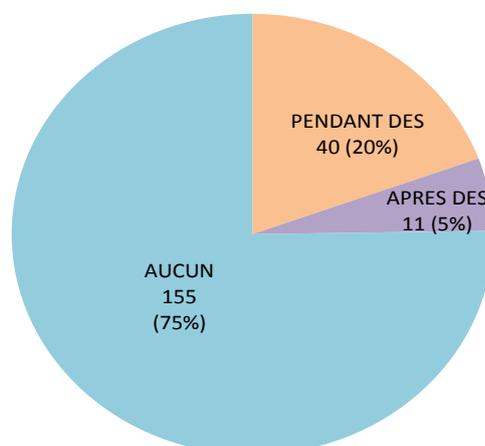
Certains médecins ne citaient qu'un seul lieu de formation. Parmi ceux-là, 35% des médecins répondaient avoir acquis leur formation pratique en gynécologie au cours d'un stage hospitalier, 28 étaient issus de la promotion 2012 et 43 de la promotion 2013.

31% des répondants déclaraient avoir été formés au cours du stage libéral (stage de niveau 1, stage de niveau 2, stage chez le praticien validant la gynécologie pédiatrie) dont 24 personnes étaient issues de la promotion 2012 et 40 de la promotion 2013.

10% des répondants citaient le CPEF comme lieu d'apprentissage de la pratique en gynécologie.

Les 51 autres médecins citaient plusieurs lieux de formation à la fois salariale et libérale associant un stage hospitalier, un stage en cabinet de médecine générale et des journées au CPEF.

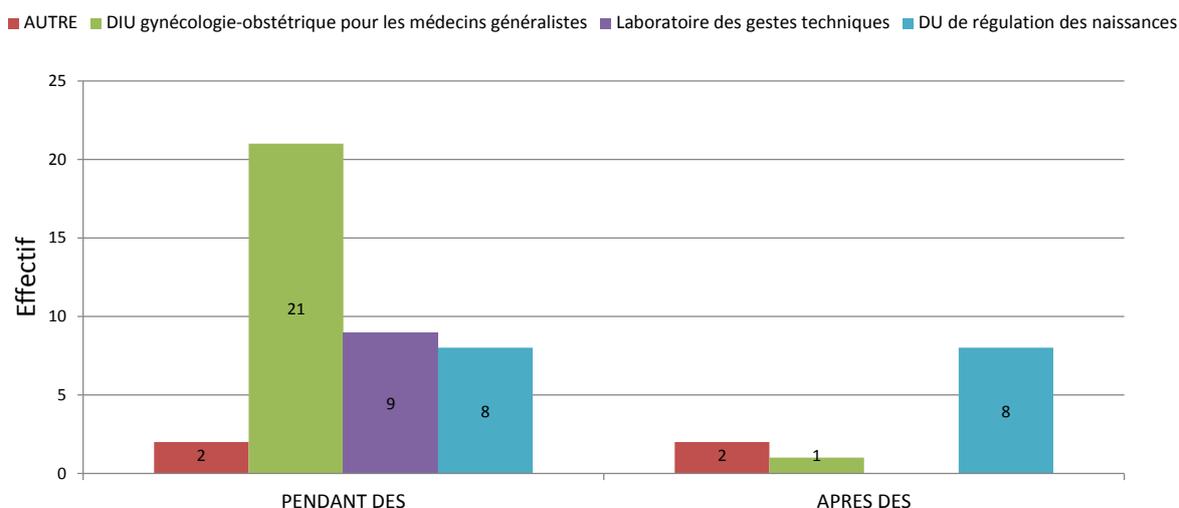
○ Les formations complémentaires



**Figure 5: Répartition selon les diplômes complémentaires à orientation gynécologique pendant et après le DES de médecine générale (n=206).**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Les trois quarts des médecins, soit 75% (n=155) déclaraient ne pas avoir réalisé de formation complémentaire diplômante en gynécologie au cours ou après leur DES de médecine générale. 20% des médecins généralistes (n=40 avec 38 femmes et deux hommes) avaient validé un diplôme complémentaire à orientation gynécologique pendant leur internat et 5% après leurs études.



**Figure 6: Répartition selon les diplômes complémentaires à orientation gynécologique et selon le moment de réalisation, pendant l'internat (n=40) ou après la validation du DES de médecine générale (n=11).**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Parmi les 40 personnes qui répondaient avoir réalisé un diplôme complémentaire pendant leurs études, 21 personnes avaient validé le Diplôme Inter Universitaire (DIU) de Gynécologie Obstétrique pour les médecins généralistes.

Huit personnes avaient validé le Diplôme Universitaire (DU) de régulation des naissances.

Neuf personnes déclaraient avoir participé au laboratoire des gestes techniques.

Un médecin avait validé le DIU de contraception et orthogénie à Paris et un autre avait passé le DU de suivi de suites de couches et période néonatale à domicile.

## 2. Les modalités de leur exercice actuel

Après avoir validé leur DES de médecine générale, 66% (n=137) des médecins généralistes ont choisi d'exercer en ambulatoire. La répartition était la même selon les deux promotions. Parmi les 137 médecins, deux personnes se sont installées, deux personnes ont choisi la collaboration et 133 praticiens ont déclaré exercer en tant que remplaçant.

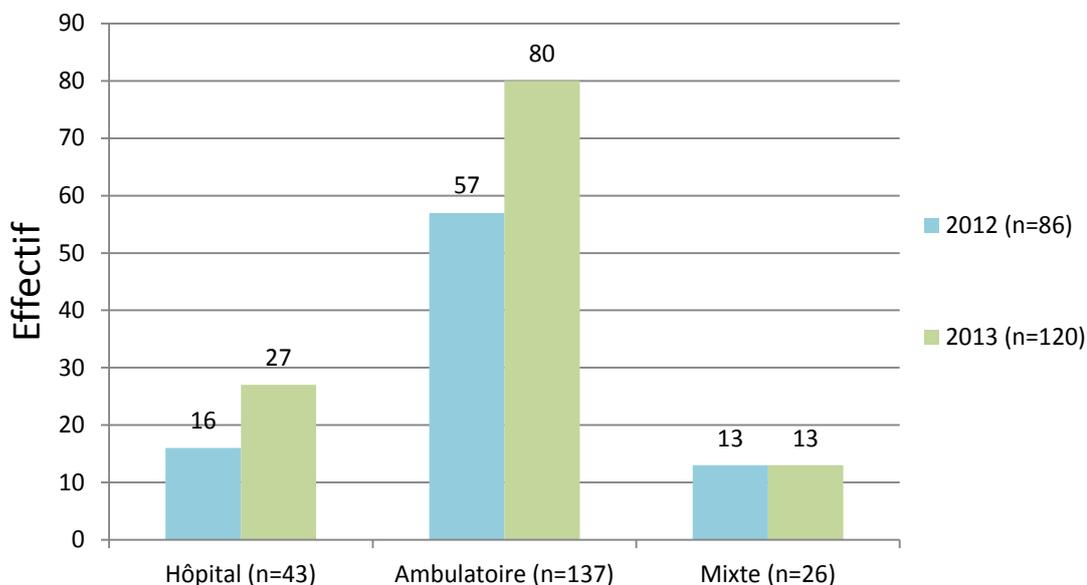
21% des médecins se sont orientés vers une carrière hospitalière.

13% ont gardé une activité mixte, hospitalière et ambulatoire.

**Tableau 1: Répartition des deux promotions selon le mode d'exercice actuel (n=206).**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

ANNÉE DE PROMOTION	Hôpital (n=43)	Ambulatoire (n=137)	Mixte (n=26)
2012 (n=86)	16 (19%)	57 (66%)	13 (15%)
2013 (n=120)	27 (23%)	80 (67%)	13 (11%)



**Figure 7: Répartition des deux promotions selon le mode d'exercice actuel (n=206).**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

### 3. Fréquence et aisance dans les gestes

La partie suivante s'est intéressée aux critères de jugement de notre étude : l'évaluation des gestes cliniques de dépistage et les gestes techniques de contraception en termes de **fréquence** et d'**aisance**.

→ Les gestes **cliniques de dépistage** comprenaient :

- L'examen clinique des seins
- Le toucher vaginal
- La pose de spéculum
- La réalisation de prélèvements cytotabactériologiques
- Le FCU

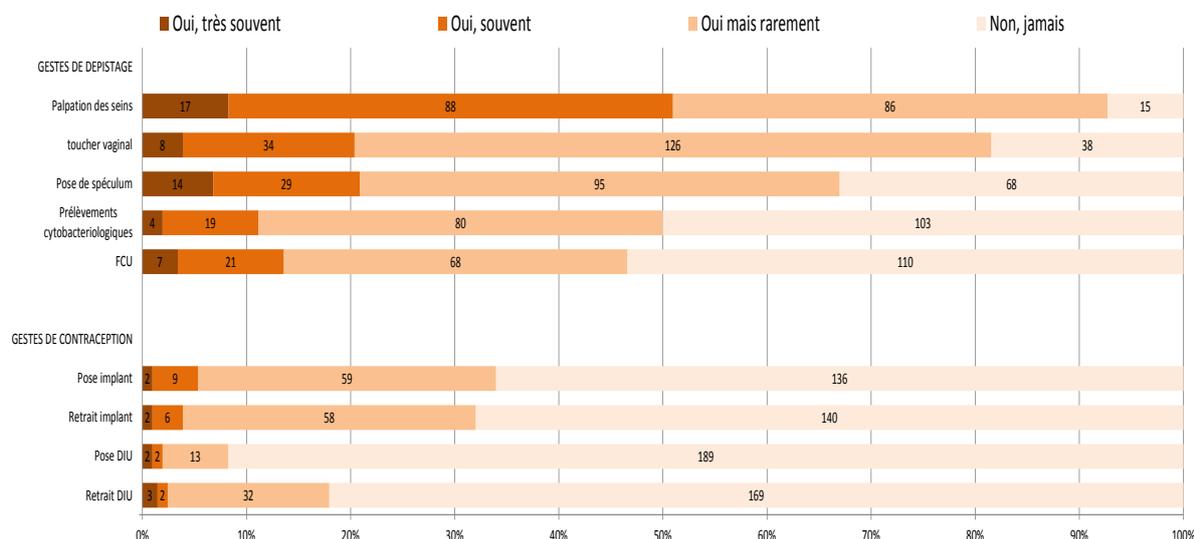
→ Les gestes **techniques de contraception** comprenaient :

- La pose et le retrait d'un implant contraceptif
- La pose et retrait d'un DIU

Ainsi, pour chaque geste il leur était demandé s'ils pratiquaient ce geste et à quelle fréquence. Ils avaient dû choisir parmi les 4 réponses suivantes:

- Oui mais rarement
- Oui souvent
- Oui très souvent
- Non jamais

Le détail des résultats pour **la fréquence** de l'ensemble des gestes est développé dans le graphique suivant :



**Figure 8: Fréquence de réalisation des gestes cliniques de dépistage et techniques de contraception de gynécologie au cours de leur activité professionnelle actuelle (n=206).**  
Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Il ressort de ce graphique que la majorité des médecins déclaraient réaliser l'examen clinique des seins, le toucher vaginal et la pose de spéculum au cours de leur activité actuelle. Les prélèvements cytotabactériologiques n'étaient réalisés que par la moitié des nouveaux médecins

généralistes et le frottis restait l'examen de dépistage le moins réalisé. Les gestes de contraception étaient beaucoup moins pratiqués.

En cas de réponse positive, les médecins devaient répondre par oui ou par non à la question « **vous sentez-vous à l'aise ?** ».

A l'inverse, s'ils ne pratiquaient pas ce geste, il leur était demandé d'apporter une ou plusieurs raisons (que nous détaillerons ultérieurement).

**Tableau 2: Aisance avec les gestes cliniques de dépistage parmi les médecins généralistes qui pratiquaient.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

	MEDECINS QUI PRATIQUENT	A L'AISE AVEC CE GESTE	SANS ETRE A L'AISE
<b>EXAMEN CLINIQUE DES SEINS</b>	191 (93%)	156 (82%)	35 (18%)
<b>TOUCHER VAGINAL</b>	168 (82%)	129 (77%)	39 (23%)
<b>POSE SPECULUM</b>	138 (67%)	118 (85%)	20 (15%)
<b>PRELEVEMENT BACTERIOLOGIQUE</b>	103 (50%)	90 (87%)	13 (13%)
<b>FCU</b>	96 (47%)	83 (86%)	13 (14%)

Qu'ils pratiquaient les gestes de dépistage « rarement » à « très souvent » on constatait que les médecins étaient à l'aise avec ces gestes. Le toucher vaginal semblait être le geste avec lequel ils étaient le moins à l'aise.

**Tableau 3: Aisance avec les gestes techniques de contraception parmi les médecins généralistes qui pratiquaient.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

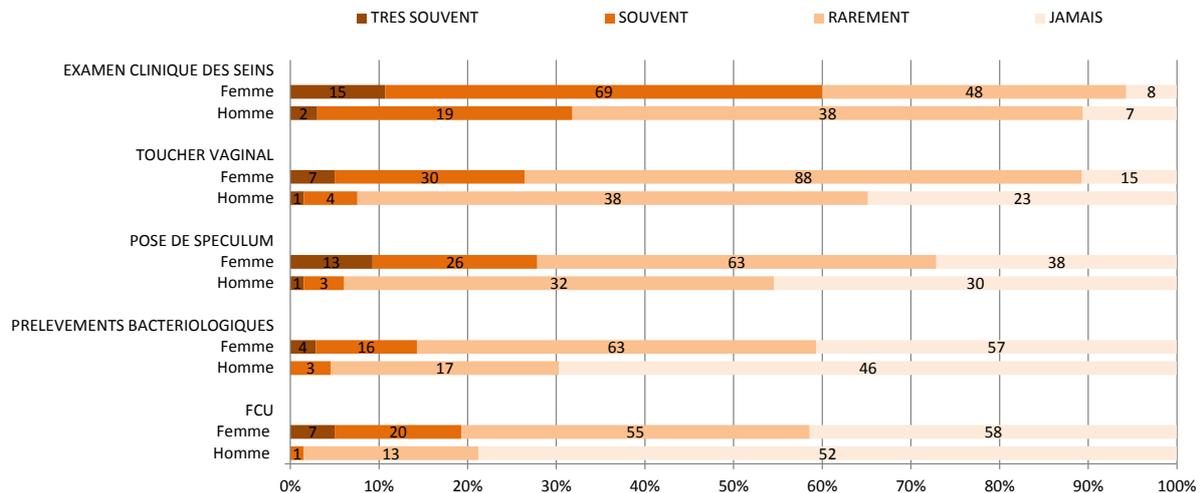
	MEDECINS QUI PRATIQUENT	A L'AISE AVEC CE GESTE	SANS ETRE A L'AISE
<b>POSE IMPLANT</b>	70 (34%)	63 (90%)	7 (10%)
<b>RETRAIT IMPLANT</b>	66 (32%)	50 (76%)	16 (24%)
<b>POSE DIU</b>	17 (8%)	10 (59%)	7 (41%)
<b>RETRAIT DIU</b>	37 (18%)	33 (89%)	4 (11%)

La pose d'implant et le retrait de DIU ne semblaient pas poser de difficultés pour les médecins qui réalisaient ce geste. Un quart des médecins qui retiraient des implants n'étaient pas à l'aise avec ce geste. La pose de DIU apparaissait comme le geste le plus difficile puisque 41% des praticiens avouaient ne pas se sentir à l'aise.

#### 4. Les déterminants de la fréquence et de l'aisance

##### a) Fréquence et aisance selon le sexe

- Les gestes cliniques de dépistage

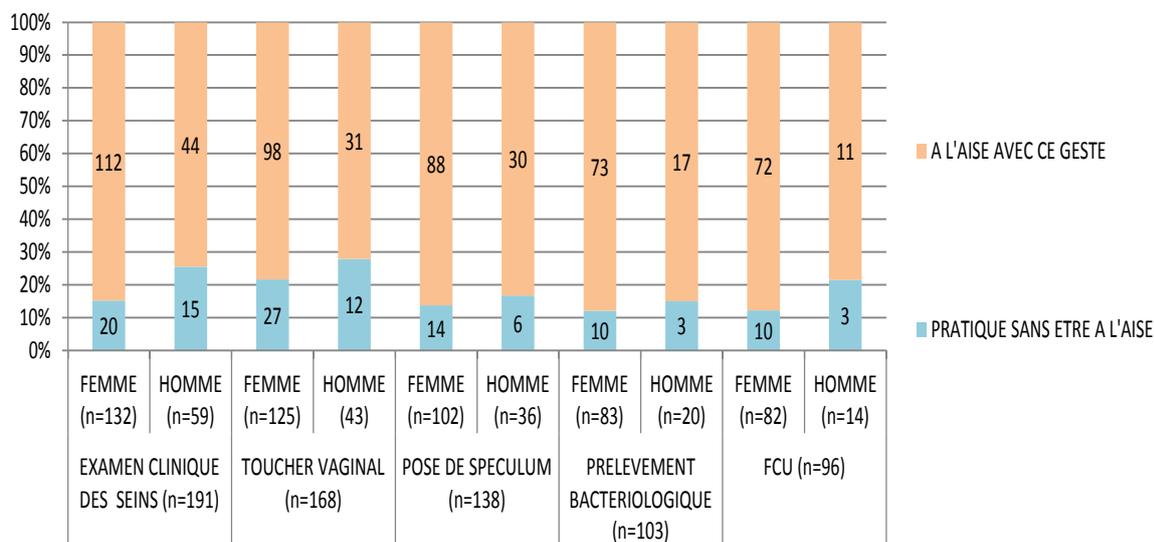


**Figure 9: Fréquence de réalisation des gestes cliniques de dépistage chez les médecins généralistes femmes (n=140) et hommes (n=66).**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Les femmes pratiquaient systématiquement plus souvent les gestes cliniques de dépistage que les hommes avec un différentiel beaucoup plus important pour les gestes endovaginaux : 37 points pour le FCU, 24 points pour le toucher vaginal, 29 points pour les prélèvements cyto bactériologiques, 18 points pour la pose de spéculum et seulement cinq points de différence pour l'examen clinique des seins (voir tableau en annexe).

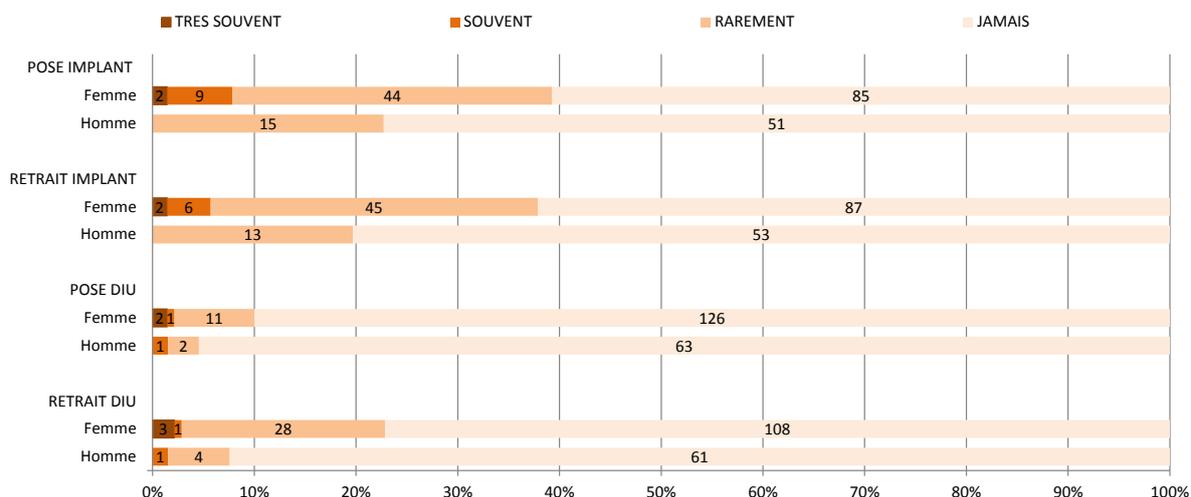
Dans la figure suivante, l'aisance pour les gestes cliniques de dépistage était étudiée parmi les médecins qui pratiquaient (de rarement à très souvent). On soulignait une proportion non négligeable (de plus de 10%) de médecins qui pratiquaient sans être à l'aise, souvent plus élevée chez les hommes.



**Figure 10: Aisance dans les gestes cliniques de dépistage parmi les médecins généralistes qui les pratiquaient, selon le sexe.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

- Les gestes techniques de contraception



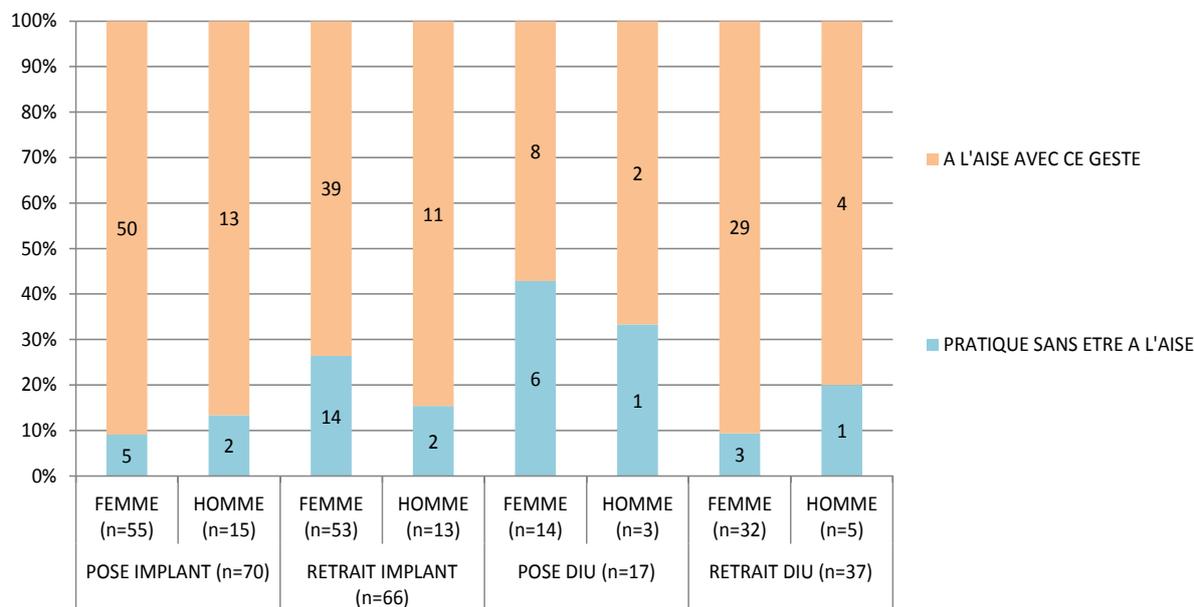
**Figure 11: Fréquence de réalisation des gestes techniques de contraception chez les médecins généralistes femmes (n=140) et hommes (n=66).**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Le constat était le même concernant les gestes techniques de contraception avec un différentiel de seize points pour la pose d'implant, quatre points pour le retrait d'implant, de

six points pour la pose de DIU et de quinze points pour le retrait de DIU.

Comme pour les gestes cliniques de dépistage, on constatait également que les médecins généralistes pratiquaient les gestes techniques de contraception sans être à l'aise. Notons que les effectifs étaient beaucoup plus restreints.

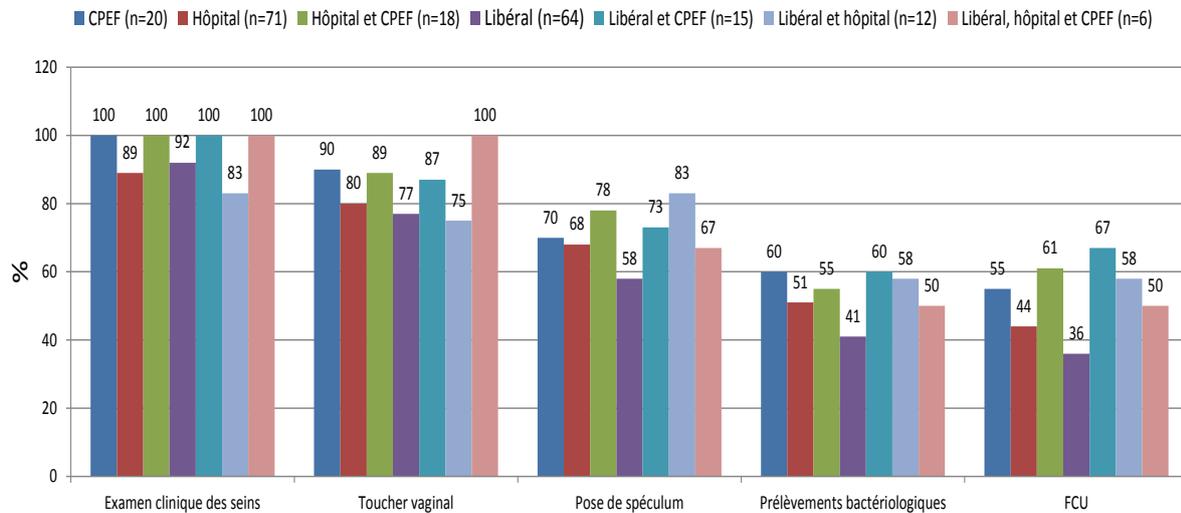


**Figure 12: Aisance dans les gestes techniques de contraception parmi les médecins généralistes qui les pratiquaient, selon le sexe.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

## b) Fréquence et aisance selon le lieu de la formation initiale

- Les gestes cliniques de dépistage



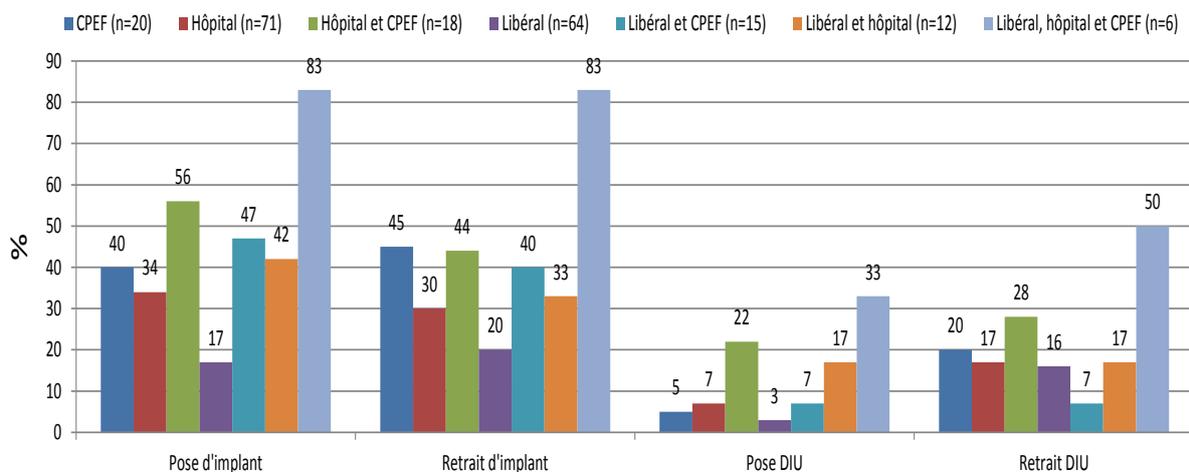
**Figure 13: Proportion de médecins généralistes pratiquant les gestes cliniques de dépistage selon le lieu de formation initiale.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

On ne constatait pas d'écart significatif concernant les gestes cliniques de dépistage selon le lieu de formation initiale.

Le différentiel le plus important (31 points) concernait la réalisation du FCU. La proportion de médecins généralistes qui pratiquaient le moins ce geste avait reçu une formation initiale au cours d'un stage en médecine libérale.

- Les gestes techniques de contraception



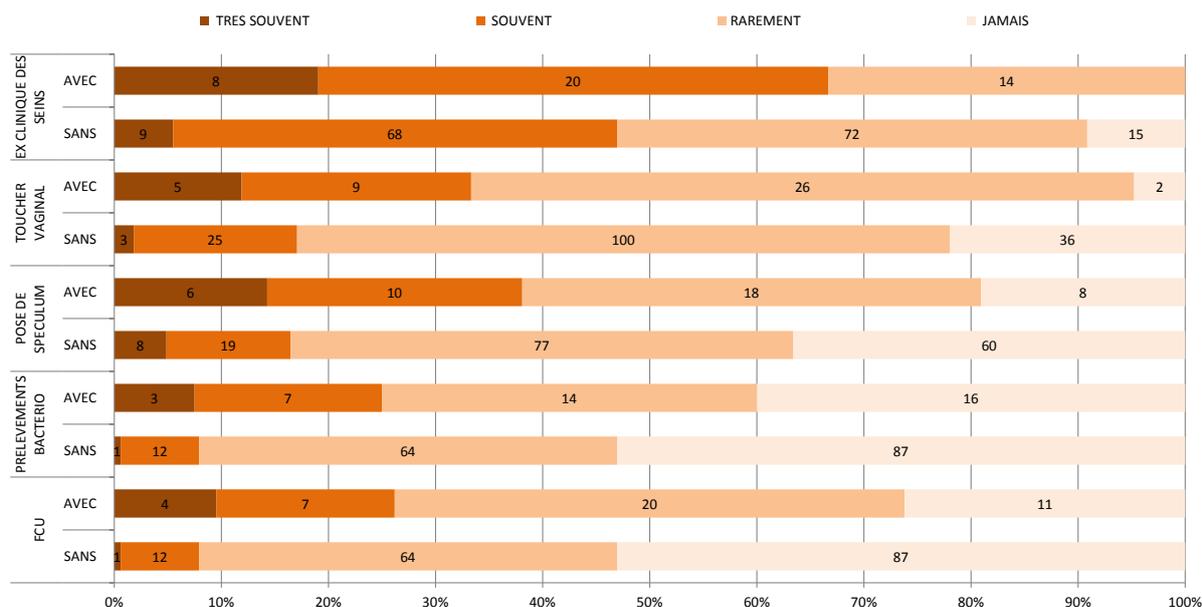
**Figure 14 : Proportion de médecins généralistes pratiquant les gestes techniques de contraception en fonction du lieu de formation initiale.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Il ressort de ce graphique que la plus grande proportion de médecins qui réalisaient les quatre gestes de contraception avaient reçu une formation initiale mixte : libéral, hôpital et CPEF. En seconde position, on retrouvait ceux qui avaient été formés à l'hôpital et au CPEF. Les internes qui étaient formés au cours d'un stage en libéral étaient ceux qui réalisaient le moins de gestes contraceptifs au cours de leur activité actuelle.

c) Fréquence et aisance selon la réalisation d'une formation complémentaire en gynécologie

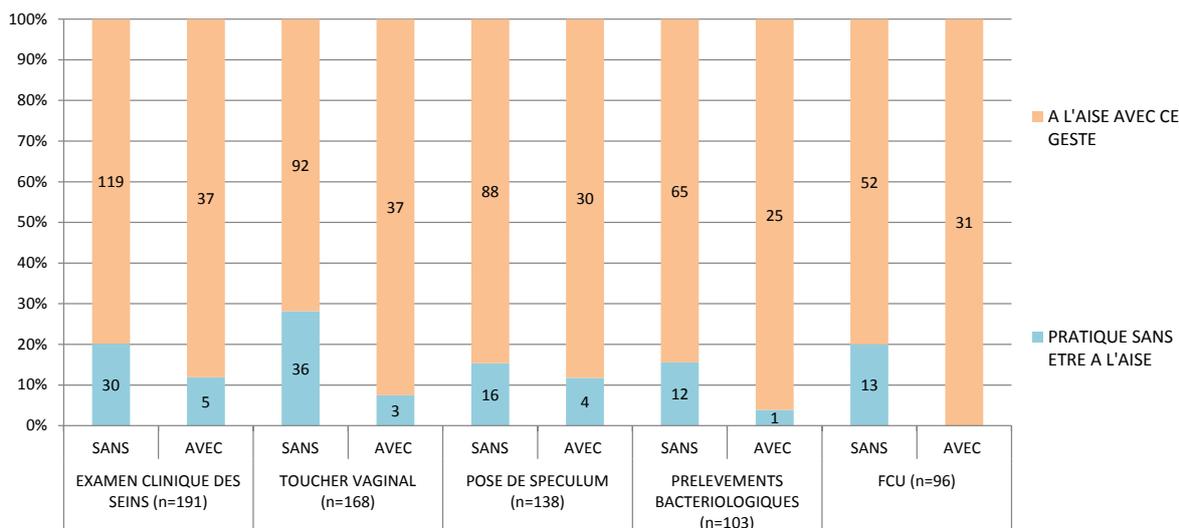
- Les gestes cliniques de dépistage



**Figure 15: Fréquence de réalisation des gestes cliniques de dépistage chez les médecins généralistes avec (n=42) et sans (n=164) formation complémentaire en gynécologie.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Les médecins généralistes qui avaient une formation complémentaire en gynécologie pratiquaient plus de gestes cliniques de dépistages que ceux qui n'en n'avaient aucune. Cette différence était plus marquée concernant la réalisation du FCU avec un différentiel de 25 points.

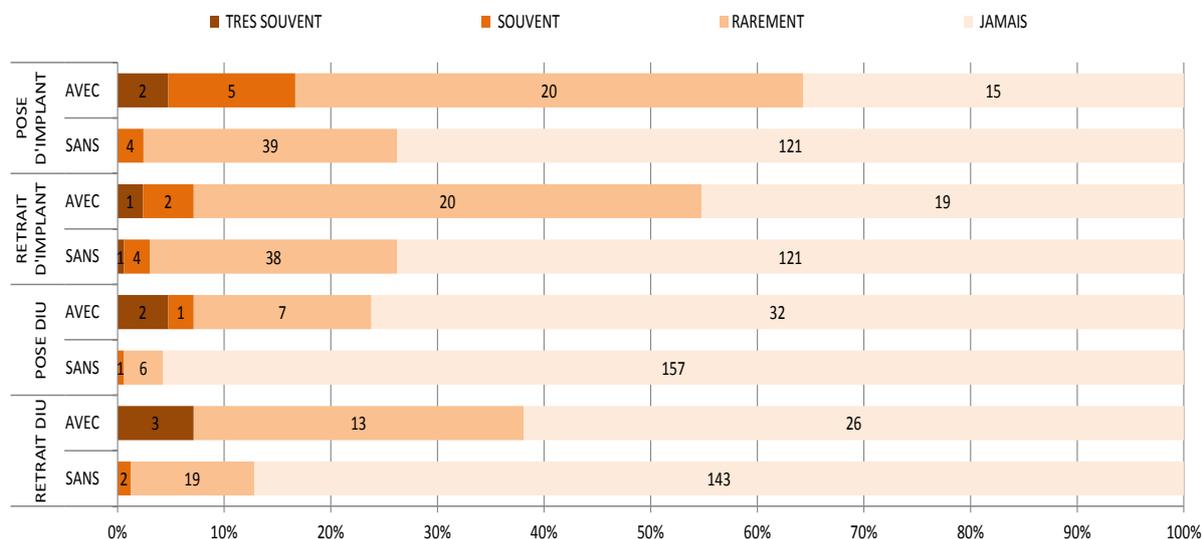


**Figure 16: Aisance dans les gestes cliniques de dépistage parmi les médecins généralistes qui les pratiquent, avec (n=42) et sans (n=164) formation complémentaire en gynécologie.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Les médecins qui avaient reçu une formation complémentaire en gynécologie étaient plus à l'aise avec la réalisation du FCU (20 points) et le toucher vaginal (21 points) par rapport aux médecins sans formation complémentaire.

- Les gestes techniques de contraception

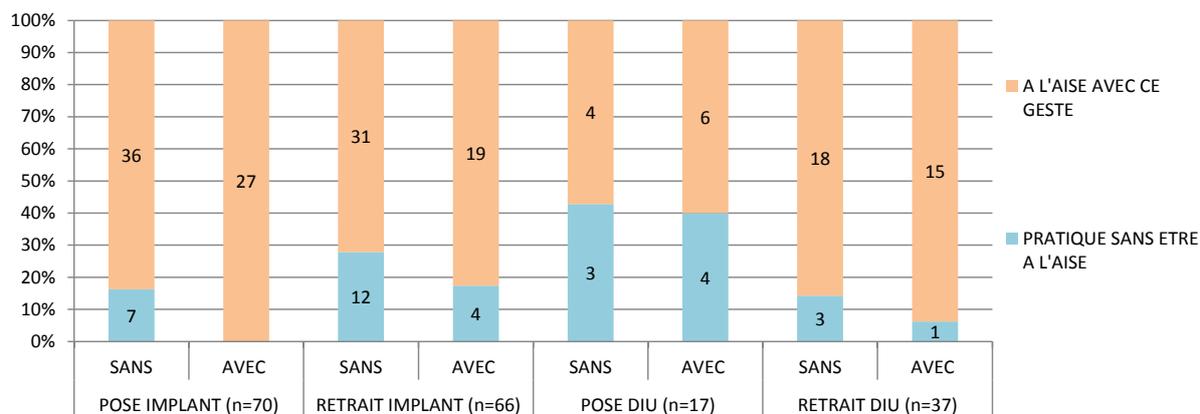


**Figure 17: Fréquence de réalisation des gestes techniques de contraception chez les médecins généralistes avec (n=42) et sans (n=164) formation complémentaire en gynécologie.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Les médecins généralistes qui avaient une formation complémentaire en gynécologie pratiquaient plus de gestes techniques de contraception que ceux qui n'en n'avaient aucune.

Cette différence était plus marquée concernant la pose d'implant avec une différence de 38 points. On relevait une différence de 29 points pour le retrait d'implant, de 20 points pour la pose de DIU et de 25 points pour le retrait du DIU.



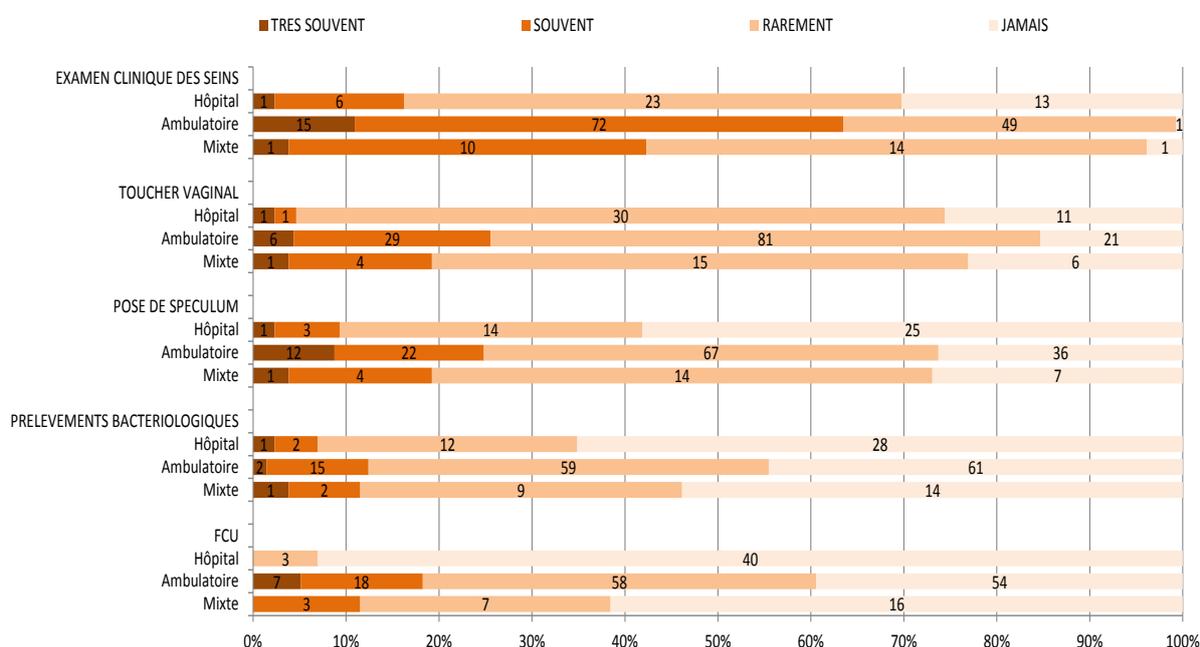
**Figure 18 : Aisance dans les gestes techniques de contraception parmi les médecins généralistes qui les pratiquaient, avec (n=42) et sans (n=164) formation complémentaire.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Comme précédemment pour les gestes de dépistage, les médecins qui avaient reçu une formation complémentaire en gynécologie étaient plus à l'aise avec la pose d'un implant contraceptif (15 points). L'aisance avec les autres gestes contraceptifs semblait être sensiblement la même selon que les médecins avaient ou non une formation complémentaire.

#### d) Fréquence et aisance selon le lieu d'exercice

- Les gestes cliniques de dépistage



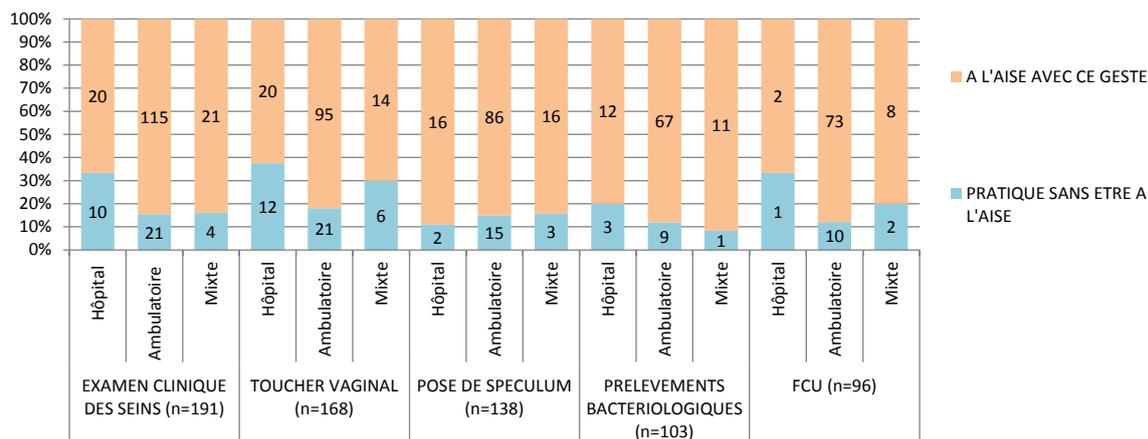
**Figure 19: Fréquence de réalisation des gestes cliniques de dépistage chez les médecins généralistes selon les lieux d'exercice : hôpital (n=43), ambulatoire (n=137) ou mixte (n=26).**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Les médecins qui réalisaient le plus souvent des gestes de dépistage étaient ceux travaillant en ambulatoire ou qui avaient une activité mixte. A l'inverse les médecins qui déclaraient avoir une activité hospitalière réalisaient beaucoup moins souvent des gestes de dépistage. La différence de pratique était essentiellement retrouvée pour la réalisation du FCU et la pose de spéculum.

L'examen clinique des seins et le toucher vaginal représentaient les deux gestes cliniques les plus pratiqués par les médecins généralistes parmi les cinq gestes de dépistage, quel que soit leur lieu d'exercice actuel.

Le FCU et les prélèvements cyto bactériologiques étaient rarement pratiqués par les médecins généralistes libéraux. Moins de 20% des médecins le faisaient souvent.

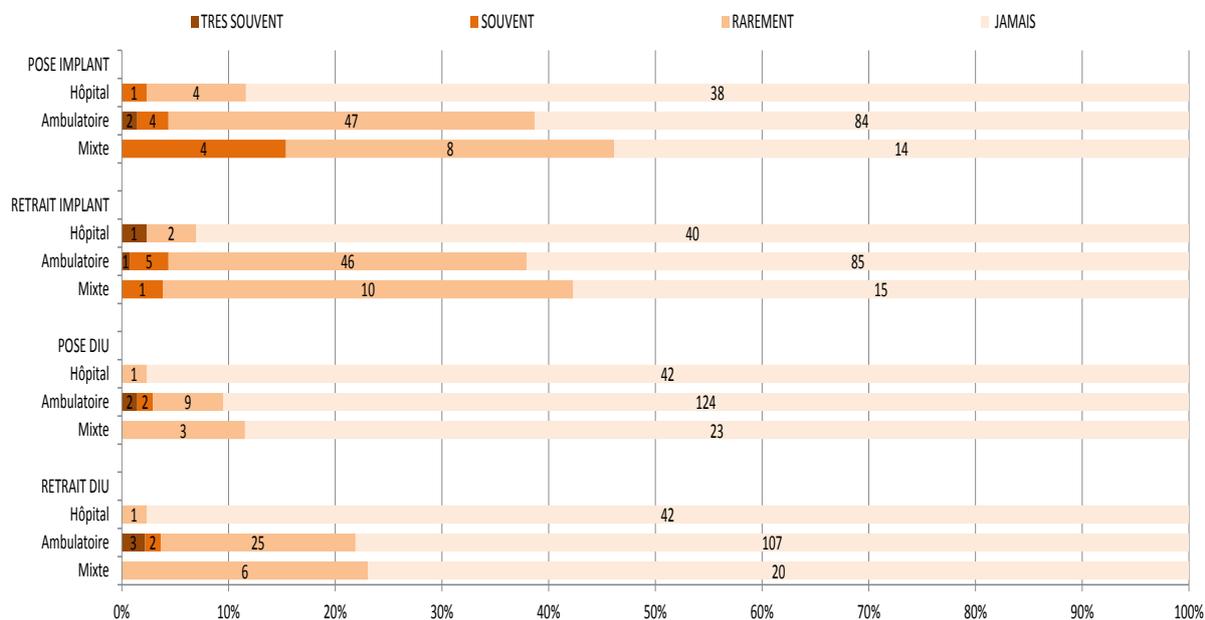


**Figure 20: Aisance dans les gestes cliniques de dépistage parmi les médecins généralistes qui les pratiquaient, selon les lieux d'exercice : hôpital (n=43), ambulatoire (n=137) ou mixte (n=26).**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Les médecins généralistes qui travaillaient à l'hôpital étaient ceux qui étaient le moins à l'aise vis-à-vis des gestes de dépistage, sauf pour la pose de spéculum.

- Les gestes techniques de contraception

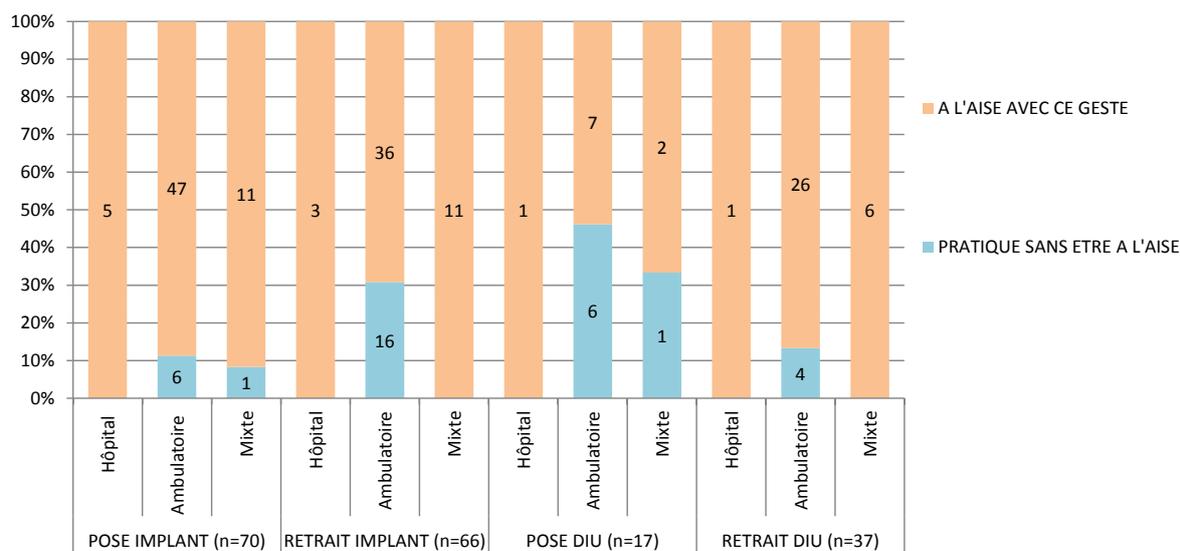


**Figure 21: Fréquence de réalisation des gestes techniques de contraception chez les médecins généralistes selon les lieux d'exercice: hôpital (n=43), ambulatoire (n=137) ou mixte (n=26).**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Les gestes contraceptifs étaient dans l'ensemble réalisés le plus souvent par les médecins qui déclaraient avoir une activité professionnelle mixte. L'écart était peu marqué entre les

médecins libéraux et les médecins avec une activité mixte. A l'inverse, il existait un différentiel important entre ces derniers et ceux avec une activité hospitalière.



**Figure 22 : Aisance dans les gestes techniques de contraception parmi les médecins généralistes qui les pratiquaient, selon les lieux d'exercice : hôpital (n=43), ambulatoire (n=137) ou mixte (n=26).**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Les médecins libéraux étaient les moins à l'aise avec la réalisation des gestes contraceptifs surtout pour le retrait d'implant et la pose de DIU.

##### 5. Les limites et obstacles à la réalisation des gestes

Quand les médecins disaient qu'ils ne pratiquaient pas un geste, ils pouvaient choisir plusieurs raisons parmi les réponses proposées :

- Je ne sais pas bien faire
- Je n'ai pas assez de demandes
- Je manque de temps
- C'est mal rémunéré
- Je préfère déléguer à un confrère qui exerce à proximité
- J'ai déjà vécu un événement indésirable avec ce geste
- Je n'ai pas l'occasion de réaliser ce geste dans ma pratique quotidienne
- Autre

Dans le tableau suivant, les réponses les plus fréquentes (citées plus de 50 fois) ont été surlignées en orange, puis en orange clair si la réponse était citée entre 20 et 50 fois et en jaune pour les réponses mentionnées moins de 20 fois.

**Tableau 4 : Causes de non réalisation des gestes cliniques de dépistage parmi ceux qui ne pratiquaient pas.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

	EXAMEN CLINIQUE DES SEINS (n=15)	TOUCHER VAGINAL (n=38)	POSE DE SPECULUM (n=68)	PRELEVEMENT BACTERIOLOGIQUE (n=103)	FCU (n=110)
NON ADAPTEE A MA PRATIQUE	15	31	51	70	79
NE SAIT PAS FAIRE		1	14	23	21
MANQUE DE DEMANDES		1	11	15	13
DELEGUE			11	21	16
MANQUE DE TEMPS				3	3
REMUNERATION			3	5	4
PAS A L'AISE		8			
AUTRES		2	4	6	

Quand on demandait aux médecins pourquoi ils ne pratiquaient pas ces gestes, la plupart répondaient qu'ils « n'avaient pas l'occasion de réaliser ce geste dans leur pratique quotidienne » (réponse reformulée dans le tableau comme « non adaptée à ma pratique »). Les autres raisons les plus évoquées concernant la pose de spéculum, le prélèvement cytobactériologique et le FCU étaient le manque de compétences, le manque de demandes et l'orientation vers un spécialiste.

Concernant la réalisation des prélèvements cytobactériologiques, les autres raisons évoquées étaient « l'absence de matériels adéquats ».

**Tableau 5 : Causes de non réalisation des gestes techniques de contraception parmi ceux qui ne pratiquaient pas.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

	<b>POSE IMPLANT (n=136)</b>	<b>RETRAIT IMPLANT (n=140)</b>	<b>POSE DIU (n=189)</b>	<b>RETRAIT DIU (n=169)</b>
<b>NON ADAPTEE A MA PRATIQUE</b>	97	104	104	110
<b>NE SAIT PAS FAIRE</b>	54	46	109	64
<b>MANQUE DE DEMANDES</b>	27	29	34	37
<b>DELEGUE</b>	9	6	27	16
<b>MANQUE DE TEMPS</b>	5	3	3	1
<b>REMUNERATION</b>	5	7	6	3
<b>EVENEMENT INDESIRABLE</b>	1	1		
<b>AUTRES</b>	1		2	

Les trois principales raisons évoquées par les médecins quand on leur demandait pourquoi ils ne pratiquaient pas les gestes techniques de contraception étaient d'une part, qu'ils n'avaient pas l'occasion de pratiquer ces gestes dans leur pratique quotidienne, d'autre part par manque de compétences et de demandes. On remarque que la réponse « ne sait pas faire » était beaucoup plus évoquée pour les gestes de contraception.

## 6. La formation pratique en gynécologie

### a) Ressenti des médecins généralistes sur la formation pratique en gynécologie

Il était demandé aux médecins généralistes si, à l'issue de l'internat ils se sentaient suffisamment bien formés pour la réalisation des gestes pratiques et techniques de gynécologie.

Pour répondre à cette question, nous avons utilisé l'échelle de Likert. Ainsi pour chaque geste, ils devaient choisir parmi les réponses suivantes : « pas du tout d'accord », « plutôt pas d'accord », « ni en accord, ni en désaccord », « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord ».



**Figure 23 : Réponses des médecins généralistes à une échelle de type Likert sur le sentiment d'être suffisamment bien formés à la réalisation des gestes cliniques de dépistage et techniques de contraception, à l'issue de l'internat.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

Il ressort de ce graphique que la majorité des anciens internes de médecine générale se sentaient suffisamment bien formés pour l'examen clinique des seins, le toucher vaginal, la pose de spéculum, les prélèvements cytotobactériologiques, le FCU.

Les opinions concernant la pose, le retrait d'implant et le retrait de DIU étaient plus hétérogènes.

Plus de 70% des médecins ne se sentaient pas suffisamment bien formés pour poser des DIU.

Le questionnaire se terminait par la possibilité de laisser un commentaire libre sur la formation pratique de gynécologie à Bordeaux. 113 médecins acceptaient de répondre.

Parmi les remarques « positives », cinq médecins étaient satisfaits de leur formation. Il était soulevé à plusieurs reprises que le stage au CPEF était très formateur. Une personne relevait avoir réalisé « beaucoup de gestes » au cours de son stage à l'hôpital.

Parmi les remarques « négatives », beaucoup plus nombreuses :

- La formation était qualifiée à dix-huit reprises d'« inexistante », à trente-et-une reprises d'« insuffisante », de « faible » ou de « pauvre ». Quatre personnes affirmaient que « leur formation remontait à un stage réalisé au cours de leur externat ».

- Le « manque de terrains de stage en gynécologie » était beaucoup souligné et quatre médecins insistaient sur la « nécessité » voire « l'obligation » de réaliser une formation complémentaire en gynécologie.

- Le « manque de pratique de gynécologie par les praticiens libéraux » était souvent critiqué.

- La formation était également qualifiée comme « hétérogène », « inégale » et « dépendante du stage ».

- Le caractère « inadapté » à la médecine générale était relevé à deux reprises et deux médecins trouvaient que « le passage au bloc opératoire était inutile pour leur formation future ».

- Deux personnes affirmaient que « la participation au laboratoire de gestes techniques était

inutile ou sans intérêt »

- Enfin deux médecins relevaient que « la formation était complexe quand on était un homme ».

b) Attentes et pistes d'améliorations proposées par les médecins généralistes

Plusieurs pistes d'améliorations étaient proposées par les répondants.

- Cinq personnes proposaient de rendre le stage en gynécologie « obligatoire ».
- Cinq personnes soumettaient l'idée d'organiser des « ateliers pratiques » lors des cours dispensés à la faculté.
- Quelques médecins suggéraient l'idée de mettre en place un « carnet de gestes pratiques à valider pendant le stage », d'autres évoquaient « des travaux pratiques au cours du stage de gynécologie ». L'idée « d'instaurer une vérification des compétences pratiques à la fin du stage » était également relevée.
- Une personne proposait de rendre le stage au laboratoire de gestes techniques « obligatoire ».

## 5. DISCUSSION

### 1. Discussion de la méthode

#### a) Les limites

- Biais de sélection

Afin d'obtenir le plus grand nombre de médecins répondants, les deux promotions de médecins étaient sollicités dans un premier temps par courrier électronique par le secrétariat du DMG. N'ayant pu obtenir que les adresses électroniques des internes de la promotion 2013, les deux promotions n'avaient pas pu bénéficier du même nombre de relances. La différence du nombre de répondants entre les deux promotions peut donc être expliquée par ce biais de sélection.

- Le questionnaire

Lorsque l'on demandait aux médecins généralistes s'ils pratiquaient ou non les gestes cliniques de dépistage et les gestes techniques de contraception, il eut été plus précis d'associer les qualificatifs « rarement », « souvent » et « très souvent » à un intervalle de fréquence. Ceci laissait chacun des médecins libres d'interpréter ce qualificatif et a pu rendre ainsi l'analyse moins pertinente. Rappelons qu'il s'agit bien entendu de réponses déclaratives et non de chiffres exacts de cette pratique.

#### b) Les forces

A notre connaissance, il s'agit de la première étude en France qui ait étudié les compétences pratiques et techniques en gynécologie médicale chez les médecins généralistes diplômés depuis un à deux ans.

L'utilisation des adresses électroniques et des réseaux sociaux pour l'envoi du questionnaire permettait de relancer à plusieurs reprises les médecins et d'obtenir un taux de réponse global très satisfaisant de 53%.

Malgré le caractère anonyme et déclaratif des réponses, la richesse des commentaires libres et spontanés, nous laissait penser que les réponses étaient sincères tant de la part de ceux qui se sentaient à l'aise que ceux qui l'étaient moins.

### 2. Les principaux résultats de l'étude.

#### a) Objectif principal

Ce travail a répondu à la problématique principale qui était d'évaluer la fréquence et l'aisance dans la réalisation des gestes cliniques de dépistage et techniques de contraception de gynécologie médicale chez les jeunes médecins généralistes ayant validé leur DES de médecine générale à Bordeaux en 2012 et 2013.

Notre étude montrait que parmi les gestes cliniques de dépistage, l'examen clinique des seins, le toucher vaginal et la pose de spéculum représentaient les trois gestes les plus souvent réalisés.

Le FCU était le geste de dépistage le moins réalisé: 53% des médecins généralistes déclaraient ne pas le pratiquer.

Nos résultats reflétaient les données épidémiologiques qui montrent que cet examen est sous réalisé: une femme sur deux ne se fait pas dépister assez régulièrement, raison pour laquelle

un dépistage organisé (DO) national va être mise en place par l'Institut National du Cancer en 2018 (12). Les patientes qui ne participeraient pas au dépistage individuel seraient invitées tous les 3 ans et relancées au bout de 4 ans. Cela permettrait ainsi de dépister des cancers à un stade avancé pour les femmes non suivies sur le plan gynécologique. D'autre part, il repérerait et éviterait des mauvaises prises en charge. Ainsi, l'ensemble des résultats des FCU passerait par une structure de gestion qui renverrait au prescripteur pour la suite de la prise en charge. La structure de gestion contrôlerait ainsi la prise en charge des FCU anormaux.

En Nouvelle-Aquitaine, seulement 60% des femmes sont dépistées de manière individuelle. Il paraît donc indispensable de réfléchir à la mise en place d'un DO. La région de l'Alsace a été précurseur du DO du cancer du col de l'utérus permettant à 80% des femmes de bénéficier d'un dépistage par FCU et de diminuer de 19% le nombre de décès (22).

Les gestes techniques contraceptifs étaient beaucoup moins pratiqués par les jeunes médecins généralistes puisque moins d'un tiers d'entre eux déclaraient en réaliser. La pose et le retrait d'implant étaient les gestes les plus pratiqués : respectivement 34% et 32% des jeunes médecins généralistes.

La pose de DIU était le geste technique de contraception le moins réalisé : 8% des médecins généralistes le pratiquaient et parmi eux 41% d'entre eux déclaraient le faire sans être à l'aise. Or, il a été prouvé que la pose et la prise en charge de DIU par des médecins généralistes formés à la pratique de la contraception et de la gynécologie médicale étaient réalisables sans être délétère pour les patientes. En effet, l'étude prospective publiée en 2002 dans le Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction à propos de la pose de 300 DIU par 34 médecins généralistes expérimentés en gynécologie médicale témoignait de la fiabilité des généralistes pour la pose et la surveillance de ce dispositif contraceptif (23).

#### b) Objectifs secondaires

Les autres résultats obtenus concernaient :

- L'étude des déterminants de cette pratique,
- L'identification des freins à la réalisation de ces gestes,
- L'évaluation du ressenti des médecins sur leur formation pratique initiale en gynécologie,
- L'identification des attentes et les pistes d'amélioration.

- Les déterminants de cette pratique

Nous avons observé que les gestes étaient pratiqués plus souvent par les femmes que par les hommes avec un différentiel plus marqué pour les gestes endo vaginaux.

Nous avons remarqué que les médecins ayant reçu une formation mixte réalisaient plus de gestes cliniques et techniques de gynécologie comparativement aux médecins ayant été formé au cours d'un stage libéral. Par ailleurs, les médecins qui pratiquaient le moins les gestes de dépistage et de contraception, notamment pour la pose de spéculum, les prélèvements cytobactériologiques, le FCU, la pose/retrait d'implant et la pose de DIU étaient ceux qui avait reçu une formation au cours d'un stage ambulatoire en médecine générale.

Les médecins qui déclaraient avoir reçu une formation complémentaire en gynécologie réalisaient plus souvent et avec plus de facilité les gestes de gynécologie. Cette observation concernait surtout la pose d'implant contraceptif.

Notre étude montrait que les gestes cliniques de dépistage étaient surtout pratiqués par les

médecins libéraux et les médecins avec une activité professionnelle mixte.

Les gestes contraceptifs étaient essentiellement pratiqués par les médecins ayant déclaré avoir une activité professionnelle mixte.

- Les freins à la réalisation de ces gestes

Les principaux freins à la réalisation des gestes pratiques et techniques ayant été relevé dans notre étude étaient, par ordre de fréquence :

- le manque d'occasion,
- le manque de connaissances,
- le manque de demandes,
- la proximité d'un confrère gynécologue.

- Le ressenti des médecins sur leur formation pratique initiale

L'opinion des jeunes médecins généralistes concernant la formation pratique en gynécologie médicale enseignée à la Faculté de Bordeaux était dans l'ensemble, et à l'image des données de la littérature, plutôt négative. Quand elle n'était pas qualifiée « d'inexistante » ou « d'insuffisante » c'est son caractère « inadapté à la médecine générale » et le « manque de terrains de stage » qui était dénoncé.

Paradoxalement, nous avons remarqué que le ressenti sur la formation des gestes pratiques suivants : examen clinique des seins, toucher vaginal, pose de spéculum, prélèvements cytobactériologiques, FCU était bon puisque plus de 70% déclaraient être plutôt d'accord voire tout à fait d'accord sur le sentiment d'être suffisamment bien formés à ces gestes. Ce sentiment était plus mitigé concernant la pose/retrait d'implant et le retrait de DIU. Enfin, il apparaissait clairement que des lacunes existaient concernant l'apprentissage de la pose de DIU puisque 72% des médecins n'étaient pas d'accord sur le sentiment d'être suffisamment bien formés à ce geste technique.

### 3. Comparaison des résultats avec les données de la littérature

#### a) Points de convergence

Des résultats similaires concernant la réalisation du FCU étaient retrouvés dans différents travaux. Dias a montré en 2010 dans une étude sur la pratique de gynécologie-obstétrique des médecins généralistes d'Ile-de-France que 61% d'entre eux ne réalisaient pas de FCU, 56% des femmes et 28% des hommes en réalisaient (24).

Concernant l'implant : nos chiffres concernant la pose et le retrait d'implant étaient concordants avec ceux retrouvés dans l'étude de Saidani qui évaluait la pratique des actes gynécologiques des médecins généralistes de Bourgogne en 2016 (25). Comme dans notre étude, elle remarquait également que les femmes pratiquaient plus souvent ce geste par rapport aux hommes (25).

Nos résultats concernant la pose/retrait du DIU faisaient écho avec :

- Le travail de Dias (24) : 12% pratiquaient ce geste.
- De Charier : 9,5% des médecins généralistes de Corrèze pratiquaient ce geste en 2016 (26).
- De Arino-Clouet (27) : 10,7% des médecins généralistes d'Aquitaine interrogés en 2005 déclaraient pratiquer la pose et/ou le retrait de DIU. Il s'agissait surtout de médecins de plus de 50 ans installés depuis plus de 20 ans et sans distinction de sexe.
- En 2010, Michelet-Bretauudeau comparait la pratique de 31 médecins généralistes avec celle de 28 gynécologues concernant la pose de DIU et rapportait que 19,4% des

médecins généralistes en posaient. Par contre, ils s'estimaient tous compétents pour les poser (28).

Certains résultats concernant les déterminants de la pratique de la gynécologie par les jeunes médecins généralistes étaient semblables :

- Une prédominance féminine dans la pratique de la gynécologie : 79,2% des femmes avaient une activité de gynécologie à plus de 10% de leur activité globale contre 18,4% des hommes dans la thèse de Dias (24). La différence de fréquence de pose de DIU selon le sexe était sensiblement la même entre notre étude et celle de SAIDANI, respectivement 6 points et 8 points (25).
- Sur la formation initiale : Parrain montrait en 2016 qu'un tiers temps gynécologique au planning familial et auprès d'un gynécologue hospitalier étaient particulièrement formateurs concernant la réalisation technique du FCU et la pose du DIU pour la formation des futurs médecins généralistes d'Aquitaine (29).

De la même manière que dans notre étude, dans sa thèse sur l'évaluation des trois gestes techniques de gynécologie (FCU, pose de DIU et pose d'implant) au cours du DES de médecine générale en région Rhône-Alpes en 2016, Boucher montrait que les stages ambulatoires de médecine générale étaient peu spécifiques à l'acquisition de ces gestes (6). Baranger relevait en 2010 des manques importants dans les deux stages ambulatoires (stage praticien et SASPAS) concernant les réalisations des gestes techniques de gynécologie par les internes de médecine générale (30).

A propos des freins à la réalisation des gestes de gynécologie, le « manque de formation » a également été soulevé dans l'étude de Dias (24), de Saidani (25) et de Charier (26).

Enfin, le sentiment de manque de formation en gynécologie était retrouvé dans la thèse de Béranger (30). De même, Micaelli interrogeait des jeunes diplômés de médecine générale en 2014 et montrait que 75,4% des répondants n'estimaient pas avoir atteint leurs objectifs de formation en matière de technique de pose (31). Dans sa thèse en 2016, Legroux montrait que sur les 20 médecins généralistes d'Aquitaine interrogés ayant obtenu un DU de gynécologie, la moitié dénonçait un manque de formation pendant leur internat (32).

#### b) Points de divergence

Nous avons retrouvé des valeurs différentes concernant la réalisation du frottis cervico utérins. En 2013, Champeaux montrait que seulement 8% des médecins généralistes du département des Deux Sèvres ne réalisaient pas de FCU (33). On en relevait 22% dans l'étude de Charier (26) et 14% dans l'étude descriptive quantitative de SAIDANI.

Les freins à la pratique de la gynécologie divergeaient entre notre étude et celle de Legroux : les principaux freins à la pratique de la gynécologie malgré la réalisation d'un DU de gynécologie relevés par les 20 médecins interrogés étaient principalement le manque de matériel, une pratique trop peu régulière et un temps de consultation trop long (32). Le manque de temps et la proximité d'un collègue gynécologue étaient deux principales limites observées dans la thèse de Dias (24) et de Champeaux (33).

Contrairement à l'étude de Fayolle et probablement en rapport avec la valorisation financière du FCU, la rémunération était peu citée comme frein à la réalisation de cet acte de dépistage (4).

## 6. CONCLUSION

Comme son nom l'indique, le médecin généraliste exerce une spécialité globale et multidisciplinaire dont la gynécologie occupe une place importante, environ 4% des demandes de consultation. Face à l'évolution démographique actuelle et future des médecins généralistes et gynécologues, l'investissement des omnipraticiens doit s'adapter si l'on veut pouvoir répondre à la demande progressive de cette patientèle féminine.

L'activité gynécologique des médecins généralistes en début de carrière, malgré de longues études, est limitée notamment concernant les gestes techniques. Un constat qui s'explique par une formation pratique universitaire insuffisante et souvent inadaptée.

Notre étude a évalué la pratique de 206 médecins généralistes nouvellement diplômés de l'Université de médecine de Bordeaux concernant la réalisation des gestes cliniques de dépistage et techniques de contraception en gynécologie.

Les gestes cliniques de dépistage, hormis les prélèvements vaginaux et le FCU, étaient fréquemment réalisés et globalement bien maîtrisés. A l'inverse, les gestes techniques de contraception étaient boudés par les nouveaux généralistes : la pose, le retrait d'implant et le retrait de DIU n'étaient pratiqués que par un tiers d'entre eux et le DIU posé que par 8% des médecins interrogés.

Le « manque d'occasions » était la première raison évoquée suivie du « manque de connaissances » pour expliquer l'absence de réalisation des gestes techniques au cours de leur pratique actuelle. Les nombreux commentaires laissés par les médecins généralistes sur la qualité de leur formation pratique en gynécologie renforçaient nos résultats.

L'amélioration des compétences pratiques et techniques en gynécologie des médecins généralistes passe avant tout par une évolution de la formation des étudiants. L'arrivée de la nouvelle maquette des stages du 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale et l'obligation de réaliser un stage de six mois en gynécologie va certainement pouvoir y répondre.

Il serait intéressant d'évaluer les conséquences, à trois ans de cette réforme, sur les compétences cliniques et techniques en gynécologie médicale de la promotion 2017. Cette photographie de départ de nos premiers résultats permettra d'apporter alors un résultat concret de la marge de progression liée à la réforme du DES. Cette dernière pourrait également réduire les listes d'attente des internes de médecine générale pour suivre un DU de gynécologie.

## 7. LES REFERENCES

1. Hureau S. Le suivi des femmes enceintes: parcours de soins et raisons du non choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse. Thèse de médecine générale, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2008.
2. Vallée J, Gambiez-Joumard A. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis. *Exercer*. 2011;22(98):122–8.
3. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Sante Publique (Paris)*. 2005;17(1):109–19.
4. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. *Exercer*. 2013;24(107):114–20.
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. 2016.
6. Boucher S. Evaluation de l'acquisition de trois gestes techniques de gynécologie (le frottis cervico utérin, la pose de dispositif intra utérin et la pose d'implant contraceptif) au cours du DES de médecine générale en fonction des lieux de formation en Rhône-Alpe. Thèse de médecine générale: Université de Grenoble; 2016.
7. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale: étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne. Thèse de médecine générale: Université de Bordeaux; 2014.
8. Ravelojaona A. Suivi gynécologique par les médecins généralistes libéraux des Pyrénées-Atlantiques: état des lieux, freins objectifs et subjectifs. Université de Bordeaux; 2013.
9. Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Synthèse des résultats. 2008.
10. Létrillart L, Supper I, Shuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M et al. ECOGEN : étude des Éléments de la CONsultation en médecine GENérale. *Exercer la revue française de médecine générale*. 2014;25(114):148–57.
11. Barton MB, Harris R. The rational clinical examination. Does this patient have breast cancer ? The sreening clinical breast examination: should it be done ? How ? *JAMA*. 1999;282(13):1270–80.
12. HAS. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Dépistage et prévention du cancer du sein. Haute Autorité de Santé. 2015.
13. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèse et recommandations. Haute Autorité de Santé. 2010.
14. HAS. Joubert E, Legris C, Thieuzard V. Document de synthèse. Méthodes contraceptives: Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Haute Autorité de Santé. 2013.
15. Boulet P, Darmon D. Pose et retrait de l'implant contraceptif sous-cutané. *Exercer la revue française médecine générale*. 2016;27(127):233–7.
16. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. 2016.
17. ANSM. Agence nationale du médicament et des produits de santé. Notice MINERA 52mg, dispositif intra-utérin. 2014.
18. Bajos N, Bohet A, Guen M Le, Moreau C, Bohet A. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et sociétés*. 2012;(492).
19. Bajos N, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et sociétés*. 2014;(511).
20. ANAES, INPES, AFSSAPS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. 2004;1–15.
21. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr-Drylewicz AM. Les grandes familles de situations

- cliniques. Exercer la revue française de médecine générale. 2013;24(108):165–9.
22. Entretien à Strasbourg, avec le Professeur Jean-Jacques Baldauf, responsable de la structure de gestion EVE en Alsace. Pour support à la réunion de travail du 22 novembre sur la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. 2017.
  23. Marret H, Golfier F, Vollerin F, Le Goaziou M-F, Raudrant De. Dispositif intra-utérin en médecine générale: à propos d'une étude prospective sur 300 poses. Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction. 2002; 31:465–70.
  24. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'île-de-France. Thèse de médecine générale: Université de Paris Diderot; 2010.
  25. Saidani M. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins généralistes et des patientes . Thèse de médecine générale. Université de Dijon; 2016.
  26. Charier Y. Les motifs fréquents de consultation gynécologique en médecine générale: pratiques, freins et difficultés. A propos d'une étude réalisée auprès des médecins généralistes de la Corrèze. Thèse de médecine générale. Université de Limoges; 2009.
  27. Arino-Clouet S. Le stérilet en médecine générale: enquête auprès des médecins généralistes d'Aquitaine. Thèse de Médecine Générale. Bordeaux; 2005.
  28. Bretaudeau-Michelet L. Analyse des pratiques des médecins généralistes et des gynécologues de Loire Atlantique. Thèse de médecine générale. Université de Nantes; 2010.
  29. Parrain M-A. Formation des futurs médecins généralistes d'aquitaine à la gynécologie obstétrique. Etat des lieux de l'exposition des internes aux consultations présentant un motif gynécologique lors du stage ambulatoire validant la gynécologie-pédiatrie. Thèse de médecine générale. Université de Bordeaux; 2016.
  30. Baranger-royer L. État des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire: enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS de mai à octobre 2010. Thèse de médecine générale. Université d'Angers; 2011.
  31. Micaëlli A-L. Contraception par dispositif intra-utérin: quelles sont les acquisitions des médecins en fin de DES de médecine générale? Etude auprès de 130 jeunes diplômés lyonnais. Thèse de médecine générale. Université Claude bernard Lyon 1; 2014.
  32. Legroux C. Motivations et attentes des médecins généralistes d'Aquitaine inscrits aux DU ou DIU de gynécologie proposés à Bordeaux. Thèse de médecine générale. Université de Bordeaux; 2016.
  33. Champeaux R. Analyse des freins et des facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des deux sèvres. Thèse de médecine générale. Université de Poitiers; 2013.

## **8. ANNEXES**

### **Annexe 1 : Lettre accompagnant le questionnaire**

Bonjour,

Je réalise actuellement ma thèse (directrice : Dr Sylvie Duhamel) sur l'état des lieux des compétences cliniques et techniques en gynécologie médicale acquises au cours du DES de médecine générale lui-même à Bordeaux et/ou par des DU complémentaires.

Il repose sur un questionnaire adressé aux médecins généralistes nouvellement diplômés issus de la promotion 2012 et 2013 de la faculté de médecine de Bordeaux.

La pénurie grandissante des gynécologues médicaux rend l'accès aux soins directs et spécialisés plus difficile et laisse supposer que le suivi gynécologique des femmes reposera de plus en plus sur le médecin généraliste.

Les différentes études déjà réalisées ont souligné le besoin de formation des internes de médecine générale dans la réalisation des gestes techniques. D'autres, ont montré que les médecins généralistes, essentiellement des femmes, étaient désireuses d'améliorer leur formation sur le plan pratique.

Pour autant, bien que le nombre de gynécologues soit en déclin en France, les patientes préfèrent consulter leur gynécologue mettant en avant leur compétence, leur statut de spécialiste et leur meilleure prise en charge.

Mon travail va donc me permettre de savoir si vous réalisez des gestes techniques et cliniques de gynécologie médicale, de relever les raisons pour lesquelles vous ne pratiquez pas ou peu ces gestes.

Par ailleurs, je m'attacherai à connaître vos opinions sur notre formation pratique de gynécologie médicale dispensée à la faculté de médecine de Bordeaux.

L'objectif de ce travail est d'apporter des pistes d'amélioration et de faire évoluer notre enseignement pour qu'il soit le plus cohérent et le plus adapté à l'évolution de la démographie médicale.

Si vous avez débuté une activité professionnelle médicale depuis la fin de votre internat, je sollicite donc 5 minutes de votre temps pour répondre à mon questionnaire.

Votre anonymat sera garanti par anonymisation des questionnaires et analyse groupée des résultats.

Si vous désirez être personnellement informé du résultat de mon étude, n'hésitez pas à me demander.

Je vous remercie pour ce temps qui vous est précieux et que vous souhaitez m'accorder pour répondre à ces quelques questions.

Claire-Estelle GUILLAUME

## Annexe 2 : Le questionnaire

### Partie I : Pour mieux vous connaître

- 1) Quelle est votre promotion (1<sup>ère</sup> année de DES) ?
  - 2012
  - 2013
  - Ne sait pas
- 2) Etes-vous ?
  - Un homme
  - Une femme
- 3) Quelle est votre année de naissance ?
- 4) Quelles sont les modalités de votre exercice actuel ?
  - Remplacement libéral
  - Collaboration
  - Installation
  - Activité hospitalière
  - Activité mixte
  - Autre

Partie II: Où avez-vous acquis votre formation pratique en gynécologie ? (Plusieurs réponses possibles)

- Stage praticien niveau 1
- Stage praticien niveau 2 (SASPAS)
- Stage praticien validant la gynécologie/pédiatrie
- Stage hospitalier de gynécologie
- CPEF
- PMI

Avez-vous réalisé une formation complémentaire à orientation gynécologique ?

- Oui au cours du DES: Le diplôme inter universitaire (DIU) de gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes.
- Oui au cours du DES: Le diplôme universitaire (DU) de régulation des naissances.
- Oui au cours du DES: laboratoire de gestes techniques
- Oui après le DES : DIU de gynécologie-obstétrique pour les médecins généralistes
- Oui après le DES: le DU de régulation des naissances
- Non

Ainsi, à l'issue de votre internat, vous sentiez-vous suffisamment bien formés pour :

- A) Poser un implant
- 1 : pas du tout d'accord
  - 2 : pas d'accord
  - 3 : ni en désaccord ni en accord

4 : d'accord  
5 : tout à fait d'accord

- B) Retirer un implant
- C) Poser un spéculum
- D) Réaliser des prélèvements cytot bactériologiques
- E) Réaliser des frottis cervico utérins (FCU)
- F) Poser un DIU
- G) Retirer un DIU
- H) Réaliser un toucher vaginal
- I) Réaliser un examen clinique des seins

Partie III: Formation pratique actuelle :

1) Vous arrive t-il de poser des implants ?

- Oui mais rarement
- Oui souvent
- Oui très souvent
- Non jamais

Si oui, vous sentez-vous à l'aise avec ce geste ?

- Oui
- Non

Si « non jamais » pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Je ne sais pas bien faire
- Je n'ai pas assez de demandes
- Je manque de temps
- C'est mal rémunéré
- Je préfère déléguer à un confrère qui exerce à proximité
- J'ai déjà vécu un événement indésirable avec ce geste
- Je n'ai pas l'occasion de réaliser ce geste dans ma pratique quotidienne

2) Vous arrive-t-il de retirer des implants ? (idem question 1)

3) Vous arrive-t-il de poser des spéculums ? (idem question 1)

4) Vous arrive-t-il de réaliser des prélèvements cytot bactériologiques ? (idem question 1)

5) Vous arrive-t-il de réaliser des FCU? (idem question 1)

6) Vous arrive-t-il de poser des DIU ? (idem question 1)

7) Vous arrive-t-il de retirer des DIU ? (idem question 1)

8) Vous arrive t-il de réaliser des touchers vaginaux ?

Idem sauf :

Si « non jamais » pourquoi ? (plusieurs réponses possibles) :

- Je ne suis pas à l'aise avec ce geste
- J'oublie de le proposer
- Je n'ai pas l'occasion de réaliser ce geste dans ma pratique actuelle

9) Vous arrive t-il de réaliser un examen clinique des seins ? (idem question 8)

Partie IV: Avez-vous des projets de formation en gynécologie ?

- Oui le DIU de gynécologie-obstétrique pour les médecins généralistes
- Oui, le DU de régulation des naissances
- Non

Partie V: Avez-vous des commentaires à faire sur la formation pratique en gynécologie médicale actuellement proposée aux internes de médecine générale ?

Un grand merci pour votre participation ! Si vous le souhaitez les résultats de l'étude vous seront communiqués personnellement à la fin de mon travail.

### **Annexe 3 : Fréquence de réalisation des gestes cliniques de dépistage chez les médecins généralistes femmes (n=140) et hommes (n=66).**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

	TRES SOUVENT		SOUVENT		RAREMENT		JAMAIS	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Examen clinique des seins	3%	10,7%	28,8%	49,3%	57,6%	34,3%	10,6%	5,7%
Toucher vaginal	1,5%	5%	6%	21,4%	57,6%	62,9%	34,8%	10,7%
Pose de spéculum	1,5%	9,3%	4,5%	18,6%	48,5%	45%	45,5%	27,1%
Prélèvements bactériologiques	0%	2,9%	4,5%	11,4%	25,8%	45%	69,7%	40,7%
FCU	0%	5%	1,5%	14,3%	19,7%	39,3%	78,8%	41,4%

### **Annexe 4: Fréquence de réalisation des gestes techniques de contraception chez les médecins généralistes femmes (n=140) et hommes (n=66).**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

	TRES SOUVENT		SOUVENT		RAREMENT		JAMAIS	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Pose Implant	0%	1,4%	0%	6,4%	15%	31,4%	77%	60,7%
Retrait Implant	0%	1,4%	0%	4,3%	19,7%	32,1%	80,3%	62,1%
Pose DIU	0%	1,4%	1,5%	0,7%	3%	7,9%	95,5%	90%
Retrait DIU	0%	2,1%	1,5%	0,7%	6%	20%	92,4%	77,1%

### **Annexe 5: Aisance dans les gestes cliniques de dépistage parmi ceux qui les pratiquaient, selon le sexe.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

	EXAMEN CLINIQUE DES SEINS		TOUCHER VAGINAL		POSE DE SPECULUM		PRELEVEMENT BACTERIOLOGIQUE		FCU	
	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME
<b>EFFECTIF QUI PRATIQUE LE GESTE</b>	132 (94%)	59(89%)	125 (89%)	43 (65%)	102 (73%)	36 (55%)	83 (59%)	20 (30%)	82 (58%)	14 (21%)
<b>A L'AISE DANS CETTE PRATIQUE</b>	112 (85%)	44 (75%)	98 (78%)	31 (72%)	88 (86%)	30 (83%)	73 (88%)	17 (85%)	72 (88%)	11 (78%)
<b>PRATIQUE SANS ETRE A L'AISE</b>	20 (15%)	15 (25%)	27 (22%)	12 (28%)	14 (14%)	6 (17%)	10 (12%)	3 (15%)	10 (12%)	3 (22%)

### **Annexe 6: Aisance dans les gestes techniques de contraception parmi ceux qui les pratiquaient, selon le sexe.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

	Pose Implant		Retrait Implant		Pose DIU		Retrait DIU	
	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME
<b>EFFECTIF QUI PRATIQUE LE GESTE</b>	55 (39%)	15(23%)	53 (38%)	13 (20%)	14 (10%)	3 (4%)	32 (23%)	5 (8%)
<b>A L'AISE DANS CETTE PRATIQUE</b>	50 (91%)	13 (87%)	39 (74%)	11 (85%)	8 (57%)	2 (67%)	29 (91%)	4 (80%)
<b>PRATIQUE SANS ETRE A L'AISE</b>	5 (9%)	2 (13%)	14 (26%)	2 (15%)	6 (43%)	1 (33%)	3 (9%)	1 (20%)

### **Annexe 7: Fréquence de réalisation des gestes cliniques de dépistage chez les médecins généralistes selon le lieu de formation initiale en gynécologie.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

	Effectif pratiquant le geste (n)	CPEF (n=20)	Hôpital (n=71)	Hôpital et CPEF (n=18)	Libéral (n=64)	Libéral et CPEF (n=15)	Libéral et hôpital (n=12)	Libéral, hôpital et CPEF (n=6)
<b>Examen clinique des seins</b>	191	20 (100%)	63 (89%)	18 (100%)	59 (92%)	15 (100%)	10 (83%)	6 (100%)
<b>Toucher vaginal</b>	168	18 (90%)	57 (80%)	16 (89%)	49 (77%)	13 (87%)	9 (75%)	6 (100%)
<b>Pose de spéculum</b>	138	14 (70%)	48 (68%)	14 (78%)	37 (58%)	11 (73%)	10 (83%)	4 (67%)
<b>Prélèvements bactériologiques</b>	103	12 (60%)	36 (51%)	10 (55%)	26 (41%)	9 (60%)	7 (58%)	3 (50%)
<b>FCU</b>	96	11 (55%)	31 (44%)	11 (61%)	23 (36%)	10 (67%)	7 (58%)	3 (50%)

## **Annexe 8: Fréquence de réalisation des gestes techniques de contraception chez les médecins généralistes selon le lieu de formation initiale en gynécologie.**

Enquête auprès des médecins généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux

	Effectif pratiquant ce geste (n)	CPEF (n=20)	Hôpital (n=71)	Hôpital et CPEF (n=18)	Libéral (n=64)	Libéral et CPEF (n=15)	Libéral et hôpital (n=12)	Libéral, hôpital et CPEF (n=6)
Pose d'implant	70	8 (40%)	24 (34%)	10 (56%)	11 (17%)	7 (47%)	5 (42%)	5 (83%)
Retrait d'implant	66	9 (45%)	21 (30%)	8 (44%)	13 (20%)	6 (40%)	4 (33%)	5 (83%)
Pose DIU	17	1 (5%)	5 (7%)	4 (22%)	2 (3%)	1 (7%)	2 (17%)	2 (33%)
Retrait DIU	37	4 (20%)	12 (17%)	5 (28%)	10 (16%)	1 (7%)	2 (17%)	3 (50%)

## **Annexe 9: Aisance dans les gestes cliniques de dépistage parmi ceux qui les pratiquaient, selon le lieu d'exercice.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

	EXAMEN CLINIQUE DES SEINS (n=191)			TOUCHER VAGINAL (n=168)			POSE DE SPECULUM (n=138)			PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES (n=103)			FCU (n=96)		
	Hôpital	Ambulatoire	Mixte	Hôpital	Ambulatoire	Mixte	Hôpital	Ambulatoire	Mixte	Hôpital	Ambulatoire	Mixte	Hôpital	Ambulatoire	Mixte
EXERCICE ACTUEL															
EFFECTIF QUI PRATIQUE	30 (70%)	136 (99%)	25 (96%)	32 (74%)	116 (85%)	20 (77%)	18 (42%)	101 (74%)	19 (73%)	15 (35%)	76 (55%)	12 (46%)	3 (7%)	83 (61%)	10 (38%)
PRATIQUE SANS ETRE A L'AISE	10 (33%)	21 (15%)	4 (16%)	12 (37%)	21 (18%)	6 (30%)	2 (11%)	15 (15%)	3 (16%)	3 (20%)	9 (12%)	1 (8%)	1 (33%)	10 (12%)	2 (20%)
A L'AISE AVEC CE GESTE	20 (67%)	115 (85%)	21 (84%)	20 (63%)	95 (82%)	14 (70%)	16 (89%)	86 (85%)	16 (84%)	12 (80%)	67 (88%)	11 (92%)	2 (67%)	73 (88%)	8 (80%)

## **Annexe 10: Réponses des médecins généralistes à une échelle de type Likert sur le sentiment d'être suffisamment bien formés aux gestes cliniques de dépistage de gynécologie, à l'issue de l'internat.**

Enquête auprès des généralistes de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

ressenti à l'issue de l'internat	POSE SPECULUM	POSE SPECULUM %	PRELEVEMENTS CYTOBACTERIOLOGIQUES	PRELEVEMENT CYTOBACTERIOLOGIQUES CB %	FCU	FCU %	EXAMEN CLINIQUE DES SEINS	EXAMEN CLINIQUE DES SEINS %	TOUCHER VAGINAL	TOUCHER VAGINAL %
1-Tout à fait d'accord	112	54,37%	86	41,75%	88	42,72%	76	36,89%	81	39,32%
2-Plutôt d'accord	53	25,73%	60	29,13%	55	26,70%	78	37,86%	70	33,98%
3-Ni en accord, ni en désaccord	6	2,91%	17	8,25%	13	6,31%	23	11,17%	23	11,17%
4-Plutôt pas d'accord	16	7,77%	19	9,22%	22	10,68%	14	6,80%	15	7,28%
5-Pas du tout d'accord	19	9,22%	24	11,65%	28	13,59%	15	7,28%	17	8,25%

**Annexe 11 : Réponses des médecins généralistes à une échelle de type Likert sur le sentiment d'être suffisamment bien formés aux gestes techniques de contraception de gynécologie, à l'issue de l'internat.**

Enquête auprès des généralistes issus de la promotion 2012 et 2013 du DES de médecine générale de Bordeaux.

ressenti à l'issue de l'internat	POSE UN DIU	POSE DIU %	RETRAIT DIU	RETRAIT DIU %	POSE IMPLANT	POSE IMPLANT %	RETRAIT IMPLANT	RETRAIT IMPLANT %
1-Tout à fait d'accord	11	5,34%	49	23,79%	70	33,98%	56	27,18%
2-Plutôt d'accord	24	11,65%	42	20,39%	49	23,79%	53	25,73%
3-Ni en accord, ni en désaccord	22	10,68%	19	9,22%	10	4,85%	15	7,28%
4-Plutôt pas d'accord	55	26,70%	30	14,56%	24	11,65%	36	17,48%
5-Pas du tout d'accord	94	45,63%	66	32,04%	53	25,73%	46	22,33%

# *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.

## RESUME

### **Acquisition des compétences au cours du DES de médecine générale pour les gestes cliniques de dépistage et gestes techniques de contraception en gynécologie. Enquête auprès de 206 nouveaux médecins généralistes.**

Devant la diminution du nombre de gynécologues médicaux, les médecins généralistes (MG) sont et seront de plus en plus sollicités pour réaliser le suivi gynécologique de leurs patientes. La formation pratique en gynécologie médicale des internes de médecine générale est qualifiée d'inadaptée, d'insuffisante voire d'inexistante.

Cette étude a évalué la fréquence et l'aisance dans les gestes cliniques de dépistage et techniques de contraception en gynécologie chez les nouveaux MG et à en connaître les déterminants.

**Méthode:** Etude quantitative descriptive par questionnaires électroniques auprès des MG issus de la promotion 2012 et 2013 de la faculté de Bordeaux.

**Résultats :** 206 MG étaient inclus entre avril et juillet 2017 (taux de réponse : 53%).

Les compétences semblaient acquises pour les gestes suivants : examen clinique des seins, pose de spéculum, toucher vaginal. 50% des médecins pratiquaient des prélèvements vaginaux et 53% ne réalisaient jamais de frottis cervico utérins.

Les gestes techniques contraceptifs étaient beaucoup moins réalisés et maîtrisés. Seuls 8% des médecins posaient des DIU et 41% ne se sentaient pas à l'aise avec ce geste.

Afin d'enrichir les compétences des pratiques gynécologiques des futurs MG, la formation pour certains gestes doit être améliorée. La réforme du 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale rendant le stage en gynécologie-obstétrique obligatoire pour tous les internes est une première avancée.

### **Skills acquisition of clinical screening and technical contraceptive in gynecology practices reached during advanced course of general medicine studies. Study about 206 general practitioners.**

Because of the medical gynecologists decrease, general practitioners (GPs) are being involved and will be even more in the future for the gynecology follow-up of their patients. Practical training in gynecology of general medicine students is described as inadequated, insufficient or absent.

This study explored frequency and easyness in the clinical and contraceptive acts of GPs. Determinants were estimated too.

**Method :** Quantitative descriptive study by on-line questionnaire of GPs from 2012 and 2013 graduate years of Bordeaux medical school.

**Results :** 206 GPs have been included (response rate was 53%).

Skills seem to be acquired for the following acts : clinical breast examination, speculum installation and vaginal examination. 50% practitioners made cervico vaginal secretion sample. 53% never practiced PAP smear.

Contraceptive technical acts are less achieved and less under controled. Only 8% of GPs practiced intrauterine device and 41% of them declared not to be comfortable with.

To upgrate the GPs skills on the gynecology follow-up, practical training for some acts need to be improved. Modification of general medical training making the gynecological and obstetric internship compulsory is a first step forward.

**Discipline :** Médecine Générale

**Mots clés :** gynécologie, médecin généraliste, dépistage, gestes techniques, formation.

**U.F.R. :** Faculté de médecine de Bordeaux- 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux