



**HAL**  
open science

# Déterminants de la réalisation des gestes gynécologiques dans la pratique future des internes de médecine générale

Aude Rousselle

► **To cite this version:**

Aude Rousselle. Déterminants de la réalisation des gestes gynécologiques dans la pratique future des internes de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02387285

**HAL Id: dumas-02387285**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02387285v1>**

Submitted on 29 Nov 2019

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018 – 2019

THESE POUR LE  
DOCTORAT EN MEDECINE

DES de Médecine Générale

Par

**ROUSSELLE Aude**

Née le 05 Avril 1989 à Rouen

*Présentée et soutenue publiquement le 24 Octobre 2019*

DETERMINANTS DE LA REALISATION DES GESTES  
GYNECOLOGIQUES DANS LA PRATIQUE FUTURE DES  
INTERNES DE MEDECINE GENERALE

<b>PRESIDENTE DU JURY:</b>	Professeur Véronique MERLE
<b>DIRECTEUR DE THESE :</b>	Docteur Pascal BOULET
<b>MEMBRES DU JURY :</b>	Professeur Marie Thérèse THUEUX
	Professeur Emmanuel LEFEBVRE

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019**

**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

**DOYEN :** **Professeur Benoît VEBER**

**ASSESEURS :** **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Agnès LIARD-ZMUDA**  
**Professeur Guillaume SAVOYE**

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan <b>DARMONI</b> communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	HCH-CB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b> traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie

Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
M. Jean-François <b>MUIR</b> ( <i>surnombre</i> )	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b> ( <i>surnombre</i> )	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion

M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	HCN	Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie

Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie
Mr Julien <b>WILS</b>	HCN	Pharmacologie

**PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ**

Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais

**II - PHARMACIE**

**PROFESSEURS**

Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Isabelle <b>LEROUX - NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

## MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b> économie de la santé	Législation pharmaceutique et
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mr Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL <b>GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Toxicologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

## PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

**PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde **GUERIN**

Anglais

**ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

Mme Anaïs **SOARES**

Bactériologie

**ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mme Sophie **MOHAMED**

Chimie Organique

**LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et minérale

Mr Thierry **BESSON**

Chimie thérapeutique

Mr Roland **CAPRON**

Biophysique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Législation et économie de la santé

Mme Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

Mr Abdelhakim **ELOMRI**

Pharmacognosie

Mr Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

Mr Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mr François **ESTOUR**

Chimie organique

Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**

Physiologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mr Mohamed **SKIBA**

Pharmacie galénique

Mr Rémi **VARIN**

Pharmacie clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie analytique

### **III – MEDECINE GENERALE**

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE**

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)                      UFR    Médecine générale

#### **MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE**

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)                      UFR    Médecine générale

#### **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE**

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**                                      UFR    Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**                                      UFR    Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**                                      UFR    Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**    UFR    Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**                                      UFR    Médecine générale

#### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES**

Mme Laëtitia **BOURDON**                                      UFR    Médecine Générale

Mr Pascal **BOULET**    UFR    Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD**    UFR    Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN**    UFR    Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Serguei <b>FETISSOV</b> (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med) (Unité Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med) (UMR 1079)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med) 1079)	Génétique moléculaire humaine (UMR
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var <b>TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

### **CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ – Saint Julien Rouen*

## 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 le 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.*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## Remerciements

### **A la présidente du jury,**

Madame le Professeur Véronique MERLE,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, veuillez recevoir mes sincères remerciements.

### **A mon directeur de thèse**

Monsieur le Docteur Pascal BOULET,

Merci pour votre disponibilité et pour l'aide précieuse que vous m'avez apporté tout au long de mon travail de thèse.

### **Aux membres du jury,**

Madame le Professeur Marie Thérèse THUEUX,

Monsieur le Professeur Emmanuel LEFEBVRE,

Vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury de thèse, veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

### **A tous les médecins et soignants croisés tout au long de mon parcours qui ont participé à ma formation médicale.**

### **A Florian,**

L'amour de ma vie, merci d'être présent au quotidien et de rendre ma vie plus belle chaque jour. Je t'aime.

### **A mon petit chat, Léo,**

Tu remplis ma vie de bonheur et d'amour depuis ta naissance. Je t'aime.

**A mes parents,**

**A ma sœur Laure,**

**A ma nièce Théa, la plus belle des princesses,**

Merci pour tout. Merci pour votre amour sans faille. Merci pour vos nombreuses relectures et pour votre aide précieuse. Je vous aime.

**A ma belle-famille,**

Merci de m'avoir accueillie avec tant de gentillesse dans votre famille.

**A Soline, ma cucu,**

Merci d'être là depuis toutes ces années, merci pour tes encouragements, tes relectures et tes nombreux conseils. Une nouvelle aventure commence pour nous dans quelques mois, ensemble !

**A mes amis**

**A mes co-internes**



## Table des matières

1.	Liste des abréviations .....	19
2.	Introduction .....	20
2.1.	Objectifs de l'étude .....	20
2.2.	Démographie médicale en France et en Seine-Maritime .....	21
2.2.1.	Médecins généralistes .....	21
2.2.2.	Gynécologues médicaux .....	21
2.2.3.	Sages-femmes.....	22
2.2.4.	A l'avenir .....	22
2.3.	Formation à la gynécologie en médecine générale.....	22
2.3.1.	Formation universitaire.....	22
2.3.2.	Formation post universitaire.....	24
2.4.	Dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU .....	25
2.4.1.	Epidémiologie du cancer du col de l'utérus .....	25
2.4.2.	Prévention primaire .....	25
2.4.3.	Prévention secondaire .....	26
2.4.4.	Un dépistage organisé.....	27
2.5.	L'implant contraceptif .....	28
2.5.1.	Historique.....	28
2.5.2.	Technique de pose et de retrait.....	28
2.6.	Le dispositif intra-utérin .....	30
2.6.1.	Historique.....	30
2.6.2.	Technique de pose et de retrait.....	30
2.7.	A l'étranger .....	31
2.7.1.	Dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU .....	31
2.7.2.	Utilisation du dispositif intra-utérin à l'étranger .....	32
3.	Matériel et méthode.....	33
4.	Résultats .....	36
4.1.	Caractéristiques de la population .....	36
4.2.	Formation générale en gynécologie.....	40
4.2.1.	Réalisation de stage en gynécologie hospitalière.....	40
4.2.2.	Lieux de stage permettant l'apprentissage des gestes de gynécologie .....	41
4.2.3.	Consultations avec un gynécologue libéral .....	42

4.3.	Formation à la réalisation des FCU .....	42
4.3.1.	Type de formation.....	42
4.3.2.	Lieux de formation.....	43
4.3.3.	Demande de séances de formation sur mannequin .....	44
4.3.4.	Nombre de FCU réalisés au cours de l'internat .....	44
4.3.5.	Acquisition du geste en fin d'internat .....	45
4.3.6.	Tests statistiques .....	45
4.3.7.	Formation en post internat.....	48
4.4.	Formation à la pose / retrait d'implants contraceptifs.....	49
4.4.1.	Type de formation.....	49
4.4.2.	Lieux de formation.....	50
4.4.3.	Demande de séances de formation sur mannequin .....	51
4.4.4.	Nombre de gestes réalisés au cours de l'internat .....	51
4.4.5.	Acquisition du geste en fin d'internat .....	52
4.4.6.	Tests statistiques .....	52
4.4.7.	Formation en post internat.....	56
4.5.	Formation à la pose / retrait des DIU.....	56
4.5.1.	Type de formation.....	56
4.5.2.	Lieu de formation.....	57
4.5.3.	Demande de séances de formation sur mannequin .....	59
4.5.4.	Nombre de gestes réalisés au cours de l'internat .....	59
4.5.5.	Acquisition du geste en fin d'internat .....	60
4.5.6.	Tests statistiques .....	60
4.5.7.	Formation en post internat.....	64
4.6.	Gynécologie en médecine générale .....	64
4.7.	Comment améliorer la formation à la réalisation des gestes pratiques de gynécologie....	65
5.	Discussion.....	67
5.1.	Les limites de l'étude.....	67
5.1.1.	Biais de sélection.....	67
5.1.2.	Biais de mesure .....	68
5.1.3.	Biais d'analyse .....	68
5.2.	Réponse à l'objectif principal.....	69
5.2.1.	Influence du genre .....	69
5.2.2.	Influence de la faculté d'externat.....	71
5.2.3.	Influence du projet d'exercice .....	72
5.2.4.	Influence de la réalisation ou non de DESC / DIU .....	73

5.2.5.	Influence des différents stages réalisés .....	74
5.3.	Réponse à l'objectif secondaire.....	77
5.3.1.	Formation au cours des différents stages.....	77
5.3.2.	Formation universitaire .....	80
5.3.3.	Formation au cours de l'externat .....	81
6.	Conclusion.....	83
7.	Bibliographie .....	85
8.	Annexes .....	89

## 1. Liste des abréviations

FCU : Frottis cervico-utérin

DIU : Dispositif intra-utérin

DES : Diplôme d'études spécialisées

CCU : Cancer du col de l'utérus

GEP : Groupe d'échange de pratique

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

DPC : Développement professionnel continu

DU : Diplôme universitaire

DIU : Diplôme inter-universitaire

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INVS : Institut national de veille sanitaire

EGB : Echantillon généraliste des bénéficiaires

VENICE 2 : Vaccine European New Integrated Collaboration Effort

PMI : Protection maternelle et infantile

GH : gynécologie hospitalière

OR : Odds Ratio

IC : Intervalle de confiance

THM : Traitement hormonal de la ménopause

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

ECOS : Examen Clinique à objectif structuré

## 2. Introduction

### 2.1. Objectifs de l'étude

Le médecin généraliste constitue le premier contact avec le système de soin. Il est le professionnel de santé le plus facilement accessible pour les patients, quel que soit leur âge, leur sexe ou leurs antécédents. Il se doit de prendre en charge le patient dans sa globalité, en assurant aussi bien le suivi de pathologies chroniques que la prise en charge de pathologies aiguës. Celui-ci a également un rôle majeur de dépistage et de prévention.

Dans un contexte où le nombre de gynécologues médicaux tend à diminuer, le médecin généraliste a une place légitime dans le suivi gynécologique des patientes.

Dans une étude réalisée en 2002, un peu moins de la moitié des médecins généralistes interrogés (43%) déclaraient ne pas se sentir performants lors de la réalisation des actes de gynécologie et un quart des médecins souhaitaient améliorer leur savoir-faire à propos de l'ensemble des gestes de gynécologie. (1)

La thèse de S. DIAS réalisée en 2010 confirme cette tendance. Dans son étude, 27% des médecins interrogés se sentaient insuffisamment formés en gynécologie obstétrique. (2)

La formation médicale initiale à la gynécologie et plus particulièrement aux gestes techniques pouvant être réalisés en médecine générale est donc primordiale (réalisation de frottis cervico-utérins (FCU), pose et retrait d'implants contraceptifs, pose et retrait de dispositifs intra-utérins (DIU))

Notre étude a donc pour objectif principal de faire un état des lieux de la formation des internes aux trois principaux gestes de gynécologie (FCU, pose et retrait d'implants contraceptifs et de DIU), au cours du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale afin de déterminer quels facteurs peuvent avoir une influence sur leur décision de réaliser ou non des gestes de gynécologie dans leur pratique future.

L'objectif secondaire est de proposer des solutions afin d'améliorer la formation au cours du DES de médecine générale et de développer l'intérêt des internes de médecine générale pour cette pratique.

## 2.2. Démographie médicale en France et en Seine-Maritime

### 2.2.1. Médecins généralistes

Selon l'Atlas de la démographie médicale paru en 2018 (3), il y a en France 87801 médecins généralistes en activité (tous modes d'exercices confondus) soit une diminution de 7% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0,4% entre 2017 et 2018. Leur âge moyen est de 50,6 ans.

D'après les analyses du Conseil National de l'Ordre des Médecins, cette tendance à la baisse a de fortes probabilités de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81804 médecins généralistes en activité régulière. La variation 2017-2018 des effectifs des médecins généralistes en activité est de -1,78% en Normandie, ce qui classe notre région au 2<sup>ème</sup> rang des régions ayant perdu le plus de médecins généralistes sur cette période (après Mayotte dont le taux de variation est de -3,6%)

Le nombre de médecins généralistes en Haute-Normandie est de 2139 (hommes et femmes confondus) dont 1587 exerçant en Seine-Maritime. Ce qui classe notre département dans une zone de densité moyenne en termes de médecins généralistes.

En Seine Maritime, 21% d'entre eux ont moins de 40 ans et 24,9% ont 60 ans ou plus.

### 2.2.2. Gynécologues médicaux

Selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins, au 1<sup>er</sup> Janvier 2018 (3), le nombre de gynécologues médicaux exerçant en France est de 1136 dont 80% ont une activité libérale ou mixte.

En Haute-Normandie, le nombre de gynécologues médicaux en activité est de 19 (hommes et femmes confondus), dont 16 exerçant en Seine-Maritime. Ce qui classe notre département dans une zone de densité moyenne en ce qui concerne le nombre de gynécologues médicaux.

### 2.2.3. Sages-femmes

Les sages-femmes sont également impliquées dans le suivi gynécologique des femmes. Elles peuvent, comme les médecins généralistes et les gynécologues médicaux, réaliser les frottis cervico-utérins dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU), poser et retirer les implants contraceptifs ainsi que les DIU.

Selon le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes (4), il y avait en France au 1<sup>er</sup> Janvier 2017 : 28932 sages-femmes en activité dont 600 exerçant en Seine-Maritime.

### 2.2.4. A l'avenir

En Seine-Maritime 43,8% des gynécologues médicaux ont 60 ans ou plus (5) .

Cette moyenne d'âge élevée aura pour conséquence une diminution du nombre de praticiens exerçant cette spécialité dans les années à venir. Les actes courants de gynécologie vont alors se reporter sur les médecins généralistes ainsi que sur les sages-femmes. Il paraît indispensable que les actes courants de gynécologie soient maîtrisés par les médecins généralistes afin de répondre au mieux aux besoins de la population.

## 2.3. Formation à la gynécologie en médecine générale

### 2.3.1. Formation universitaire

#### *2.3.1.1. La formation actuelle*

Dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales, les modalités de formation des internes de médecine générale ont été modifiées à la rentrée 2017, les internes interrogés dans notre étude n'ont pas été concernés par cette réforme.

Il existe actuellement différents types de formation :

- Les séminaires répartis durant les 3 années de DES pouvant aborder de nombreuses thématiques.

- Les Groupes d'Echange de Pratique (GEP) durant lesquels les internes échangent sur différentes situations cliniques rencontrées durant leurs stages et pouvant concerner les thématiques de santé de la femme.

- Les ateliers de formation aux gestes pratiques, dispensés à 2 reprises au cours des 3 années de formation : un premier a lieu en 1<sup>ère</sup> année de DES et un second en milieu de 3<sup>ème</sup> année.

- Les différents stages pratiques réalisés au cours des 3 années du DES : ceux-ci s'effectuent dans le cadre d'une maquette qui doit être impérativement respectée.

Au cours de la première année, l'interne réalise un stage dans un service de médecine d'urgence adulte ainsi qu'un semestre en médecine générale chez un praticien agréé-maitre de stage (stage praticien ambulatoire niveau 1).

Lors de la 2<sup>ème</sup> année, l'interne réalise un semestre en Médecine adulte polyvalente (gériatrie, médecine interne, médecine polyvalente...) ainsi qu'un semestre en santé de l'enfant.

La 3<sup>ème</sup> année du DES permettra à l'interne de réaliser un stage dans un service dédié à la santé de la femme ainsi qu'un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS).

Un jury se réunit à la fin de la première année de formation afin de valider la phase socle et de permettre à l'étudiant d'accéder à la phase d'approfondissement (2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année).

Dans le cadre de cette réforme, les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) ont disparu et ont été transformés en Formations Spécialisées Transversales (FST) ou, pour certains, en DES (médecine d'urgence / gériatrie / nutrition...).

### *2.3.1.2. La formation antérieure*

Les internes interrogés dans notre étude étaient formés par le biais :

- De cours théoriques et de séminaires répartis durant les 3 années du DES.

- D'un atelier de formation aux gestes pratiques, dispensé en milieu de troisième année de DES.

- De différents stages pratiques. La maquette de stage était différente de la maquette actuelle :

Au cours de la première année du DES, l'interne devait réaliser un semestre dans un lieu de stage hospitalier agréé pour la médecine générale : en médecine gériatrique / médecine interne / médecine polyvalente ou médecine générale, ainsi qu'un semestre dans un service de médecine d'urgence.

Au cours de la deuxième année, un semestre devait être réalisé au sein du Pôle Mère-Enfant : soit en pédiatrie, soit dans un service de gynécologie obstétrique ; ainsi qu'un semestre en médecine générale chez un praticien agréé-maitre de stage (Stage praticien niveau 1).(6)

La troisième année du DES était habituellement consacrée à un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), ainsi qu'à un stage libre qui pouvait être l'occasion d'un stage en gynécologie-obstétrique ou en pédiatrie, en alternance avec le stage déjà effectué en 2ème année. Ce stage libre pouvait également concerner un projet professionnalisant pour une formation à un DESC, ou concerner un autre aspect de la médecine intéressant l'interne (au sein ou hors filière de médecine générale).

### 2.3.2. Formation post universitaire

Le développement professionnel continu (DPC), introduit dans la loi du 21 Juillet 2009 (7), a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques.

Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, et il constitue une obligation à laquelle chacun doit satisfaire.

De nombreux diplômes universitaires (DU) ou diplômes inter-universitaires (DIU) sont ouverts aux médecins généralistes et leur permettent d'élargir leurs compétences dans certains domaines.

A la faculté de médecine de Rouen 14 DU et 30 DIU sont ouverts à l'ensemble des spécialités médicales, parmi lesquels le DIU de formation complémentaire en gynécologie obstétrique dispensé dans les facultés de médecine de Rouen, Amiens et Caen.

## 2.4. Dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU

### 2.4.1. Epidémiologie du cancer du col de l'utérus

Avec 2840 nouveaux cas recensés et 1080 décès en France métropolitaine en 2017, le cancer du col de l'utérus représente la 12ème cause de cancer, et la 10ème cause de mortalité par cancer chez la femme en France. (6)

C'est l'un des seuls cancers dont le pronostic se dégrade, avec un taux de survie de 62% à 5 ans pour la période 2005-2010, contre 68% pour la période 1989-1993. (8)

Le pic d'incidence de ce cancer en France se situe vers l'âge de 40 ans et l'âge médian au diagnostic est de 51 ans. (9)

L'infection par un ou plusieurs papillomavirus humains (HPV) à haut risque (dits oncogènes) est le principal facteur de risque du cancer du col de l'utérus.

Le tabac, la multiparité, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la co-infection par un autre agent sexuellement transmissible, l'utilisation prolongée de contraceptifs oraux, les rapports sexuels à un âge précoce et les partenaires sexuels multiples, ainsi que le faible niveau socio-économique seraient d'autres facteurs potentiellement associés au cancer du col de l'utérus. (10)

Le cancer du col de l'utérus peut être considéré comme évitable du fait de l'existence de moyens de prévention primaire et secondaire : la vaccination contre les infections à papillomavirus et le dépistage par frottis cervico utérin.

### 2.4.2. Prévention primaire

La prévention primaire repose sur la vaccination contre les infections à papilloma virus qui est recommandée chez les jeunes filles entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage possible jusqu'à l'âge de 19 ans révolus.

Un vaccin nonavalent (génotypes 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) : GARDASIL 9®, a récemment été commercialisé. Il remplace le GARDASIL® (quadrivalent) ainsi que le CERVARIX® (bivalent).

Le médecin généraliste a un rôle majeur dans le cadre de la prévention primaire, il informe les jeunes patientes et leurs parents sur cette vaccination ainsi que sur les facteurs de risque facilement évitables.

Un site internet est également à disposition des patientes et de leurs parents afin de répondre aux différentes questions qu'ils peuvent se poser concernant cette vaccination. Celui-ci a été réalisé par une interne de médecine générale de la faculté de Rouen dans le cadre de son travail de thèse, les informations sont donc fiables et proviennent de sources scientifiques validées. (11)

#### 2.4.3. Prévention secondaire

- ✓ La prévention secondaire repose sur un examen cytologique : le FCU.

En France métropolitaine, celui-ci doit être réalisé dès l'âge de 25 ans, un second devra être réalisé à 1 an d'intervalle si les résultats sont normaux. Puis, en l'absence d'anomalie, le frottis devra être répété tous les 3 ans jusqu'à l'âge de 65 ans.

La technique du dépistage par frottis cervico utérin a été décrite en 1943 par Papanicolaou. Les cellules du col de l'utérus sont prélevées et mises en suspension dans un flacon contenant un liquide de conservation pour être analysées dans un laboratoire d'anatomo-cytopathologie. Cette technique de frottis en phase liquide est à privilégier car il permet également la recherche d'ADN HPV. Ceci évite de reconvoquer la patiente pour un nouveau prélèvement en cas de cytologie anormale.

L'interprétation cytologique donne lieu à un compte-rendu cytologique fondé sur le système de Bethesda 2014 (*annexe 1*)

La réalisation du FCU reste insuffisante dans la population cible. Selon l'analyse des données de l'Echantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie, sur la période 2010-2013, 39% des femmes de la population cible n'avaient réalisé aucun FCU durant la période d'étude (12). Ce sont essentiellement des femmes atteintes de certaines ALD (diabète, obésité, pathologie psychiatrique, hépatites, HIV), ayant une

dépendance (opioïdes, alcool), une invalidité, ou présentant des difficultés sociales. Mais également des femmes de plus de 50 ans dont la moitié n'assurent plus leur suivi.

#### 2.4.4. Un dépistage organisé

Suite à l'arrêté du 4 Mai 2018, le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par FCU, montrant un intérêt médico-économique, s'est généralisé à l'ensemble du territoire, conformément à l'action 1.1 du plan Cancer 2014-2019. (12, 13, 14)

L'objectif est de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30% à 10 ans, en atteignant 80% de taux de couverture dans la population cible et en rendant le dépistage par FCU plus facilement accessible aux populations vulnérables ou aux populations les plus éloignées du système de santé.

Il prévoit :

- Pour les femmes n'ayant pas réalisé de FCU depuis 3 ans :
  - l'envoi d'invitations et de relances.
  - des stratégies complémentaires en direction des populations vulnérables et/ ou très éloignées du système de santé (accompagnement au dépistage, médiation sanitaire, auto-prélèvements, unités mobiles, etc.).
- Un suivi de l'ensemble des femmes dont le test de dépistage est positif.
- L'amélioration des pratiques professionnelles (intervalles entre deux tests, suivi des femmes présentant un résultat anormal/ positif, etc.)
- La prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie sans avance de frais, sur présentation du courrier d'invitation au programme.

## 2.5.L'implant contraceptif

### 2.5.1. Historique

Les objectifs de l'implant contraceptif, dont les recherches ont débuté dans les années 1960, sont acceptabilité, observance, ainsi qu'une action contraceptive de longue durée, sur plusieurs années. Le premier implant contraceptif a été commercialisé en 1983 par la firme finlandaise Leiras (Norplant®). (16)

C'est une méthode contraceptive hormonale, qui contient uniquement de l'étonogestrel. Il se présente sous la forme d'un bâtonnet de 4 cm sur 0,2 cm, radio opaque.

Actuellement le seul implant contraceptif commercialisé en France est le NEXPLANON®, qui remplace l'IMPLANON® depuis 2010.

Il représente, en 2016, 4,3% des moyens de contraception utilisés chez l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans. Il est utilisé par 9,6% des femmes de 20 à 24 ans. (17)

### 2.5.2. Technique de pose et de retrait

L'implant contraceptif NEXPLANON® contient un inserteur conçu pour limiter le risque d'insertion trop profonde et limiter le risque d'expulsion ou de retrait immédiatement après la pose.

La pose de l'implant contraceptif se fait après avoir exclu tout risque de grossesse, dans des conditions d'asepsie strictes et après réalisation d'une anesthésie locale (soit après pose de patch EMLA soit après injection de lidocaïne). L'implant doit être inséré à la face interne du bras non dominant, en sous cutané, dans le sillon entre le biceps et le triceps. Immédiatement après l'insertion, la présence de l'implant doit être vérifiée par palpation.

Une vidéo décrivant la technique de pose et de retrait du NEXPLANON a été réalisée par le Docteur Pascal Boulet, enseignant au sein du département de médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. Celle-ci est associée à un article paru dans la revue Exercer. (18,19)

Le moment choisi pour l'insertion dépend de la situation contraceptive de la femme :

-En l'absence préalable de contraception hormonale l'implant doit être inséré entre le 1<sup>er</sup> et le 5<sup>ème</sup> jour du cycle.

-En relai d'un contraceptif hormonal combiné, l'implant doit être inséré le lendemain de la prise du dernier comprimé actif ou le jour du retrait du patch transdermique ou de l'anneau vaginal.

-En relai d'une méthode purement progestative : l'implant doit être inséré dans les 24h suivant la prise du dernier comprimé en cas de pilule progestative, le jour du retrait du précédent implant ou Dispositif Intra Utérin (DIU), ou le jour prévu pour la prochaine injection en cas de contraceptif injectable.

-Après un avortement ou une fausse-couche : l'implant devra être inséré dans les 5 jours suivant l'avortement ou la fausse couche du premier trimestre, ou entre le 21<sup>ème</sup> et le 28<sup>ème</sup> jour suivant l'avortement ou la fausse couche du 2<sup>ème</sup> trimestre.

-En post partum : l'implant devra être inséré entre le 21<sup>ème</sup> et le 28<sup>ème</sup> jour après l'accouchement en l'absence d'allaitement, ou après la 4<sup>ème</sup> semaine suivant l'accouchement en cas d'allaitement.

Si l'insertion a lieu à un autre moment que celui recommandé, la patiente devra être avertie qu'elle doit utiliser une méthode contraceptive non hormonale pendant les 7 jours suivant l'insertion.

L'implant peut être laissé en place pour une durée de 3 ans maximum, durée diminuée à 2 ans chez les patientes obèses en raison d'une diminution d'efficacité.

Le retrait de l'implant contraceptif se fait après repérage de sa localisation exacte par palpation et après réalisation d'une anesthésie locale (pose de patch EMLA ou injection de lidocaïne). Une incision est réalisée soit de façon longitudinale dans l'axe de l'implant, soit de façon transversale. L'implant va ensuite être poussé doucement vers l'incision jusqu'à ce que l'extrémité de celui-ci soit visible. Une fois extériorisé l'implant est saisi avec une pince et retiré. Il est parfois nécessaire d'inciser la gaine fibreuse qui entoure l'implant et empêche son extraction.

## 2.6. Le dispositif intra-utérin

### 2.6.1. Historique

Le dispositif intra-utérin à usage contraceptif a été décrit pour la première fois en 1909, par Richard Richter, à Waldeburg en Pologne. (20)

Le premier DIU au fil de cuivre a été commercialisé en 1962. L'adjonction du cuivre a permis d'augmenter l'efficacité des dispositifs intra-utérins tout en diminuant leur taille, ce qui a permis de rendre la pose plus facile et d'améliorer la tolérance. De très nombreux modèles de DIU inertes ou bioactifs au cuivre, à la progestérone ou au lévonorgestrel, firent ensuite leur apparition. Les dispositifs intra-utérins inertes ne sont plus que très exceptionnellement posés, essentiellement en cas de contre-indication rarissime au cuivre.

De nombreux types de DIU sont actuellement commercialisés en France. Parmi lesquels des DIU au cuivre (exemple : MONA LISA) et des DIU au lévonorgestrel (MIRENA, JAYDESS)

### 2.6.2. Technique de pose et de retrait

La DIU doit être posé en première partie de cycle, préférentiellement au cours des 7 premiers jours du cycle pour faciliter sa mise en place.

La mise en place peut également s'effectuer aussitôt après un avortement du premier trimestre, ou au cours du post partum : au plus tôt 6 semaines après l'accouchement.

Il convient d'exclure tout risque de grossesse ainsi que toute infection génitale avant la mise en place du DIU.

La pose doit être effectuée dans des conditions d'asepsie strictes, après réalisation éventuelle d'une hystérométrie, afin d'apprécier la profondeur de la cavité utérine.

En cas de doute sur le bon positionnement du DIU, le praticien peut être amené à demander une échographie.

Le DIU peut être laissé en place pour une durée de 5 ans maximum, voire 10 ans pour certains DIU au cuivre.

Le retrait du dispositif intra-utérin s'effectue en tirant doucement sur les fils à l'aide d'une pince. Si les fils ne sont pas visibles mais que la présence du DIU dans la cavité utérine est confirmée par l'échographie, celui-ci peut être retiré à l'aide d'une pince spécifique ; une dilatation du canal cervical ou une intervention chirurgicale peuvent parfois être nécessaires.

## 2.7.A l'étranger

### 2.7.1. Dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU

Dans l'Union européenne, la lutte contre le cancer est l'une des priorités de la politique de santé publique depuis 1985. Trois programmes d'action successifs, intitulés « L'Europe contre le cancer », ont été mis en œuvre entre 1987 et 2002. L'objectif de ces programmes était d'aider les états membres à coordonner leurs actions en matière de dépistage. Les recommandations internationales reprises par l'Union Européenne donnent l'objectif de 80% de couverture pour le test de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Selon les chiffres de 2013, sept pays du nord de l'Europe, possèdent un programme de dépistage ancien, démarré dans les années 1960 : le Danemark, la Finlande, l'Islande, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède. Sept pays se sont ensuite ajoutés depuis 2005 : l'Estonie, la Hongrie, la Lituanie, la Pologne, la Slovaquie, la Serbie, ainsi que l'Irlande, dont le programme régional s'est étendu à tout le pays en 2008.

Sept pays ont un programme de dépistage régional : l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, l'Italie, le Portugal, la Roumanie, ainsi que la France, dont le programme de dépistage s'est récemment généralisé à l'ensemble du territoire suite à l'arrêté du 4 Mai 2018.

La tranche d'âge des femmes concernées, l'intervalle entre deux tests normaux ainsi que les différents professionnels impliqués dans la réalisation du prélèvement diffèrent selon les pays. Le médecin généraliste est impliqué dans la réalisation de ce dépistage en

France, au Danemark, en Irlande, en Lituanie, aux Pays Bas, au Portugal, en Roumanie, ainsi qu'au Royaume Uni.

### 2.7.2. Utilisation du dispositif intra-utérin à l'étranger

Selon une étude parue en 2014 (21) : Les taux d'utilisation des DIU varient considérablement d'un continent à l'autre et d'un pays à l'autre. En effet d'après des données de 2011 : 83% des utilisatrices de DIU se trouvent en Asie, 8% sont en Europe, 4% en Amérique Latine / Caraïbes, 4% en Afrique, 1% en Amérique du Nord, et 0,03% en Océanie.

Plusieurs facteurs contribuent à cette variabilité, parmi lesquels :

- la politique gouvernementale du pays,
- le coût de la contraception
- les différents professionnels de santé impliqués dans la pose de DIU : certains pays comme l'Allemagne, la Suède, la Chine ou l'Inde, n'impliquent pas le médecin généraliste, ou médecin de famille, dans la pose de DIU. En Allemagne et en Chine seuls les gynécologues-obstétriciens sont habilités à poser des DIU.

### 3. Matériel et méthode

Cette étude est une étude quantitative, descriptive, transversale, qui a été réalisée au moyen d'un questionnaire électronique.

La population étudiée comprenait initialement l'ensemble des internes de la faculté de médecine de Rouen ayant terminé leur DES de médecine générale en Novembre 2017. Dans un second temps, et afin d'obtenir un plus grand nombre de réponses, nous avons élargi la population étudiée aux internes en 3<sup>ème</sup> année de DES terminant leur internat en Novembre 2018.

Le questionnaire a été diffusé par voie électronique.

Le premier envoi a été réalisé au mois de Décembre 2017, à l'ensemble des internes ayant terminé leur internat en Novembre 2017 ainsi qu'aux internes inscrits en année de thèse pour l'année scolaire 2016-2017. Lors de ce premier envoi 195 internes ont été invités à répondre au questionnaire.

Un second envoi a été réalisé en juin 2018, les internes concernés étaient ceux en 3<sup>ème</sup> année de DES terminant leur internat en Novembre 2018 ainsi que les internes inscrits en année de thèse pour l'année scolaire 2017-2018 : 199 envois ont été effectués.

Les 108 internes inscrits en année de thèse pour l'année 2017-2018 avaient déjà reçu le premier mail d'invitation à participer au questionnaire en Novembre 2017.

Le mail d'invitation a donc été adressé à 286 internes.

Le questionnaire a été réalisé sur LIMESURVEY, il comprenait 6 parties distinctes : (*annexe 2*)

- La première partie définissait les caractéristiques générales des internes répondant au questionnaire : âge, sexe, faculté d'externat, réalisation de DESC ou de DIU au cours de l'internat. Une question portait sur leur projet d'exercice : exercice libéral ou salarié de la médecine générale, autre exercice libéral (angiologie ou médecine du sport par exemple), autre exercice hospitalier ou salarié (médecine d'urgence, médecine gériatrique, exercice en centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI)...). Les internes étaient également interrogés sur les gestes qu'ils considéraient comme étant des

gestes de médecine générale et sur les gestes qu'ils souhaitaient réaliser dans leur pratique future.

- La seconde partie portait sur la formation aux gestes de gynécologie au cours de l'internat : lieux de formation à la réalisation des gestes techniques ainsi que lieu de stage considéré comme étant le plus formateur. Réalisation ou non d'un stage en gynécologie hospitalière ou de consultations auprès d'un gynécologue exerçant en libéral.

- Les troisième, quatrième et cinquième parties portaient respectivement sur les formations à la réalisation des frottis cervico utérins, à la pose et au retrait d'implant contraceptif, à la pose et au retrait de DIU. Les questions portaient sur le type de formation reçue (théorique, pratique sur un mannequin, pratique sur une patiente avec la supervision d'un médecin, absence de formation), sur le lieu de formation, sur le nombre de gestes réalisés au cours de l'internat. Les internes s'auto-évaluaient ensuite sur l'acquisition de ces gestes en fin d'internat et sur leur volonté de reproduire ces gestes dans leur pratique future sans formation complémentaire puis après formation complémentaire. Pour les internes ne souhaitant pas réaliser ces gestes techniques dans leur pratique future il leur était demandé les raisons de ce choix (caractère chronophage du geste, nécessité d'avoir du matériel adapté au cabinet, manque d'intérêt pour la gynécologie, manque de rémunération, difficulté pour interpréter et gérer les résultats anormaux pour les FCU, dangerosité potentielle du geste pour les implants et les DIU). Enfin la dernière question portait sur le souhait de pouvoir bénéficier d'une formation complémentaire en post-internat et sur le type de formation souhaitée.

- La sixième partie portait sur le ressenti des internes par rapport à l'abord du suivi gynécologique en médecine générale et sur la façon dont pourrait être améliorée la formation en gynécologie au cours du DES de médecine générale. Pour cette dernière question les internes avaient possibilité d'écrire un commentaire libre.

Les internes ne pouvaient poursuivre le questionnaire qu'après avoir répondu à toutes les questions.

Les résultats ont ensuite été analysés grâce aux logiciels EXCEL et BIOSTATGV.

Cette étude est une recherche non interventionnelle, classée « Non- RIPH » (Recherche Impliquant la Personne Humaine) d'après la Loi Jardé et le dernier arrêté s'y rapportant

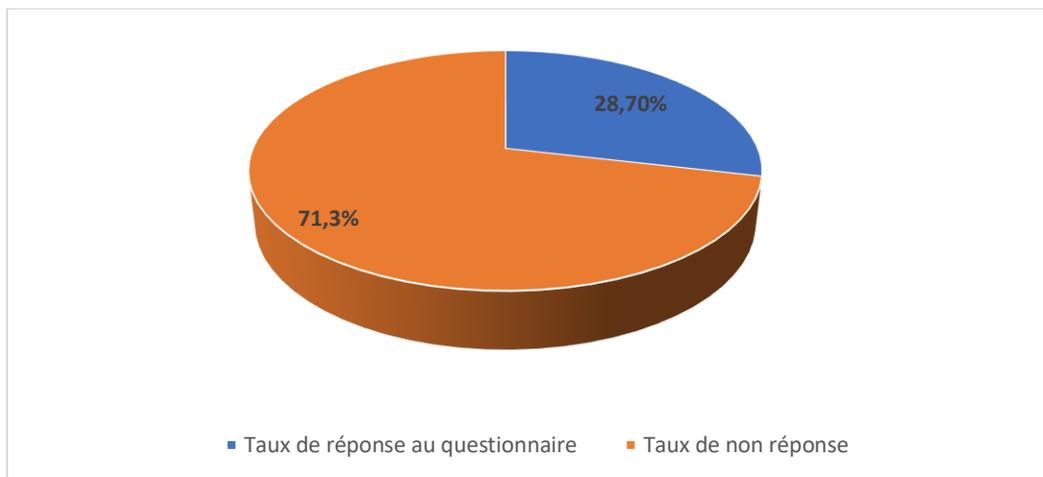
au 12 Avril 2018. Elle n'a donc pas nécessité d'accord préalable auprès d'un Comité de Protection des Personnes. (22)

## 4. Résultats

### 4.1. Caractéristiques de la population

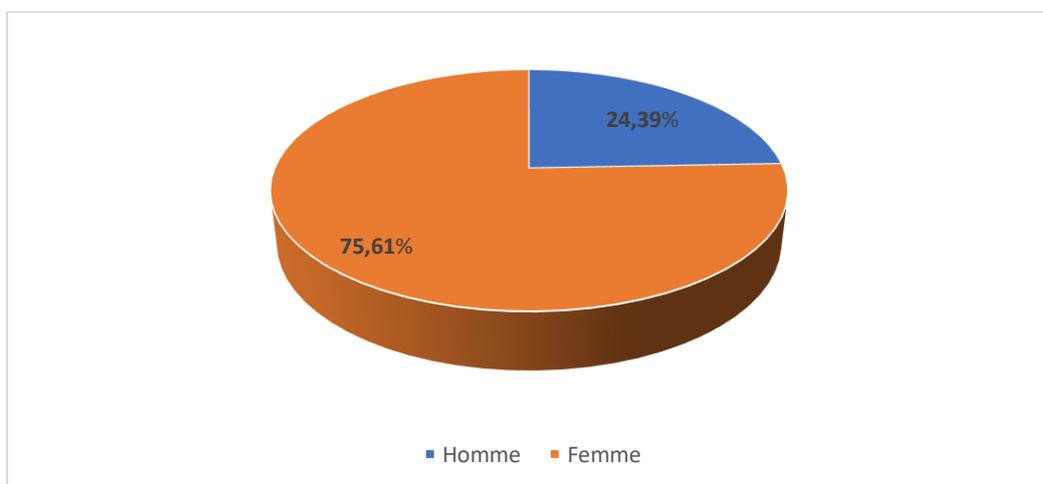
- ✓ Nous avons reçu 82 réponses au questionnaire.

***Figure 1 : Taux de réponse au questionnaire***



- ✓ Environ trois quarts des répondants étaient des femmes et un quart étaient des hommes.

***Figure 2 : Répartition des réponses selon le sexe***

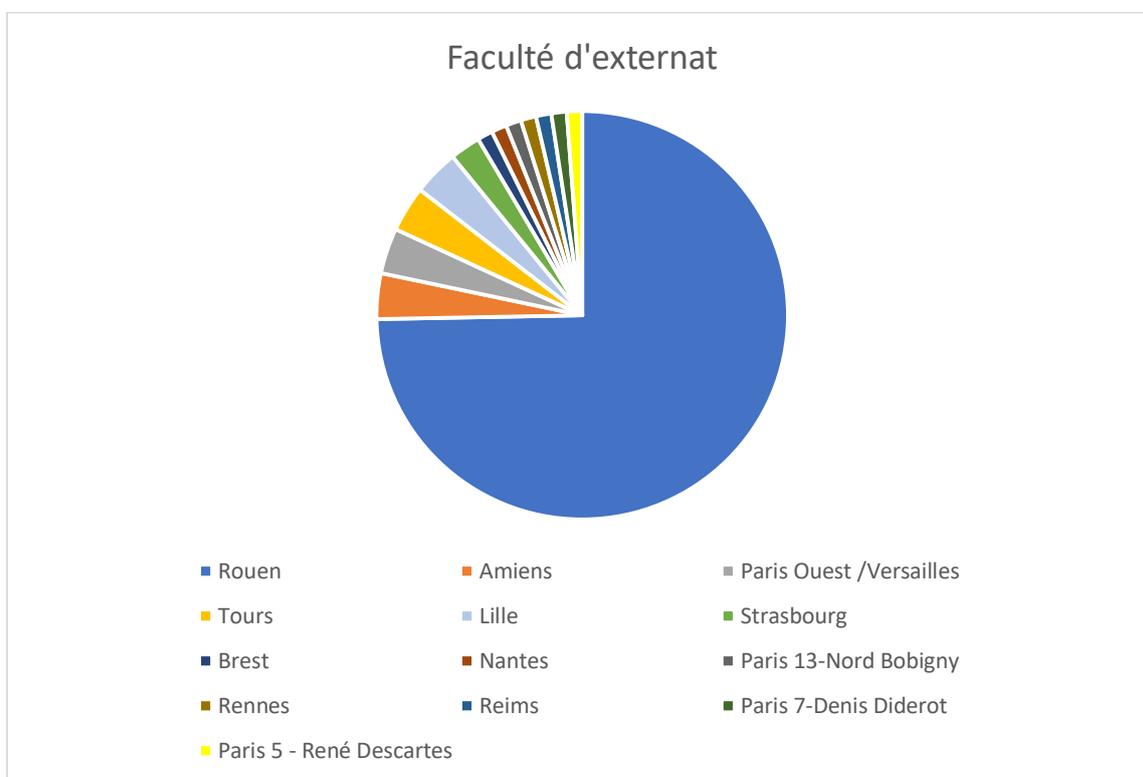


✓ La moyenne d'âge des internes ayant répondu au questionnaire était de 29,2 ans, avec une médiane à 29 ans, un âge minimum à 27 ans et un âge maximum à 39 ans

✓ Villes de formation pendant l'externat :

Parmi les 82 internes ayant répondu au questionnaire, 62 avaient réalisé leur externat à la faculté de médecine de Rouen, soit 75,61% des répondants.

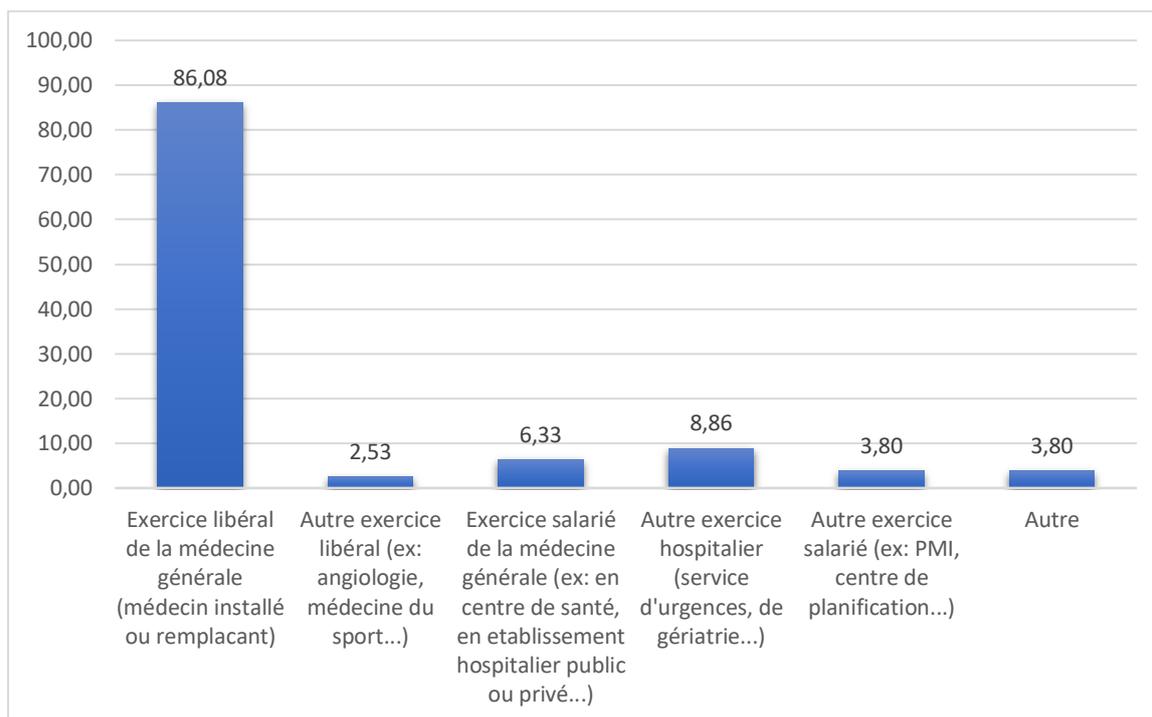
***Figure 3 : Répartition selon la faculté d'externat.***



✓ **Projet d'exercice :**

Une très grande majorité des internes interrogés ont pour projet d'exercer la médecine générale en milieu libéral.

**Figure 4 : Projets professionnels des internes : répartition en pourcentages.**



✓ **Réalisation de DESC / DIU**

Au cours de leur formation 7 internes ont réalisé un DESC : 4 ont réalisé le DESC de médecine d'urgence, 1 a réalisé le DESC de médecine vasculaire, 1 a réalisé le DESC de nutrition, 1 a réalisé le DESC de soins palliatifs.

Les internes ayant réalisé un diplôme universitaire ou inter-universitaire sont au nombre de 9 : 1 a réalisé le DU de gynécologie, 1 a réalisé le DU d'ostéopathie, 1 a réalisé le DU de carcinologie clinique, 1 a réalisé le DU de brulologie, 1 a réalisé le DU de développement de l'enfant, 1 a réalisé le DU de phlébologie / échographie vasculaire, 1 a réalisé le DU d'addictologie, 1 a réalisé le DU d'acupuncture, 1 a réalisé le DU de diabétologie.

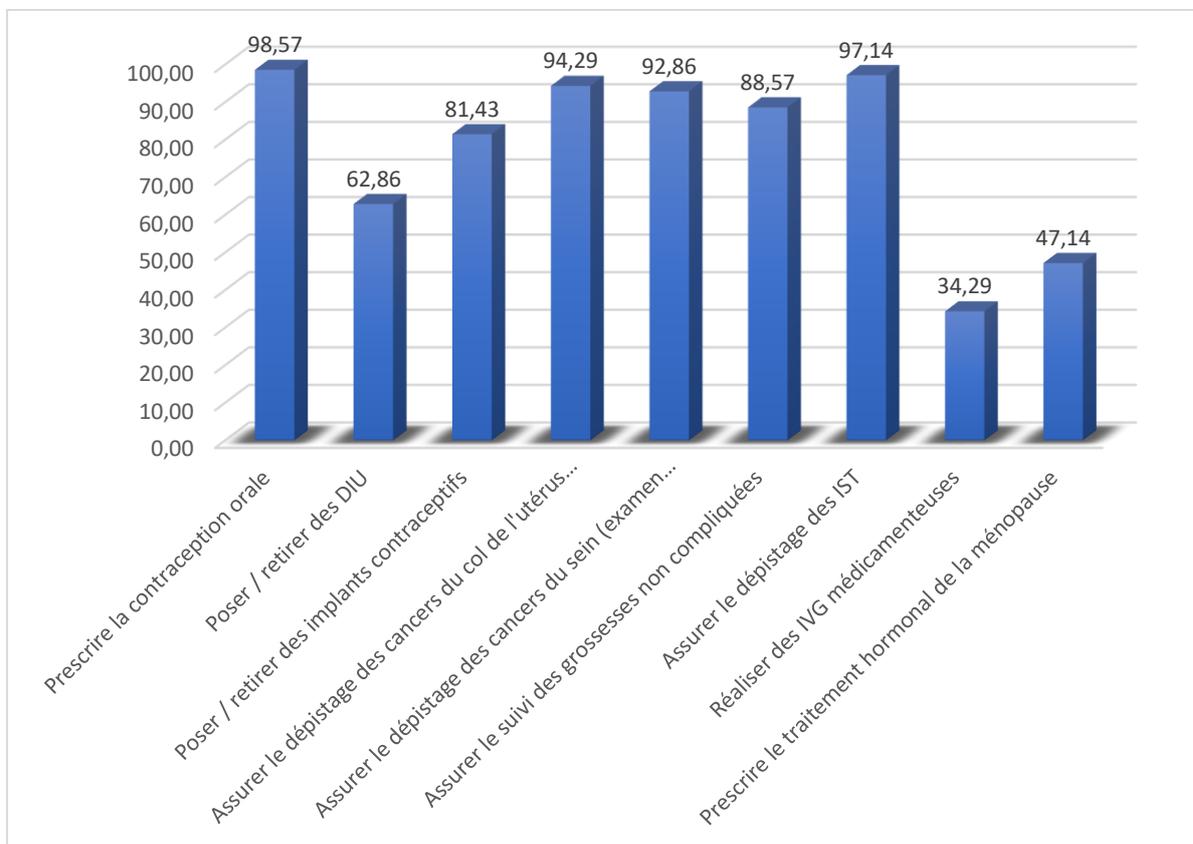
✓ Gestes de gynécologie

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire :

- 100% d'entre eux considèrent que la réalisation des FCU est un geste de médecine générale,
- 95% considèrent que la pose et le retrait d'implant contraceptif sont des gestes de médecine générale,
- 86% considèrent que la pose et le retrait de DIU sont des gestes de médecine générale.

- ✓ Les internes ayant pour projet d'exercer la médecine générale ont pu exprimer leur souhait de réaliser ou non les pratiques et gestes gynécologiques courants. Les résultats se répartissent de la façon suivante :

**Figure 5 : Pourcentage d'internes souhaitant réaliser les pratiques et gestes gynécologiques**



## 4.2. Formation générale en gynécologie

### 4.2.1. Réalisation de stage en gynécologie hospitalière

#### ✓ Au cours de l'externat

- Parmi l'ensemble des internes ayant répondu au questionnaire : 37,7% avaient réalisé un stage en gynécologie hospitalière au cours de leur externat.

- Parmi ceux ayant réalisé leur externat à la faculté de médecine de Rouen, seulement 22,6% avaient pu réaliser ce stage.

#### ✓ Au cours de l'internat

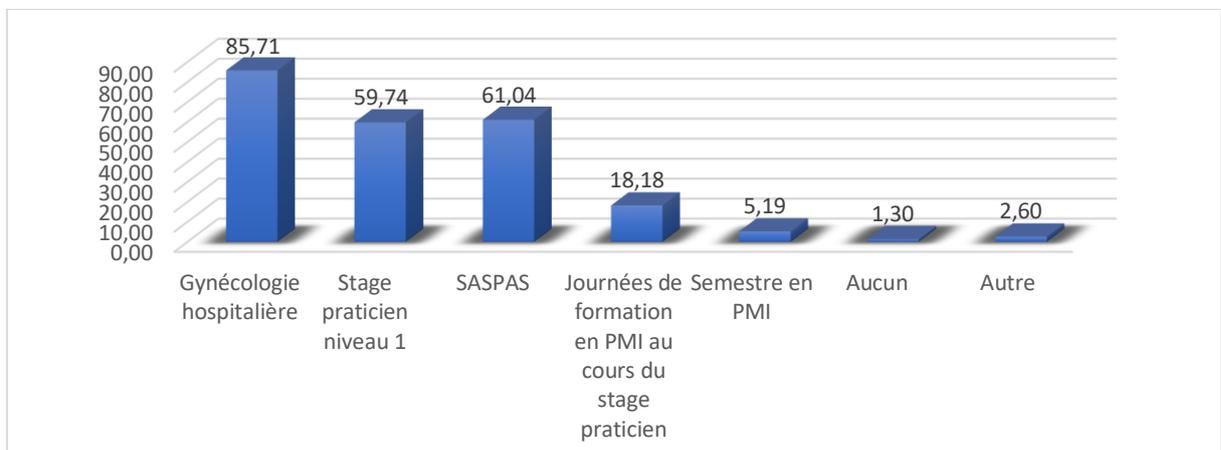
- 87% des internes avaient réalisé un stage en gynécologie hospitalière au cours de leur internat, ceux n'ayant pas eu accès à ce stage évoquent comme raison le manque de place ou un manque d'intérêt pour la gynécologie.

- Parmi les internes ayant répondu au questionnaire : 9,1% d'entre eux n'avaient jamais réalisé de stage en gynécologie hospitalière pendant l'ensemble de leur cursus.

#### 4.2.2. Lieux de stage permettant l'apprentissage des gestes de gynécologie

Les internes ont été interrogés sur les lieux de stage où ils ont pu pratiquer des gestes de gynécologie. On retrouve par ordre de fréquence : la gynécologie hospitalière, le SASPAS, le stage praticien niveau 1, les journées de formation en PMI (au cours du stage praticien niveau 1), le semestre en PMI, les journées de formation en PMI lors du SASPAS.

**Figure 6 :** *Pourcentage d'internes ayant pratiqué des gestes de gynécologie au cours de ces stages.*



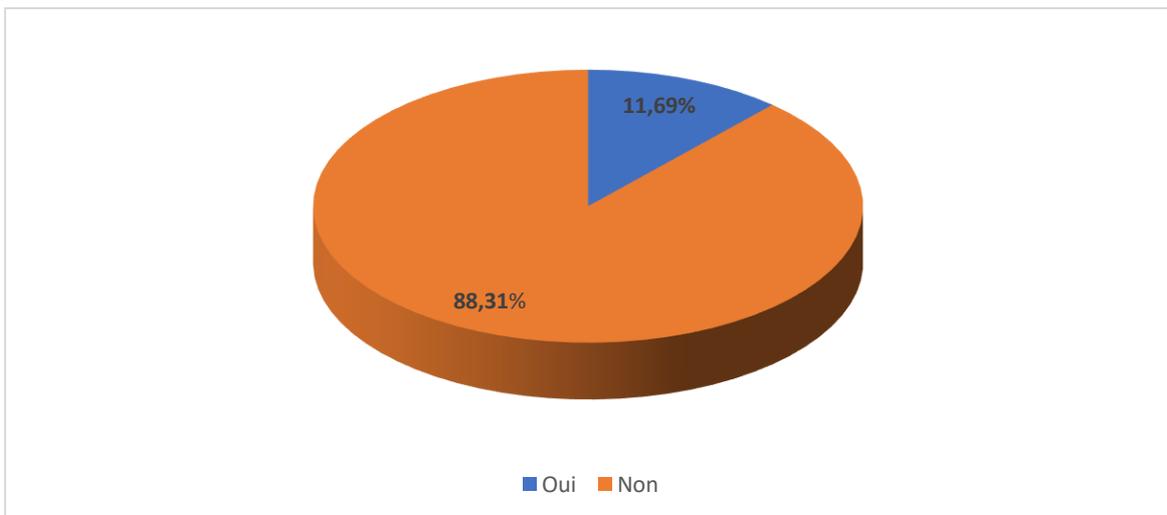
Les lieux de stage considérés comme les plus formateurs sont par ordre de fréquence :

La gynécologie hospitalière (pour 76,6% des internes), le stage praticien niveau 1 (22,1%), et le SASPAS (15,6%). Seulement 3 internes ont considéré que le lieu de stage le plus formateur était la PMI dans le cadre des journées de formation au cours du stage praticien niveau 1 ou du SASPAS. Un seul interne considère que le stage en PMI est le plus formateur. Un seul interne considère qu'aucun de ces stages n'est formateur.

#### 4.2.3. Consultations avec un gynécologue libéral

Très peu d'internes ont pu assister à des consultations avec un gynécologue libéral au cours du stage praticien ou du SASPAS.

**Figure 7 :** *Pourcentage d'internes ayant assisté à des consultations avec un gynécologue libéral au cours du stage praticien niveau 1 ou du SASPAS*



### 4.3. Formation à la réalisation des FCU

#### 4.3.1. Type de formation

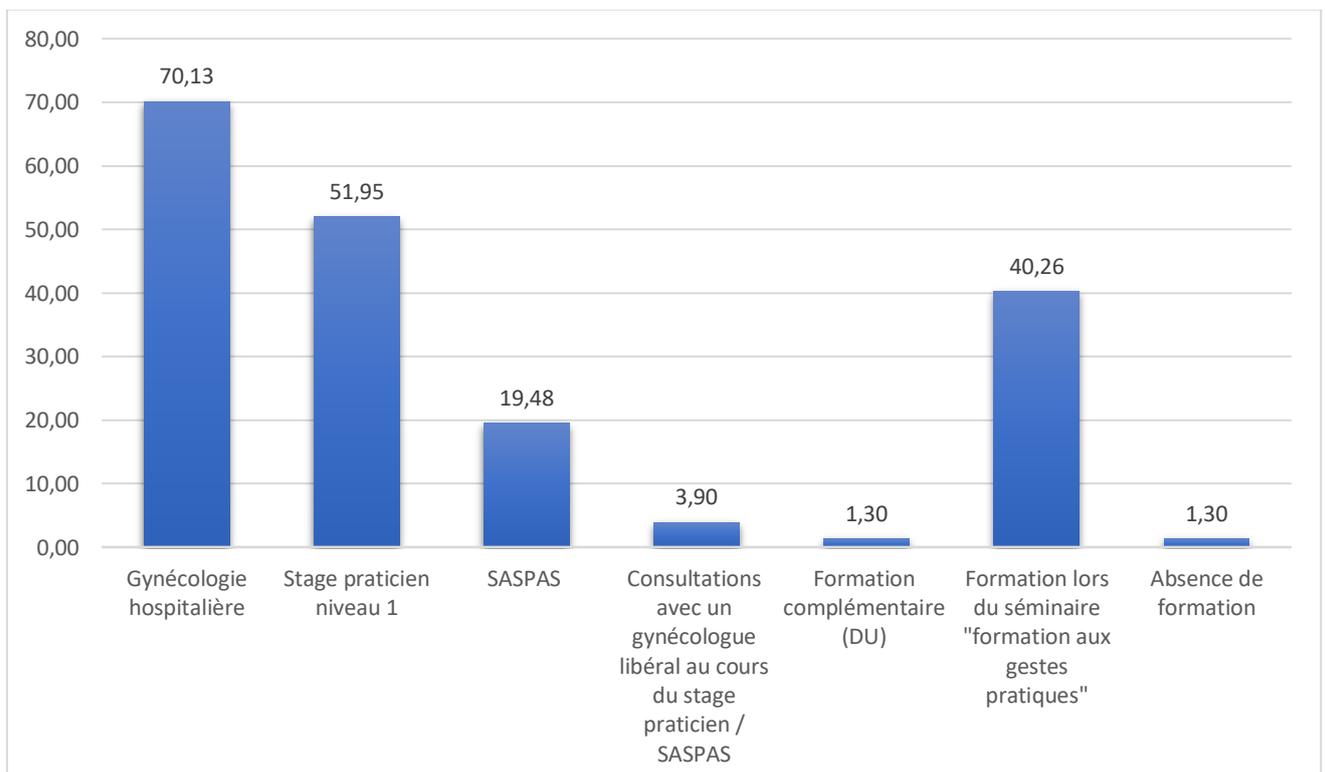
- 69 internes (89,6% des répondants) ont pu bénéficier d'une formation pratique, sur une patiente, sous la supervision d'un autre médecin.
- 28 internes (36,36%) ont pu bénéficier d'une formation pratique sur un mannequin au cours du séminaire de formation aux gestes pratiques organisé à la faculté.
- 4 internes (4,08%) n'ont pas reçu d'autre formation pratique que la formation sur mannequin.
- 4 internes (4,08%) ont reçu une formation uniquement théorique.

### 4.3.2. Lieux de formation

Le principal lieu de stage où les internes ont pu bénéficier d'une formation à la réalisation des FCU est le stage en gynécologie hospitalière : en effet 70,1% des internes considèrent avoir été formés au cours de ce stage. Le stage praticien niveau 1 est considéré comme le 2<sup>ème</sup> stage le plus formateur pour la réalisation des FCU, suivi du SASPAS où seulement 15 internes considèrent avoir reçu une formation.

- 31 internes considèrent le séminaire « formation aux gestes pratiques » comme formateur.
- Seulement 3 internes ont pu être formés auprès d'un gynécologue libéral
- 1 seul interne a reçu une formation lors d'une formation complémentaire (DU)
- 1 seul interne n'a reçu aucune formation

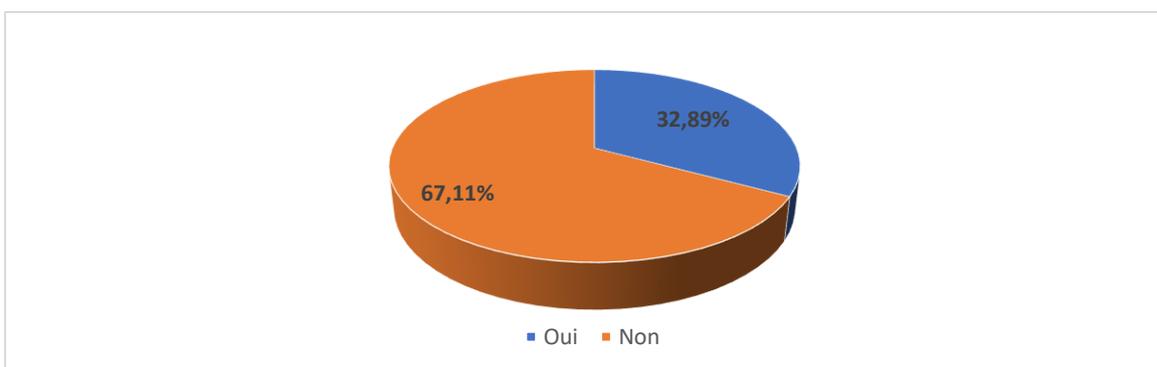
**Figure 8 :** *Pourcentage d'internes considérant avoir été formés à la réalisation des FCU en fonction des lieux de stage.*



### 4.3.3. Demande de séances de formation sur mannequin

Sur les 82 internes interrogés, 67,11% ne sont pas demandeurs de séances supplémentaires de formation sur mannequin.

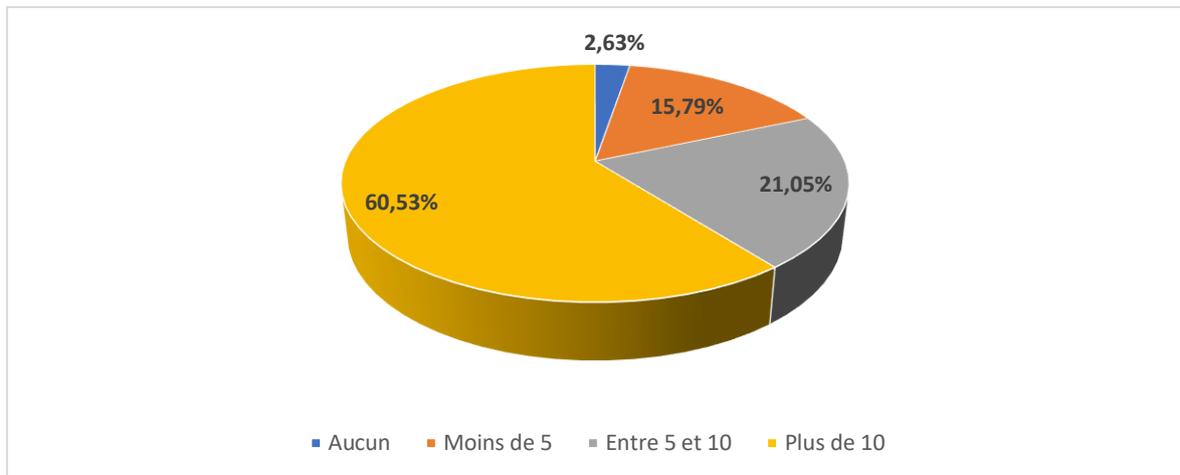
**Figure 9 :** *Pourcentage d'internes souhaitant pouvoir bénéficier de plusieurs séances de formation sur mannequin pour la réalisation des FCU.*



### 4.3.4. Nombre de FCU réalisés au cours de l'internat

Pendant l'internat une grande majorité des internes ont réalisés plus de 10 FCU (60,53% d'entre eux) durant leurs stages, seulement 2 internes n'en ont réalisé aucun au cours de leur cursus.

**Figure 10 : Pourcentage d'internes en fonction du nombre de FCU réalisés au cours de l'internat.**



#### 4.3.5. Acquisition du geste en fin d'internat

En fin d'internat 92,1% des internes considèrent ce geste comme acquis, et 89,5% pratiqueraient ce geste dans leur pratique future, sans formation complémentaire.

Il a été demandé aux 8 personnes qui ne le pratiqueraient pas sans formation complémentaire, s'ils le pratiqueraient après avoir reçu une formation adéquate : 5 d'entre eux seraient prêts à réaliser ce geste et 3 d'entre eux ne le pratiqueraient pas même après avoir reçu une formation adaptée.

Les raisons évoquées sont le caractère chronophage du geste, le manque d'intérêt pour la gynécologie et la nécessité d'avoir du matériel adapté au cabinet.

#### 4.3.6. Tests statistiques

En raison de faibles effectifs les conditions de validité du test du Chi<sup>2</sup> n'étaient pas remplies.

Nous avons donc eu recours au test exact de Fisher et il a parfois été plus approprié d'exprimer les résultats en pourcentages.

#### 4.3.6.1. Lien entre le genre et le souhait de pratiquer ce geste dans la pratique future

**Tableau 1 :** Effectifs des internes selon les variables « Sexe féminin ou masculin » et « Souhait de pratiquer des FCU dans la pratique future »

	Souhait de pratiquer les FCU	Pas de souhait de pratiquer les FCU
Femme	54	3
Homme	14	5

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire : 73,6% des hommes pratiqueraient ce geste sans formation complémentaire dans leur pratique future contre 94,7% des femmes interrogées.

Le test de Fisher retrouve un  $p=0,02$  ; Odds Ratio (OR)= 6,2248 ; Intervalle de confiance (IC) à 95% [1,0665 ; 45,0235]

On retrouve une association significative ( $p<0,05$ ) entre le fait d'être une interne de sexe féminin et le fait de souhaiter réaliser des FCU dans sa pratique future.

#### 4.3.6.2. Lien entre le genre et le souhait de se former à la réalisation des FCU en post internat

**Tableau 2:** Effectifs des internes selon les variables « Sexe féminin ou masculin » et « Souhait de se former en post internat »

	Souhait de formation post internat	Pas de souhait de formation post internat
Femme	8	48
Homme	8	11

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire : 14% des femmes disent vouloir se former à la réalisation des FCU en post internat contre 42% des hommes.

Le test exact de Fisher retrouve un  $p=0,0203$  ; OR = 0.2348. Intervalle de confiance à 95% [0.0605 ; 0.8874]

On retrouve une association significative entre le fait d'être un interne de sexe masculin et le fait de souhaiter se former en post internat.

#### *4.3.6.3. Lien entre la réalisation d'un stage en gynécologie hospitalière et l'acquisition du geste*

**Tableau 3 :** Effectifs des internes selon les variables « Réalisation d'un stage en gynécologie hospitalière (GH) » et « Acquisition du geste : réalisation des FCU ».

	FCU acquis	FCU non acquis
Réalisation d'un stage en GH	60	5
Absence de stage	9	2

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire : 92,3% de ceux ayant réalisé un stage en gynécologie hospitalière considèrent ce geste comme acquis contre 81,8% de ceux n'ayant pas réalisé ce stage.

Le test exact de Fisher réalisé retrouve un  $p=0,2659$ . OR=2,6223. Intervalle de confiance à 95% [0,2188 ; 19,3478].

Il n'existe pas d'association significative entre le fait d'avoir réalisé un stage en gynécologie hospitalière et le fait de considérer ce geste comme acquis en fin d'internat.

#### *4.3.6.4. Lien entre le souhait d'exercer en milieu libéral et l'acquisition du geste*

**Tableau 4 :** Effectifs des internes selon les variables « Souhait d'exercer la médecine générale en libéral » et « Acquisition du geste : réalisation des FCU »

	FCU Acquis	FCU non acquis
Souhait d'exercice libéral	61	5
Absence de souhait d'exercice libéral	8	2

Nous pouvons conclure de ce test que 92% des internes souhaitant exercer en libéral considèrent ce geste comme acquis contre 80% des internes ne souhaitant pas exercer en libéral.

Le test exact de Fisher retrouve un  $p=0,2282$  ;  $OR = 2.9895$ . Intervalle de confiance à 95% [0.2462 ; 22.5483]

Il n'existe pas d'association significative entre le fait de souhaiter exercer en libéral et le fait de considérer ce geste comme acquis en fin d'internat.

#### *4.3.6.5. Lien entre le fait d'avoir réalisé un DESC et/ou un DIU et l'acquisition du geste*

**Tableau 5 : Effectifs des internes selon les variables « Acquisition du geste : réalisation des FCU » et « réalisation d'un DESC et/ou d'un DIU »**

	<b>DESC / DIU réalisé</b>	<b>DESC / DIU non réalisé</b>
<b>FCU acquis</b>	<b>10</b>	<b>59</b>
<b>FCU non acquis</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire : 83,3% de ceux ayant réalisé un DESC et/ou un DIU considèrent ce geste comme acquis en fin d'internat contre 93,7% des internes n'ayant pas réalisé de DESC et/ou de DIU.

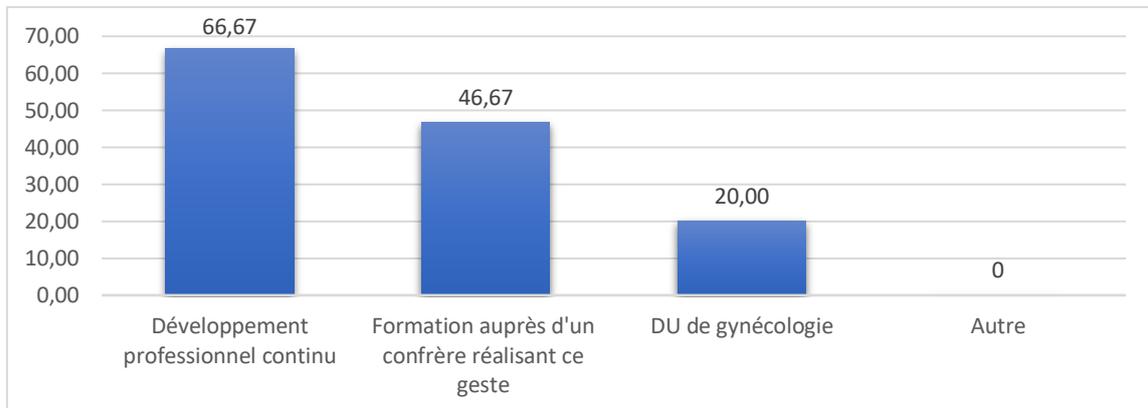
Le test de Fisher retrouve un  $p=0,2437$  ;  $OR=0,3455$  : IC 95% [0,0425 ; 4,2936].

On ne retrouve pas d'association significative entre le fait d'avoir réalisé un DESC/ DIU et le fait de considérer le geste « réalisation des FCU » comme acquis en fin d'internat.

#### **4.3.7. Formation en post internat**

21,3% des internes souhaitent se former à la réalisation des FCU en post internat : essentiellement par le biais du développement professionnel continu ou en se formant auprès d'un confrère.

***Figure 11 : Pourcentage d'internes en fonction du type de formation post-internat souhaitée.***



## 4.4. Formation à la pose / retrait d'implants contraceptifs

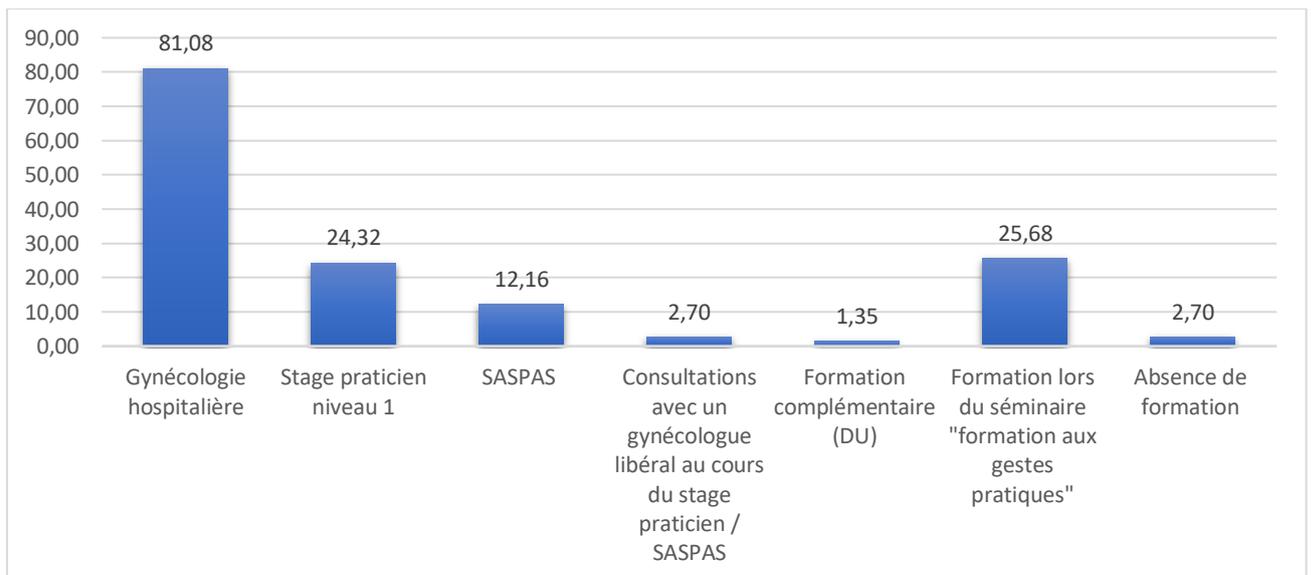
### 4.4.1. Type de formation

- 64 internes (86,5%) ont reçu une formation pratique, sur une patiente (sous la supervision d'un autre médecin) à la pose et au retrait des implants contraceptifs.
- 23 internes (31,1%) ont reçu une formation pratique sur mannequin au cours du séminaire de formation aux gestes pratiques.
- Seulement 4 internes (5,4%) n'ont pas reçu d'autre formation pratique que la formation sur mannequin.
- 2 internes (2,7%) ont reçu une formation uniquement théorique.
- 3 internes (4,05%) n'ont pu être qu'observateur d'un médecin réalisant ce geste sur une patiente.

#### 4.4.2. Lieux de formation

- Le principal lieu de stage où les internes ont pu bénéficier d'une formation à la pose et au retrait d'implants contraceptifs est le stage en gynécologie hospitalière : 81,1% des internes considèrent avoir été formés au cours de ce stage.
- Le stage praticien niveau 1 est considéré comme le 2<sup>ème</sup> stage le plus formateur pour la pose et le retrait d'implants contraceptifs, suivi du SASPAS où seulement 9 internes considèrent avoir reçu une formation.
- 19 internes considèrent le séminaire « formation aux gestes pratiques » comme formateur.
- Seulement 2 internes ont reçu une formation lors de consultations auprès d'un gynécologue libéral
- 1 seul interne a reçu une formation lors d'une formation complémentaire (DU)
- 2 internes n'ont reçu aucune formation.

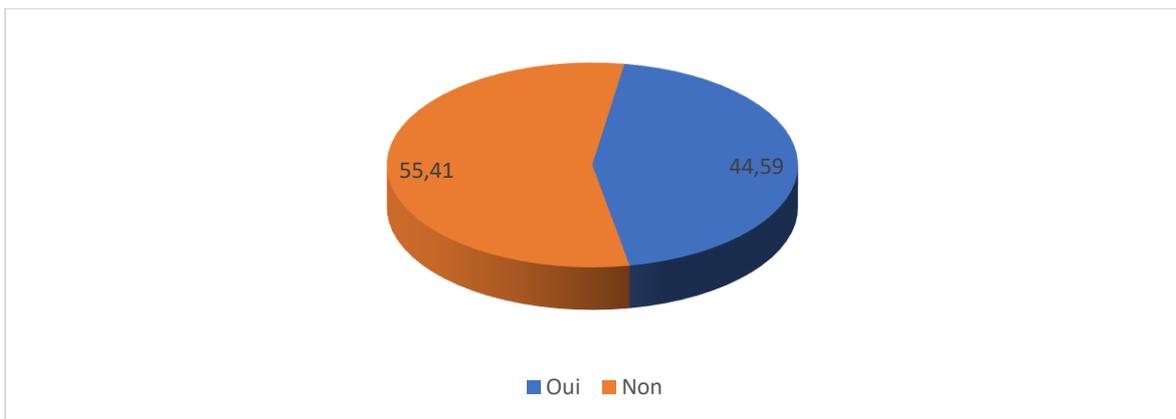
**Figure 12 :** *Pourcentage d'internes considérant avoir été formés à la pose et au retrait d'implants contraceptifs en fonction des lieux de stage.*



#### 4.4.3. Demande de séances de formation sur mannequin

Sur les 74 internes interrogés, 33 auraient souhaité pouvoir bénéficier de plusieurs séances de formation sur mannequin.

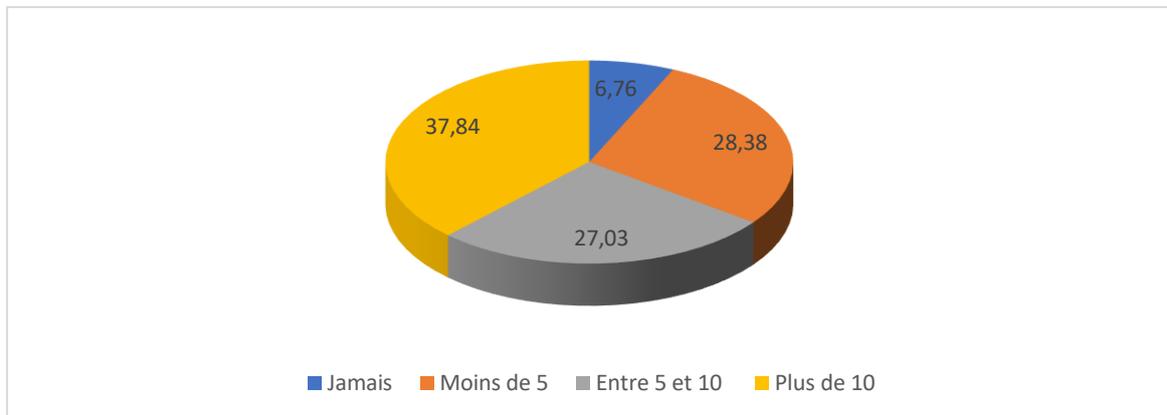
***Figure 13 : Pourcentage d'internes souhaitant pouvoir bénéficier de plusieurs séances de formation sur mannequin pour la pose et le retrait d'implant contraceptif.***



#### 4.4.4. Nombre de gestes réalisés au cours de l'internat

Seulement 28 internes ont réalisé plus de 10 poses et retraits d'implant au cours de leur internat et 5 internes n'en ont jamais réalisé.

**Figure 14 :** *Pourcentage d'internes en fonction du nombre de pose et de retrait d'implant contraceptif réalisés au cours de l'internat.*



#### 4.4.5. Acquisition du geste en fin d'internat

En fin d'internat 82,4% des internes considèrent ce geste comme acquis, et 81,1% pratiqueraient ce geste dans leur pratique future, sans formation complémentaire.

Il a été demandé aux 14 personnes qui ne le pratiqueraient pas sans formation complémentaire, s'ils le pratiqueraient après avoir reçu une formation adéquate : 8 d'entre eux seraient prêts à réaliser ce geste et 6 d'entre eux ne le pratiqueraient pas même après avoir reçu une formation adaptée.

Les raisons évoquées sont la dangerosité potentielle du geste (risque infectieux), le manque d'intérêt pour la gynécologie, le caractère chronophage du geste, la nécessité d'avoir du matériel adapté au cabinet et la difficulté de retrait. Pour un seul interne la raison évoquée était un problème éthique.

#### 4.4.6. Tests statistiques

En raison de faibles effectifs les conditions de validité du test du  $\chi^2$  n'étaient pas remplies.

Nous avons donc eu recours au test exact de Fisher et il a parfois été plus approprié d'exprimer les résultats en pourcentages.

#### 4.4.6.1. Lien entre le genre et le souhait de pratiquer ce geste dans la pratique future

**Tableau 6 :** Effectifs des internes selon les variables « Sexe féminin ou masculin » et « Souhait ou non de pratiquer des poses et retraits d'implant dans la pratique future »

	Souhait de pratiquer la pose/retrait d'implant	Pas de souhait de pratiquer la pose/retrait d'implant
Femme	48	7
Homme	12	7

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire : 63% des hommes réaliseraient ce geste sans formation complémentaire dans leur pratique future contre 87% des femmes interrogées.

Le test de Fisher retrouve un  $p=0,0376$  ; OR = 3,9094 ; Intervalle de confiance à 95% [0,9695 ; 16,0824]

On retrouve une association significative ( $p<0,05$ ) entre le genre féminin ou masculin et le fait de souhaiter pratiquer la pose / retrait d'implant contraceptif dans sa pratique future.

#### 4.4.6.2. Lien entre le genre et le souhait de se former à la pose et au retrait des implants contraceptifs en post internat.

**Tableau 7 :** Effectifs des internes selon les variables « Sexe féminin ou masculin » et « Souhait ou non de se former en post internat »

	Souhait de formation post internat	Absence de souhait de formation post internat
Femme	15	41
Homme	7	12

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire : 26,8% des femmes disent vouloir se former à la réalisation des FCU en post internat contre 36,8% des hommes.

Le test de Fisher retrouve un  $p=0,4010$  ;  $OR= 0.6313$  Intervalle de confiance à 95% [0.1848 ; 2.2663]

On ne retrouve pas d'association significative entre le genre féminin ou masculin et le fait de souhaiter se former en post internat.

#### *4.4.6.3. Lien entre la réalisation d'un stage en gynécologie hospitalière et l'acquisition du geste*

**Tableau 8 : Effectifs des internes selon les variables « Réalisation d'un stage en gynécologie hospitalière (GH) » et « Acquisition du geste : pose et retrait d'implants contraceptifs ».**

	Pose / retrait d'implant acquis	Pose / retrait d'implant non acquis
Réalisation d'un stage en GH	56	7
Absence de stage en GH	5	6

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire : 88,9% de ceux ayant réalisé un stage en gynécologie hospitalière considèrent ce geste comme acquis contre 45,5% de ceux n'ayant pas réalisé ce stage.

Le test de Fisher retrouve un  $p=0.002668$ .  $OR= 9.142$ . Intervalle de confiance à 95% [1.8184 ; 50.0838]

Il existe une association statistiquement significative ( $p<0,05$ ) entre le fait d'avoir réalisé un stage en gynécologie hospitalière et le fait de considérer ce geste comme acquis en fin d'internat.

4.4.6.4. *Lien entre le fait de souhaiter exercer en milieu libéral et l'acquisition du geste*

**Tableau 9 :** *Effectifs des internes selon les variables « Souhait d'exercer la médecine générale en milieu libéral » et « Acquisition du geste : pose et retrait d'implants contraceptifs ».*

	<b>Implant acquis</b>	<b>Implant non acquis</b>
<b>Souhait d'exercice libéral</b>	<b>55</b>	<b>9</b>
<b>Absence de souhait d'exercice libéral</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

Nous pouvons conclure de ce test que 85,9% des internes souhaitant exercer en libéral considèrent ce geste comme acquis contre 60% des internes ne souhaitant pas exercer en libéral.

Le test de Fisher retrouve un  $p=0,06725$  ; OR = 3.971 Intervalle de confiance à 95% [0.6867 ; 21.0445].

Il n'existe pas d'association significative entre le fait de souhaiter exercer en libéral et le fait de considérer ce geste comme acquis en fin d'internat.

4.4.6.5. *Lien entre le fait d'avoir réalisé un DESC et/ou un DIU et l'acquisition du geste*

**Tableau 10 :** *Effectifs des internes selon les variables « Acquisition du geste : pose/retrait d'implant contraceptif » et « réalisation d'un DESC et/ou d'un DIU »*

	<b>DESC / DIU réalisé</b>	<b>DESC / DIU non réalisé</b>
<b>Pose/retrait d'implant acquis</b>	<b>8</b>	<b>53</b>
<b>Pose/retrait d'implant non acquis</b>	<b>4</b>	<b>9</b>

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire : 66,7% de ceux ayant réalisé un DESC

et/ou un DIU considèrent ce geste comme acquis en fin d'internat contre 85,5% des internes n'ayant pas réalisé de DESC et/ou de DIU.

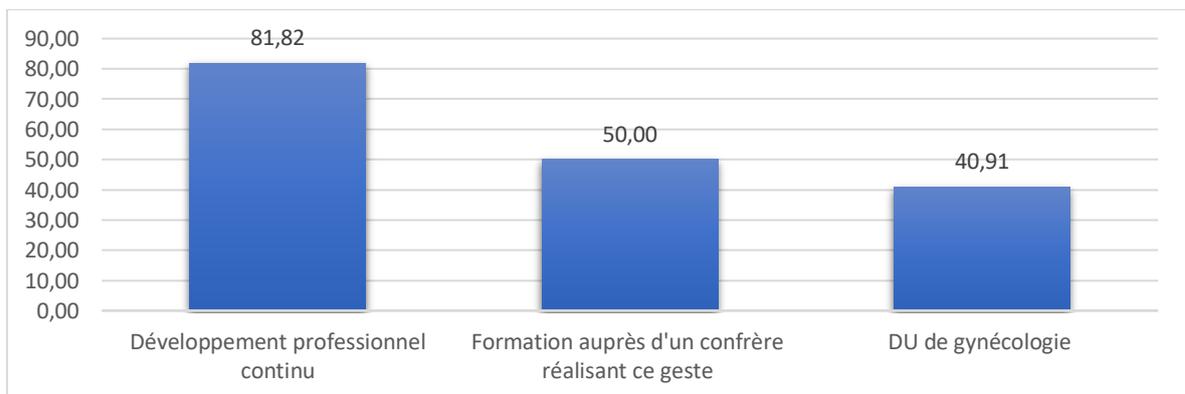
Le test de Fisher retrouve un  $p=0.2058$  ;  $OR=0.3459$  ; IC 95% [0.0717 ; 1.8995]

On ne retrouve pas d'association significative entre le fait d'avoir réalisé un DESC ou un DIU et le fait de considérer le geste « pose et retrait d'implant contraceptif » comme acquis en fin d'internat.

#### 4.4.7. Formation en post internat

29,7% des internes interrogés souhaitent se former à la pose et au retrait des implants contraceptifs en post internat : essentiellement par le biais du DPC.

***Figure 15 : Pourcentage d'internes en fonction du type de formation post-internat souhaitée.***



### 4.5. Formation à la pose / retrait des DIU

#### 4.5.1. Type de formation

- 51 internes (69,9%) ont reçu une formation pratique sur une patiente (sous la supervision d'un autre médecin) à la pose et au retrait des DIU.

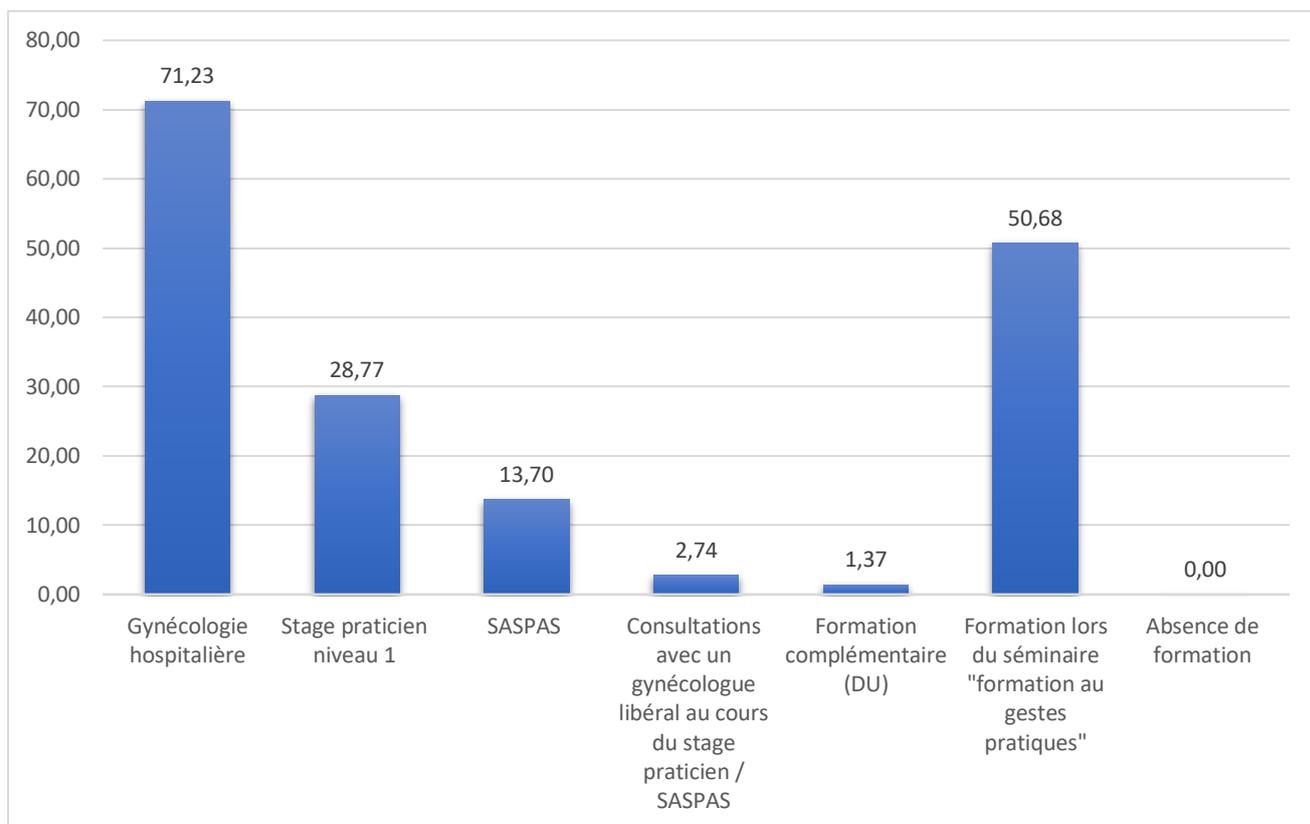
- 43 internes (58,9%) ont reçu une formation pratique sur mannequin au cours du séminaire de formation aux gestes pratiques.
- 16 internes (21,9%) n'ont pas reçu d'autre formation pratique que la formation sur mannequin.
- 3 internes (4,1%) ont reçu une formation uniquement théorique.
- 3 internes (4,1%) n'ont pu être qu'observateurs d'un médecin réalisant ce geste sur une patiente.

#### 4.5.2. Lieu de formation

Le principal lieu de stage où les internes ont pu bénéficier d'une formation à la pose et au retrait de DIU est le stage en gynécologie hospitalière : en effet 71,2% des internes considèrent avoir été formés au cours de ce stage. Le stage praticien niveau 1 est considéré comme le 2<sup>ème</sup> stage le plus formateur, suivi du SASPAS où seulement 10 internes considèrent avoir été formés.

- 37 internes considèrent le séminaire « formation aux gestes pratiques » comme formateur.
- Seulement 2 internes ont pu être formés auprès d'un gynécologue libéral.
- 1 seul interne a reçu une formation lors d'une formation complémentaire (DU).

**Figure 16 : Pourcentage d'internes considérant avoir été formés à la pose et au retrait de DIU en fonction des lieux de stage.**



#### 4.5.3. Demande de séances de formation sur mannequin

La majorité des internes interrogés auraient souhaité pouvoir bénéficier de plusieurs séances de formation sur mannequin.

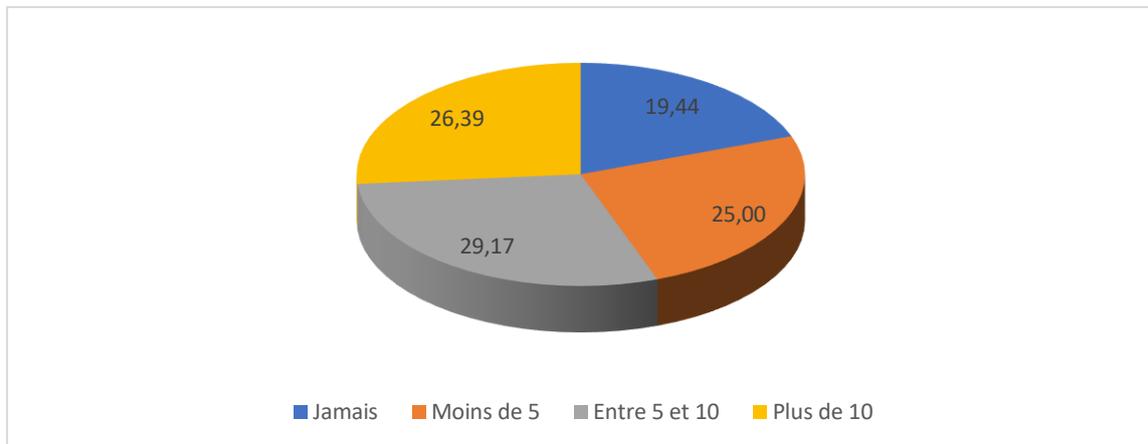
***Figure 17 : Pourcentage d'internes souhaitant pouvoir bénéficier de plusieurs séances de formation sur mannequin pour la pose et le retrait de DIU***



#### 4.5.4. Nombre de gestes réalisés au cours de l'internat

Pendant leur internat, 14 internes sur les 72 interrogés n'ont jamais réalisé de pose et retrait de DIU et seulement 19 en ont réalisé plus de 10.

**Figure 18 :** Répartition des internes en pourcentages, en fonction du nombre de poses et retraits de DIU réalisés au cours de l'internat.



#### 4.5.5. Acquisition du geste en fin d'internat

En fin d'internat seulement 52,8% des internes considèrent ce geste comme acquis, et 55,6% pratiqueraient ce geste dans leur pratique future, sans formation complémentaire.

Il a été demandé aux 32 internes qui ne le pratiqueraient pas sans formation complémentaire, s'ils le pratiqueraient après avoir reçu une formation adéquate : 21 d'entre eux seraient prêts à réaliser ce geste et 11 d'entre eux ne le pratiqueraient pas même après avoir reçu une formation adaptée.

Les raisons évoquées sont la dangerosité potentielle du geste (risque infectieux, risque de perforation utérine), le manque d'intérêt pour la gynécologie, la nécessité d'avoir du matériel adapté au cabinet, le caractère chronophage du geste, le trop faible nombre de patientes concernées, l'absence de possibilité de contrôle échographique immédiatement après la pose. Pour un seul interne la raison évoquée était un problème éthique.

#### 4.5.6. Tests statistiques

En raison de faibles effectifs les conditions de validité du test du Chi<sup>2</sup> n'étaient pas remplies.

Nous avons donc eu recours au test exact de Fisher et il a parfois été plus approprié d'exprimer les résultats en pourcentages.

#### *4.5.6.1. Lien entre le genre et le souhait de pratiquer ce geste dans la pratique future*

**Tableau 11** : Effectifs des internes selon les variables « Sexe féminin ou masculin » et « Souhait ou non de pratiquer des poses et retraits de DIU dans la pratique future ».

	Souhait de pratiquer la pose/retrait de DIU	Pas de souhait de pratiquer la pose/retrait de DIU
Femme	33	23
Homme	8	11

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire : 42% des hommes réaliseraient ce geste sans formation complémentaire dans leur pratique future contre 59% des femmes interrogées.

Le test de Fisher retrouve un  $p=0,2867$  ; OR = 1,9547 ; Intervalle de confiance à 95% [0.6069 ; 6.5683]

On ne retrouve pas d'association significative entre le genre féminin ou masculin et le fait de souhaiter pratiquer des poses / retraits de DIU dans sa pratique future.

#### *4.5.6.2. Lien entre le genre et le souhait de se former à la pose et au retrait des DIU en post internat*

**Tableau 12** : Effectifs des internes selon les variables « Sexe féminin ou masculin » et « Souhait ou non de se former en post internat »

	Souhait de formation post internat	Absence de souhait de formation post internat
Femme	27	28
Homme	11	8

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire : 49% des femmes disent vouloir se former à la réalisation des FCU en post internat contre 57,9% des hommes.

Le test de Fisher retrouve un  $p=0,5987$  ; OR= 0.7047 Intervalle de confiance à 95% [0.2105 ; 2.2692]

On ne retrouve donc pas d'association significative entre le genre féminin ou masculin et le fait de souhaiter se former en post internat.

#### *4.5.6.3. Lien entre la réalisation d'un stage en gynécologie hospitalière et l'acquisition du geste*

**Tableau 13** : Effectifs des internes selon les variables « Réalisation d'un stage en gynécologie hospitalière (GH) » et « Acquisition du geste : pose et retrait de DIU ».

	DIU acquis	DIU non acquis
Réalisation d'un stage en GH	37	24
Absence de réalisation de stage en GH	1	10

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire : 60,7% de ceux ayant réalisé un stage en gynécologie hospitalière considèrent ce geste comme acquis en fin d'internat contre 9% de ceux n'ayant pas réalisé de stage en gynécologie hospitalière.

Le test de Fisher retrouve un  $p= 0.002141$ . OR= 14.9179. Intervalle de confiance à 95% [1.9084 ; 684.1692]

Il existe une association statistiquement significative ( $p<0,05$ ) entre le fait d'avoir réalisé un stage en gynécologie hospitalière et le fait de considérer ce geste comme acquis en fin d'internat.

4.5.6.4. *Lien entre le fait de souhaiter exercer en milieu libéral et l'acquisition du geste*

**Tableau 14 :** *Effectifs des internes selon les variables « Souhait d'exercer la médecine générale en milieu libéral » et « Acquisition du geste : pose et retrait de DIU ».*

	DIU acquis	DIU non acquis
Souhait d'exercice libéral	35	27
Absence de souhait d'exercice libéral	3	7

Nous pouvons conclure de ce test que 56,5% des internes souhaitant exercer en libéral considèrent ce geste comme acquis contre 30% des internes ayant un autre projet professionnel.

Le test de Fisher retrouve un  $p=0,1748$  ; OR =2.979 Intervalle de confiance à 95% [0.6093 ; 19.5168]

Il n'existe pas d'association significative entre le fait de souhaiter exercer en libéral et le fait de considérer ce geste comme acquis en fin d'internat.

4.5.6.5. *Lien entre le fait d'avoir réalisé un DESC et /ou un DIU et l'acquisition du geste*

**Tableau 15 :** *Effectifs des internes selon les variables « Acquisition du geste : pose/retrait de DIU » et « réalisation d'un DESC et/ou d'un DIU »*

	DESC / DIU réalisé	DESC / DIU non réalisé
Pose/retrait de DIU acquis	6	32
Pose/retrait de DIU non acquis	6	28

Parmi les internes ayant répondu au questionnaire : 50% de ceux ayant réalisé un DESC et/ou un DIU considèrent ce geste comme acquis en fin d'internat contre 53% des internes n'ayant pas réalisé de DESC et/ou de DIU.

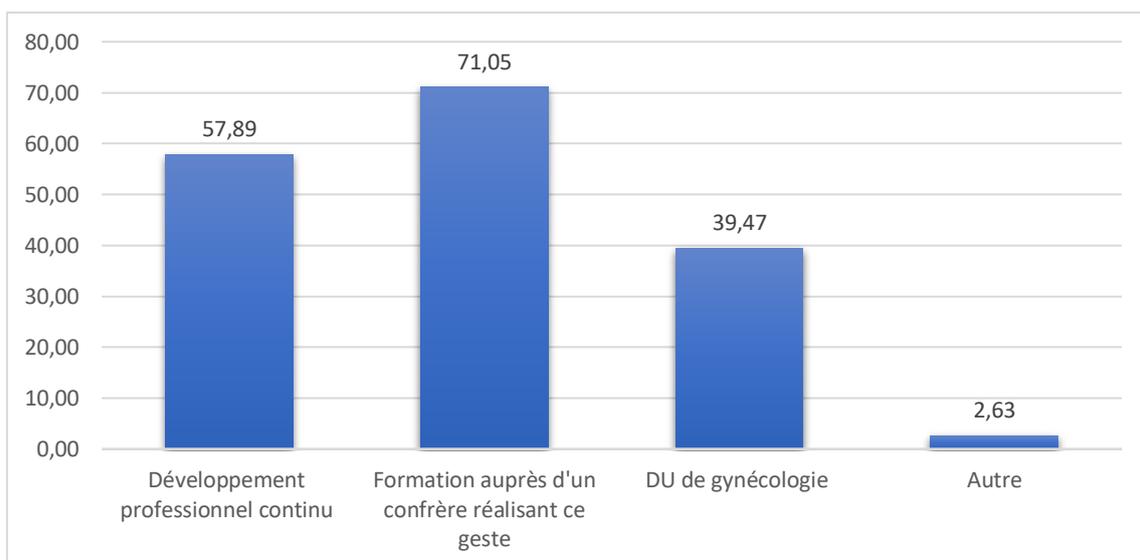
Le test de Fisher retrouve un  $p=1$  ; OR= 0.8766 ; IC 95% [0.2079 ; 3.6942]

On ne retrouve pas d'association significative entre le fait d'avoir réalisé un DESC/ DIU et le fait de considérer le geste « pose et retrait de DIU » comme acquis en fin d'internat.

#### 4.5.7. Formation en post internat

Parmi les internes interrogés, 52,8% souhaitent se former à la pose et au retrait des DIU en post internat : essentiellement en se formant auprès d'un confrère ou par le biais du DPC.

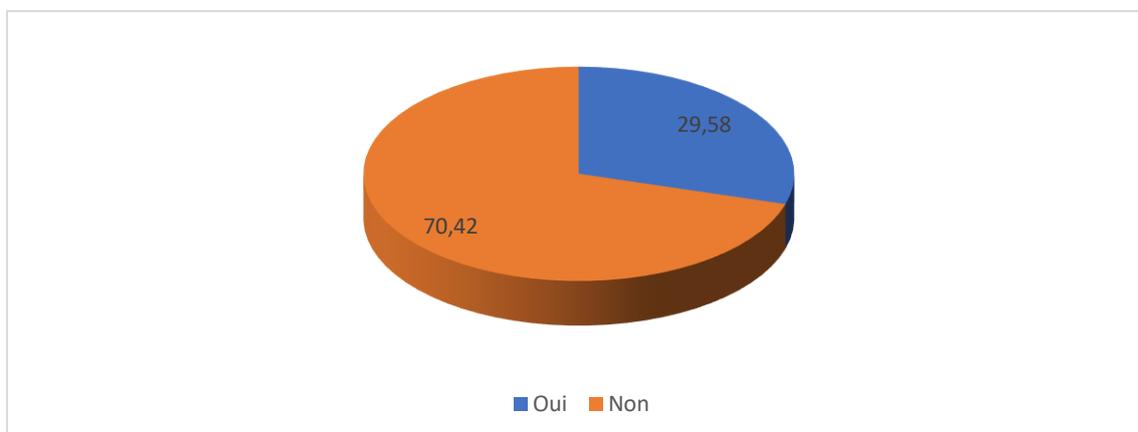
**Figure 19 :** *Pourcentage d'internes en fonction du type de formation post-internat souhaitée.*



#### 4.6. Gynécologie en médecine générale

Lors du stage praticien de niveau 1 ou du SASPAS la majorité des internes n'a pas ressenti de difficulté pour aborder le suivi gynécologique des patientes.

***Figure 20 : Pourcentage d'internes ayant ressenti des difficultés pour aborder le suivi gynécologique avec les patientes.***



Pour 8,45% d'entre eux l'abord de cette thématique leur a semblé plus difficile s'il s'agissait d'une nouvelle patiente.

Pour 32,4% d'entre eux, l'abord de cette thématique leur a semblé plus difficile s'il s'agissait d'une patiente connue du cabinet, dont le suivi gynécologique n'était pas réalisé par le médecin généraliste.

Pour 18,3% d'entre eux, l'abord de cette thématique leur a semblé plus difficile s'il s'agissait d'une patiente consultant pour un tout autre motif.

#### 4.7. Comment améliorer la formation à la réalisation des gestes pratiques de gynécologie.

Cette question avait pour but de recueillir les idées des internes afin d'améliorer la formation à la réalisation des gestes pratiques, ils avaient donc possibilité d'écrire librement leurs idées. Elles sont disponibles en annexe sous forme brute et les points principaux sont résumés ci-dessous :

✓ En ce qui concerne la formation universitaire :

- Instaurer un séminaire « Gestes pratiques » en début d'internat

- Permettre aux étudiants qui le souhaitent d'avoir accès à plusieurs séances de formation sur mannequin. Ces séances de formation pourraient être dispensées dans le cadre des séances d'ED afin que les étudiants soient en plus petit groupe et que chacun puisse avoir un mannequin à disposition.
- Mettre à disposition sur la plateforme universitaire des liens vidéo permettant de visualiser la réalisation d'un FCU, la pose et le retrait d'un implant contraceptif, la pose et le retrait d'un DIU.
- Mettre en place un système de validation pour chacun des 3 gestes de gynécologie, avec un nombre minimum de gestes à réaliser au cours de l'internat.

✓ En ce qui concerne la formation au cours des stages :

- Permettre aux étudiants de pratiquer les actes techniques de gynécologie de façon plus fréquente, à la fois lors des stages en médecine générale et lors des stages hospitaliers.
- Organiser des formations auprès de gynécologues exerçant en libéral ou au sein de structures de PMI, soit sous forme de semestre, soit sous forme de journées de formation au cours du stage praticien niveau 1 ou du SASPAS.
- Rendre le stage en gynécologie hospitalière accessible à tous, certains étudiants ont également évoqué l'idée de rendre ce stage obligatoire.

Ce stage en gynécologie n'est pas assez supervisé d'après certains internes, un meilleur encadrement de la part des gynécologues-obstétriciens serait souhaitable.

Ce stage pourrait être réorganisé afin de permettre aux internes de médecine générale de pouvoir assister plus facilement aux consultations auprès de médecins séniors, et d'organiser des consultations en autonomie, plus axées sur les problèmes vus fréquemment dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.

- Favoriser les stages de gynécologie dans les hôpitaux périphériques où les médecins séniors sont plus facilement disponibles afin de superviser l'apprentissage des gestes techniques.
- Rééquilibrer les binômes / trinômes de maîtres de stage afin qu'un des praticiens au moins réalise fréquemment des gestes de gynécologie dans sa pratique.

## 5. Discussion

Notre étude a montré que la réalisation de FCU ainsi que la pose et le retrait d'implant contraceptif sont des gestes relativement bien acquis par les internes à la fin du DES de médecine générale. En effet ces gestes sont considérés comme acquis pour respectivement 92,1% et 82,4% des internes. La pose et retrait de DIU est le geste le moins bien acquis par les internes. Seulement 52,8% des internes considèrent ce geste comme acquis à la fin de leur cursus. Ceci confirme en partie les résultats obtenus dans la thèse de P. BIDEET réalisée en 2013 à la faculté de médecine de Créteil, qui a permis de mettre en évidence un véritable déficit de formation pratique pour le DIU et l'implant contraceptif, alors que les étudiants étaient correctement formés à la réalisation du FCU (23).

L'objectif principal de notre étude était de mettre en évidence des facteurs pouvant influencer la décision des internes de réaliser ou non les 3 gestes techniques de gynécologie dans leur pratique future.

### 5.1. Les limites de l'étude

#### 5.1.1. Biais de sélection

Cette étude a été réalisée auprès des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Rouen. Elle n'est donc pas représentative de la formation de l'ensemble des internes de médecine générale en France, mais spécifique à la faculté de Rouen. Cependant d'autres études, portant sur la formation des internes à la gynécologie au cours du DES de médecine générale, ont été réalisées dans d'autres régions, comme en Rhône-Alpes (24), en Ile de France (25), ou en Pays de la Loire (26) et ont montré des résultats similaires.

Dans notre étude une grande majorité de femmes a répondu au questionnaire (75,6% des répondants) ce qui est bien supérieur à la proportion de femmes issues de l'Examen Classant National (ECN). En effet les statistiques réalisées sur les candidats à l'ECN retrouvent 58,8% de femmes contre 41,2% d'hommes pour l'année 2014 (27) (promotion

d'internes ayant terminé leur internat en Novembre 2017), et 58,6% de femmes contre 41,4% d'hommes pour l'année 2015 (28) (promotion d'internes ayant terminé leur internat en Novembre 2018).

Les étudiants ayant accepté de participer au questionnaire sont possiblement ceux qui sont les plus sensibles à la question de la pratique de la gynécologie en médecine générale, ce qui peut également constituer un biais de sélection.

### 5.1.2. Biais de mesure

Le questionnaire est basé sur un système d'auto-évaluation pour ce qui concerne l'acquisition des 3 gestes techniques de gynécologie. Ce questionnaire est donc en partie subjectif et les réponses obtenues à certaines questions probablement influencées par la confiance en soi de chaque interne. En effet il n'y a aucune possibilité de contrôler la véritable maîtrise de ces gestes par les internes interrogés.

Un autre biais de mesure peut être lié au fait qu'il n'a pas été fait de différence entre la pose et le retrait en ce qui concerne l'implant contraceptif et le DIU. Il aurait pu être intéressant d'étudier ces 2 gestes indépendamment, en effet certains internes évoquent comme raison pour la non-réalisation du geste « pose / retrait d'implant contraceptif » la relative difficulté de retrait chez certaines patientes. Cependant nous n'avons pas possibilité de savoir si cet argument représente également un obstacle pour la pose des implants.

### 5.1.3. Biais d'analyse

Le nombre restreint de participants à l'étude ne nous a pas permis de réaliser tous les tests statistiques. Le test du Chi<sup>2</sup> n'a pas pu être réalisé compte tenu de trop faibles effectifs dans certains groupes, nous avons donc eu recours au test de Fisher et il a parfois été plus cohérent de décrire les résultats en pourcentage.

## 5.2. Réponse à l'objectif principal

Notre étude a permis de mettre en évidence une association significative entre le genre féminin de l'interne et le souhait de réaliser des FCU ( $p=0,02$ ,  $OR=6,2248$ ) ainsi que des poses et retraits d'implants contraceptifs ( $p=0,04$ ,  $OR=3,9094$ ). La réalisation d'un stage de gynécologie hospitalière au cours de l'internat était significativement associée à une meilleure acquisition des gestes « pose et retrait d'implant contraceptif » ( $p=0,003$ ,  $OR=9,142$ ) et « pose et retrait de DIU » ( $p=0,002$ ,  $OR=14,9179$ ). Bien que moins nombreux à souhaiter réaliser des gestes de gynécologie dans leur pratique future, les internes de sexe masculin étaient plus nombreux à souhaiter se former à la réalisation des FCU en post internat ( $p=0,02$ ,  $OR=0,2348$ ).

### 5.2.1. Influence du genre

Le genre du médecin peut avoir une répercussion sur la pratique des gestes de gynécologie dans l'exercice des médecins généralistes. Le fait d'être une femme peut faciliter l'abord du suivi gynécologique avec les patientes qui sont parfois moins réticentes à aborder ce sujet qu'avec un médecin homme. Comme l'a montré G. LEVASSEUR dans sa thèse, le classement des difficultés ressenties pour la pratique des gestes de gynécologie diffère selon le sexe du médecin généraliste. Les hommes citent en premier lieu la réticence des patientes tandis que cette difficulté n'est citée qu'en 2<sup>ème</sup> position chez les médecins femmes (1).

Dans notre étude, une grande majorité de femmes a répondu au questionnaire. Le sexe ratio Homme/Femme est de 0,32. Cette répartition est identique dans les 2 promotions interrogées. Le sexe ratio Homme/Femme était de 0,34 lors du premier envoi du questionnaire en Novembre 2017 et de 0,29 lors du 2<sup>ème</sup> envoi du questionnaire.

Ce déséquilibre homme/femme peut être expliqué par le fait que les femmes aient pu se sentir plus concernées par l'étude et donc plus nombreuses à répondre au questionnaire que leurs homologues masculins. La thèse de A. LAGNEAU réalisée en 2016 confirme cette tendance, celle-ci montre que les gestes de gynécologie sont globalement moins pratiqués par les hommes que par les femmes (29).

La thèse de S. DIAS réalisée en 2010 a également mis en évidence une différence significative entre les hommes et les femmes, par rapport à leur activité de gynécologie obstétrique dans leur pratique quotidienne. Les femmes avaient en moyenne 12,6% d'activité de gynécologie obstétrique dans leur activité totale contre 4,8% chez les hommes (2).

#### *5.2.1.1. Influence du genre sur la réalisation des FCU*

Notre étude a permis de montrer que seulement 73,6% des hommes interrogés se sentent prêts à pratiquer ce geste sans formation complémentaire contre 94,7% des femmes.

Cependant les hommes sont significativement plus nombreux à souhaiter se former en post-internat que les femmes ( $p < 0,05$ ). Seulement 14% des femmes disent vouloir se former à la réalisation des FCU en post internat contre 42% des hommes.

#### *5.2.1.2. Influence du genre sur la pose et le retrait d'implants contraceptifs*

En ce qui concerne la pose et le retrait d'implant contraceptif, 63% des hommes se disent prêts à pratiquer ce geste en l'absence de formation complémentaire contre 87% des femmes.

Les hommes sont également plus nombreux à souhaiter se former à la réalisation de ce geste en post-internat (36,8% des hommes contre 26,8% des femmes).

#### *5.2.1.3. Influence du genre sur la pose et le retrait de DIU*

En ce qui concerne la pose et le retrait de DIU, 42% des hommes se disent prêts à pratiquer ce geste sans formation complémentaire contre 59% des femmes.

Comme pour la réalisation des FCU et la pose et le retrait d'implant contraceptif, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à vouloir se former en post internat (57,9% des hommes contre 49% des femmes).

On observe donc une différence selon le genre féminin ou masculin du médecin quant à l'acquisition des gestes techniques de gynécologie en fin d'internat.

Les hommes sont cependant plus nombreux que les femmes à souhaiter pouvoir bénéficier d'une formation spécifique en post internat.

La mise en place d'une formation facilement accessible en post internat pourrait donc permettre qu'un plus grand nombre de médecins généralistes pratiquent ces 3 gestes dans leur activité quotidienne.

Une des hypothèses pouvant expliquer ce plus faible taux d'acquisition des gestes techniques chez les internes de sexe masculin est une moins bonne accessibilité à la formation pratique. La présence d'une tierce personne lors d'une consultation de gynécologie peut être difficile à accepter de la part des patientes, d'autant plus si l'interne présent lors de la consultation est de sexe masculin. En effet la thèse de S. DAVEAUX et C. BOULNOIS a montré que l'acceptation par les patientes des gestes courants de gynécologie était meilleure si le médecin généraliste était de sexe féminin. (30)

### 5.2.2. Influence de la faculté d'externat

Une grande majorité des internes ayant répondu au questionnaire ont réalisé leur externat à la faculté de médecine de Rouen (75,61%).

Au cours de l'externat la formation est essentiellement théorique. Pour les étudiants ayant eu la possibilité de réaliser un stage en gynécologie, la formation pratique au cours de ce stage est peu développée. Une majorité des répondants qui ont pu réaliser un stage en gynécologie pendant leur externat disent n'avoir reçu aucune formation à la réalisation de ces gestes (pour 9 d'entre eux). Seulement 6 étudiants ont appris à réaliser des FCU, 3 ont appris à poser et retirer des implants contraceptifs, 1 seul a reçu une formation à la pose et au retrait de DIU.

Parmi les internes ayant réalisé leur externat à la faculté de médecine de Rouen, seulement 22,6% ont eu la possibilité de réaliser un stage de gynécologie durant cette période. La

formation au cours de l'externat paraît donc insuffisante. Cependant ce manque de formation n'est pas spécifique à la faculté de Rouen.

La faculté d'externat ne paraît pas avoir de conséquence sur l'acquisition des 3 gestes techniques de gynécologie, en effet le fait d'avoir réalisé son externat à la faculté de médecine de Rouen n'est pas significativement associé à une meilleure ou moins bonne acquisition des 3 gestes en fin d'internat.

### 5.2.3. Influence du projet d'exercice

De nombreuses possibilités d'exercices s'offrent aux internes de médecine générale à la fin de leur internat. Ils peuvent choisir d'exercer la médecine générale ou une autre spécialité en milieu libéral (médecine du sport, angiologie par exemple). Ils peuvent également décider d'être salarié au sein d'une structure médicale, hospitalière ou non : soit en exerçant la médecine générale, soit en exerçant une autre spécialité (médecine gériatrique, médecine d'urgence...).

Dans notre étude une grande majorité des répondants (86% d'entre eux) a déclaré avoir pour projet professionnel l'exercice libéral de la médecine générale.

Parmi les internes interrogés, 19% ont pour projet d'avoir une activité salariée : 6,3% des répondants souhaitent exercer la médecine générale en tant que salariés d'une structure médicale non hospitalière, 8,9% souhaitent exercer une autre spécialité médicale en milieu hospitalier (médecine d'urgence, médecine gériatrique ...) et 3,8% souhaitent exercer une autre activité en tant que salariés non hospitaliers.

Les 2,5% restants ont pour projet d'exercer une autre activité médicale en milieu libéral (angiologie, médecine du sport...).

L'étude réalisée par M. JULES CLEMENT retrouve des résultats légèrement différents des nôtres : dans sa thèse, seulement 64% des répondants souhaitent exercer en milieu libéral, la médecine salariale représente 27% des répondants, et 8% des répondants n'avaient pas encore de projet professionnel défini (25).

Cette différence peut être expliquée par le fait que dans notre étude, une partie des internes ayant pour souhait l'exercice libéral de la médecine générale souhaite avoir un exercice

mixte libéral et salarié. En effet seulement 61 internes souhaitent avoir une activité uniquement libérale ce qui représente 77,2% des répondants.

L'acquisition des 3 gestes techniques de gynécologie paraît moins bonne chez les internes ne souhaitant pas exercer en libéral.

Parmi les internes souhaitant exercer en libéral, 92% considèrent le geste « réalisation des FCU » comme acquis en fin d'internat contre 80% de ceux ne souhaitant pas exercer en libéral. La tendance observée est la même pour la pose et le retrait d'implant contraceptif (85,9% vs 60%), ainsi que pour la pose et le retrait de DIU (56,5% vs 30%).

Cette différence observée pourrait être expliquée par un manque de motivation à se former chez les internes ayant un autre projet professionnel et qui n'envisagent pas de faire de la gynécologie dans leur pratique future.

La thèse de M. JULES CLEMENT confirme cette hypothèse, celle-ci a démontré que l'acquisition d'au moins 4 des 5 compétences gynécologiques fondamentales était plus accessible aux étudiants motivés par cette formation qu'aux étudiants non motivés durant leurs 3 années de DES. de médecine générale au seuil de significativité inférieur à 0,0011 (25).

#### 5.2.4. Influence de la réalisation ou non de DESC / DIU

Au cours de leur DES, les internes ont la possibilité de réaliser des formations complémentaires, sous forme de DESC ou de DIU, ce qui leur permet d'acquérir des compétences supplémentaires dans certains domaines. La maquette de stages de l'interne peut alors être modifiée. En effet le stage libre réalisé en 3<sup>ème</sup> année de DES qui est souvent l'occasion de réaliser le stage en pédiatrie ou en gynécologie, va alors être consacré à un stage en lien avec le DESC réalisé.

Il est alors fréquent que l'interne ne réalise pas le stage de gynécologie ou de pédiatrie (selon les préférences personnelles de chacun).

Dans notre étude, le pourcentage d'internes ayant réalisé un DESC ou un DIU au cours du DES est faible. Seulement 7 internes ont réalisé un DESC (8,5%) et 9 internes ont

réalisé un DU ou DIU (11%). Parmi ces derniers, seulement 1 interne a réalisé le DU de formation complémentaire en gynécologie.

Une grande majorité des répondants (85,4%) n'a donc réalisé ni DESC ni DIU au cours de l'internat, ce qui est comparable avec les résultats obtenus dans l'étude de M. JULES CLEMENT qui retrouve seulement 16% des répondants inscrits à un DESC (25).

Notre étude retrouve un taux d'acquisition des 3 gestes techniques de gynécologie légèrement inférieur chez les internes ayant réalisé un DESC et/ou un DIU, comparativement aux internes n'en ayant pas réalisé.

En effet, parmi les internes ayant réalisé un DESC et / ou un DIU :

-83,3% considèrent le geste « réalisation des FCU » comme acquis contre 93,7% des internes n'en ayant pas réalisé.

-66,7% considèrent le geste « pose et retrait d'implant contraceptif » comme acquis contre 85,5% des internes n'en ayant pas réalisé.

-50% considèrent le geste « pose et retrait de DIU » comme acquis contre 53% des internes n'en ayant pas réalisé.

Comme pour les internes ayant un projet professionnel ne s'orientant pas vers l'exercice libéral de la médecine générale, cette différence peut être expliquée par un intérêt moindre pour la gynécologie, et donc par un manque de motivation à se former, du fait de projets professionnels différents.

Ces internes peuvent ressentir des difficultés à se former dans le domaine de la gynécologie du fait de maquettes de stages différentes et d'une formation axée sur d'autres domaines.

## 5.2.5. Influence des différents stages réalisés

### 5.2.5.1. *Stage de gynécologie hospitalière*

A la faculté de médecine de Rouen une grande majorité des internes a la possibilité de réaliser un stage de gynécologie hospitalière.

Parmi les internes interrogés dans notre étude, 87% ont pu réaliser ce stage au cours de leur DES.

Pour le semestre de Mai 2018 à Novembre 2018, 32 postes de gynécologie étaient ouverts aux étudiants de médecine générale. Nous n'avons pas pu nous procurer le nombre de postes ouverts pour le stage couplé gynécologie-pédiatrie (31).

En comparaison, à la faculté de médecine de Caen pour le semestre de Mai à Novembre 2018 : 14 postes étaient ouverts pour des stages couplés gynécologie-pédiatrie. Cependant aucun poste n'était ouvert pour des stages de gynécologie d'une durée de 6 mois (32).

Nos résultats diffèrent de ceux retrouvés dans la thèse de M JULES CLEMENT où seulement 37% des étudiants déclarent avoir réalisé un stage de gynécologie au cours de leur DES. Ce faible pourcentage pouvait être expliqué par le peu de postes de gynécologie ouverts aux étudiants de médecine générale en Ile de France (48 postes pour l'ensemble des 7 facultés en 2010) et par l'absence de stages couplés gynécologie-pédiatrie (25).

Ce stage en gynécologie hospitalière est considéré comme très formateur pour les 3 gestes techniques de gynécologie. En effet, au cours de ce stage, 70,13% des internes déclarent avoir été formés à la réalisation des FCU, 81,08% déclarent avoir été formés à la pose et au retrait d'implants contraceptifs et 71,2% déclarent avoir été formés à la pose et au retrait de DIU.

Le taux d'acquisition des 3 gestes est sensiblement plus élevé chez les étudiants ayant réalisé un stage en gynécologie hospitalière comparativement aux étudiants n'ayant pas réalisé ce stage : 92,3% vs 81,8% pour la réalisation des FCU, 88,9% vs 45,5% pour la pose et le retrait d'implants contraceptifs, 60,7% vs 9% pour la pose et le retrait de DIU.

Il existe une association significative entre le fait d'avoir réalisé un stage en gynécologie hospitalière et le fait de considérer les gestes « pose et retrait d'implant contraceptif » et « pose et retrait de DIU » comme acquis. Il paraît donc nécessaire que le plus grand nombre d'internes puissent réaliser ce stage au cours de leur cursus afin de les familiariser avec la pratique de ces gestes et d'obtenir plus de jeunes médecins généralistes les pratiquant.

#### *5.2.5.2. Stage chez le praticien*

Ce stage est également considéré comme formateur pour la réalisation des FCU : 51,95% des internes considèrent avoir été formé au cours de ce stage.

Il l'est moins pour la pose et le retrait d'implant et de DIU (24,32% pour l'implant, 28,77% pour le DIU).

La formation au cours de ce stage est dépendante des praticiens auprès de qui l'interne va réaliser son semestre. Bien que l'interne réalise son stage auprès de 2 ou 3 praticiens différents, certains d'entre eux réalisent peu ou pas d'actes de gynécologie dans leur pratique quotidienne.

Comme l'a démontré S DIAS dans sa thèse réalisée en 2010, la part d'activité de gynécologie est très variable d'un médecin à un autre. Le nombre d'actes de gynécologie réalisés par les médecins généralistes d'Ile de France était en moyenne de 9,04 actes par semaine. Seuls 11,8% des médecins de son étude pratiquaient la pose du DIU, 10% seulement pratiquaient la pose d'implant, et 39% d'entre eux réalisaient des FCU (2).

#### *5.2.5.3. SASPAS*

Ce stage est considéré comme étant le moins formateur, en effet 19,5% des internes considèrent avoir été formés à la réalisation des FCU au cours de ce stage, 12,16% considèrent y avoir été formé pour la pose et le retrait d'implants et 13,7% pour la pose et le retrait de DIU.

Les internes étant en autonomie au cours de ce stage, on peut supposer que les praticiens sont parfois moins disponibles pour former les internes aux gestes techniques. Nous pouvons également supposer que les patientes préfèrent que leur suivi gynécologique soit réalisé par leur médecin traitant habituel plutôt que par un étudiant en médecine. En effet la relation médecin malade est déjà établie et liée par la confiance. Par ailleurs ces gestes peuvent être considérés comme délicats par les patientes qui peuvent être méfiantes envers un interne qui est souvent jeune et encore étudiant.

### 5.3. Réponse à l'objectif secondaire

L'objectif secondaire de cette étude était de proposer des solutions afin d'améliorer la formation des internes de médecine générale. Différentes pistes peuvent être proposées, à la fois pour améliorer la formation universitaire, mais également pour améliorer la formation lors des stages.

#### 5.3.1. Formation au cours des différents stages

C'est au cours des différents stages réalisés que les internes peuvent acquérir une véritable expérience pratique. Il est primordial que les stages proposés soient adaptés aux besoins de formation et que l'encadrement par les médecins séniors soit optimal pour un apprentissage de ces gestes techniques étape par étape.

##### ✓ Stage de gynécologie hospitalière

Une très grande majorité des internes interrogés (87%) ont pu, au cours de leur internat, réaliser un stage en gynécologie hospitalière. Ce stage est considéré comme le lieu de stage le plus formateur pour l'apprentissage des 3 gestes techniques. Les internes n'ayant pas réalisé de stage en gynécologie hospitalière évoquent comme raison le manque de place, la préférence pour le stage de pédiatrie ou une maquette de stage particulière ne leur permettant pas de réaliser ce stage.

Dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales, le stage en gynécologie est devenu obligatoire pour tous les internes de médecine générale. Il pourrait cependant être intéressant de modifier l'organisation de ces stages afin que les internes de médecine générale puissent avoir une formation plus axée sur les problématiques qu'ils rencontreront dans leur pratique future. La thèse de M. JULES CLEMENT a permis de mettre en évidence le fait que certains internes de médecine générale n'étaient pas satisfaits de leur stage en gynécologie qu'ils trouvaient trop axé sur les urgences gynécologiques au détriment d'autres compétences (25). La réalisation des FCU ainsi

que la pose et le retrait d'implant et de DIU se font essentiellement au cours des consultations auxquelles les internes ont parfois peu accès au cours de leur stage.

Un accompagnement spécifique par les médecins séniors lors des consultations permettrait un apprentissage des gestes techniques étape par étape : une première étape d'observation, puis une mise en pratique sous la supervision d'un médecin expérimenté, et enfin une pratique en autonomie au cours de consultations dédiées.

La mise en place de consultations en autonomie sur tous les lieux de stage permettrait une formation plus adaptée à la médecine générale. Ces consultations pourraient permettre aux internes d'acquérir des compétences non seulement sur les trois gestes techniques mais également sur la contraception, sur le suivi de grossesse non compliquée, ou sur le traitement hormonal de la ménopause pour lequel il ressort un véritable manque de formation, (seulement 47,14% des internes de notre étude se disent prêts à le prescrire dans leur pratique future).

Dans sa thèse réalisée en 2011, L. BARANGER a relevé un manque de formation important au cours des 2 stages en ambulatoire concernant la réalisation des gestes techniques, la prescription de traitement hormonal de la ménopause (THM), la conduite à tenir devant un nodule mammaire suspect et un FCU anormal, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi que la demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG) (9). Il est important que ces aspects de la gynécologie soient abordés au cours du stage de gynécologie hospitalière et plus particulièrement lors des consultations.

#### ✓ Stages ambulatoires

La part d'activité de gynécologie dans la pratique quotidienne des médecins généralistes peut être très différente d'un médecin à un autre. Afin d'améliorer la formation au cours du stage praticien et du SASPAS il semble important d'équilibrer les binômes ou trinômes de maître de stage afin qu'au moins un d'entre eux réalise fréquemment les gestes techniques de gynécologie. Comme l'a montré S. DIAS dans son étude réalisée en 2010, 60% des médecins estimaient leur activité de gynécologie obstétrique faible ou nulle. Cette activité varie de façon significative en fonction de l'âge et du sexe du médecin. Sa thèse n'a cependant pas permis de mettre en évidence de différence significative en

fonction du milieu d'exercice et de la distance séparant les médecins généralistes d'un gynécologue obstétricien (2).

La mise en place de journées de consultation avec un gynécologue libéral au cours du stage praticien et/ou du SASPAS a été fréquemment demandée par les internes lorsqu'ils ont été questionnés sur la façon dont la formation pourrait être améliorée. Ces consultations devront être axées sur la mise en pratique de ces gestes techniques. Très peu d'internes ont pu assister à des consultations de ce type au cours de leur DES mais parmi eux : 100% considèrent que le geste « réalisation des FCU » est acquis, 71,4% considèrent comme acquis le geste « pose et le retrait d'implant » et 57,14% considèrent comme acquis le geste « pose et retrait de DIU ».

Il pourrait également être envisagé de mettre en place un carnet de validation pour l'ensemble des gestes techniques qui doivent être maîtrisés en fin d'internat. Dans le cadre des actes techniques de gynécologie cet outil pourrait être intéressant pour aider les internes à se situer par rapport à leur niveau de formation sur chacun des 3 gestes. Un nombre d'actes minimum à réaliser semble difficile à mettre en place compte-tenu des différentes maquettes de stage de chaque interne et des différences de pratique selon les praticiens lors des stages en ambulatoire. Cependant il pourrait être envisageable d'instaurer des niveaux de compétence pour chaque geste : « non acquis », « partiellement acquis », « acquis » avec une validation systématique par un médecin généraliste ou un gynécologue.

#### ✓ Journées de formation en PMI

La PMI est un service chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant, il organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.

A la faculté de médecine de Rouen, 6 demi-journées de stage sont consacrées à la découverte de ce service, au cours du stage praticien de niveau 1.

Ces journées de formation sont l'occasion pour l'interne, de se former aux gestes de gynécologie et de pédiatrie.

Dans notre étude, seulement 18,18% des internes ont pu réaliser des gestes de gynécologie au cours de ces journées de formation et pour 3 internes uniquement les journées de formation en PMI sont le lieu de stage le plus formateur à la gynécologie.

Les consultations en PMI sont le plus souvent axées sur la pédiatrie et ne semblent donc pas être le lieu de stage le plus adapté pour la formation aux gestes techniques de gynécologie.

### 5.3.2. Formation universitaire

#### ✓ Ateliers de formation aux gestes pratiques

La formation universitaire a lieu durant les 3 années de DES, sous forme de cours théoriques et d'ateliers pratiques.

Ces ateliers pratiques permettent aux internes de se former, sur mannequin, aux gestes techniques fréquemment réalisés en médecine générale. La formation à la réalisation des FCU, à la pose et au retrait d'implant contraceptif et à la pose et au retrait de DIU font partie intégrante de ces ateliers. Ils ont lieu sur une demi-journée en 3<sup>ème</sup> année de DES et une seconde demi-journée de formation a été instaurée au cours de la première année de DES depuis la rentrée 2017.

Pour les internes interrogés dans notre étude, une évaluation avait lieu lors de l'Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS) au cours de la 3<sup>ème</sup> année du DES. Cependant un seul de ces gestes était évalué lors de cet examen.

Un contrôle des connaissances pour l'ensemble des gestes techniques pourrait permettre de s'assurer que chaque interne ait validé à la fin de son DES un niveau de connaissance théorique et pratique suffisant pour réaliser ces gestes sans difficultés dans sa pratique future, quel que soit son projet professionnel.

Pour la promotion d'internes ayant terminé le DES de médecine générale en Novembre 2017, le séminaire « gestes pratiques » avait lieu uniquement en milieu de 3<sup>ème</sup> année. Dans notre étude de nombreux internes ont été demandeurs de la mise en place d'ateliers de formation sur mannequin en début d'internat, ce qui est le cas actuellement puisqu'un séminaire de formation aux gestes pratiques est dédié aux étudiants de 1<sup>ère</sup> année de DES.

Ils ont également été demandeurs d'une formation à ces gestes en petits groupes, lors des séances d'enseignement dirigé (ED), ce qui pourrait permettre de mettre à disposition un mannequin par interne.

La mise en place de séances de formation supplémentaires facultatives pourrait permettre aux étudiants ayant eu peu d'occasion de pratiquer lors des stages cliniques, d'acquérir une compétence suffisante pour la réalisation de ces gestes. Dans notre étude 61,11% des internes étaient demandeurs de séances de formation supplémentaires sur mannequin pour la pose et le retrait de DIU, 44,59% étaient demandeurs pour la pose et le retrait d'implants contraceptifs et seulement 32,89% pour la réalisation des FCU.

✓ Mise à disposition de vidéos explicatives

Certains internes ont également été demandeurs de la mise à disposition de vidéos expliquant la technique à acquérir pour la réalisation de ces gestes. Deux vidéos explicatives pour la pose et le retrait de l'implant contraceptif NEXPLANON® sont disponibles sur Youtube et sur la plateforme universitaire (18) (33). Mais seule une animation est disponible pour la pose de DIU (34).

La mise à disposition de vidéos explicatives pour la réalisation du FCU et pour la pose et le retrait de DIU pourrait donc permettre d'améliorer la formation des internes mais pose cependant un problème éthique. En effet cela nécessiterait de filmer la technique de réalisation du geste sur une patiente, au cours d'une consultation.

### 5.3.3. Formation au cours de l'externat

Il pourrait être intéressant de proposer aux étudiants des séances d'apprentissage par simulation sur mannequin plus précocement au cours de leur cursus universitaire.

Ceci leur permettrait d'acquérir les compétences théoriques nécessaires ainsi qu'une expérience de la gestuelle.

Une étude réalisée au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers (35), chez des étudiants en 5<sup>ème</sup> année d'externat, a retrouvé un réel bénéfice de séances d'enseignement sur modèle anatomique dans l'apprentissage des gestes médicaux à savoir réaliser lors d'un

examen gynécologique. La réalisation de ces gestes paraissait plus facile aux étudiants en fin de séance et le niveau d'appréhension et de stress ressenti par les étudiants était également diminué.

Des résultats similaires ont été retrouvés dans des études menées en 2014 (36) et en 2015 (37). En effet une très grande majorité des étudiants étaient satisfaits du programme de simulation d'apprentissage de l'examen gynécologique et souhaitaient pouvoir bénéficier de plus de séances d'enseignement par simulation. Ce mode de formation permettait également aux étudiants de ressentir moins de gêne et d'appréhension à l'idée de réaliser cet examen.

## 6. Conclusion

Si la formation à la réalisation des FCU paraît suffisante pour une grande majorité des internes, notre étude a permis de mettre en évidence un besoin de formation concernant la pose et le retrait des implants contraceptifs et des DIU.

Le choix des internes de réaliser ou non ces gestes gynécologiques dans leur pratique future est conditionné principalement par leur genre, ainsi que par la réalisation ou non d'un stage de gynécologie hospitalière au cours de leur DES.

Le stage de gynécologie hospitalière est en effet le stage le plus formateur dans l'apprentissage de ces 3 gestes, suivi par le stage praticien niveau 1 et par le SASPAS en 3<sup>ème</sup> position. Il est donc primordial que chaque interne ait la possibilité de réaliser un semestre de gynécologie au cours de ses 3 années de DES.

Bien que moins désireux de réaliser des gestes de gynécologie dans leur pratique future, les internes de sexe masculin sont cependant plus nombreux à souhaiter se former en post internat, essentiellement par le biais du DPC, et en se formant auprès de confrères médecins généralistes ou gynécologues.

Un meilleur équilibre des binômes/trinômes de maîtres de stage ainsi que la possibilité d'assister à des consultations auprès de gynécologues exerçant en libéral, pourrait également être bénéfique à la formation gynécologique des internes de médecine générale.

La formation universitaire pourrait être améliorée en proposant des séances supplémentaires de formation sur mannequin, en plus petits groupes, afin de mettre à disposition un mannequin par interne. Ces séances pourraient être proposées plus précocement, au cours de l'externat, afin que chaque étudiant puisse acquérir une compétence de la gestuelle.

Il pourrait être intéressant d'interroger des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Rouen, après quelques années d'exercice libéral, afin de savoir s'ils jugent leur formation initiale suffisante et si celle-ci leur a permis de pratiquer de façon régulière les gestes de gynécologie. Une pratique régulière est primordiale afin d'acquérir un niveau technique suffisant et ne pas ressentir d'appréhension ou de difficultés dans la

réalisation de ces gestes. Un manque de pratique lors des premières années d'exercice peut donc constituer un frein à la réalisation de ces gestes.

Une étude à l'échelle nationale serait également intéressante à réaliser afin de pouvoir comparer les différentes modalités de formation et de relever les points forts et les points faibles de chacune.

## 7. Bibliographie

1. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique [Internet]. 2005;17. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-1-page-109.htm>
2. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-De-France [Internet]. Paris Diderot; 2010. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432\\_THESE-DIAS.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf)
3. Conseil National de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale de 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf)
4. Ordre des sages-femmes: données démographiques. [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
5. Conseil National de l'ordre des médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales [Internet]. 2018. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/approche\\_territoriale\\_des\\_specialites\\_medicales\\_et\\_chirurgicales.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf)
6. Cancer du col de l'utérus / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
7. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
8. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : le rôle déterminant des professionnels de santé - Dossiers et communiqués de presse [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiques-de-presse/Depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-role-determinant-des-professionnels-de-sante>
9. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2013. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps\\_format2clic\\_kc\\_col\\_uterus\\_2013-30-08\\_\\_vf\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf)
10. Bouet DP, Conseil National de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale de 2017. 2017.
11. Vaccination contre les infections à Papillomavirus | Vaccinhpv [Internet]. Disponible sur: <https://www.vaccinhpv.com/>

12. Barré S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, De Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. BEH. 24 janv 2017;(2-3).
13. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus | Legifrance [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/5/4/SSAP1811940A/jo/texte>
14. Plan cancer 2014 2019 [Internet]. Disponible sur: [file:///C:/Users/auder/Downloads/Plan\\_cancer\\_2014-2019-PNRT.pdf](file:///C:/Users/auder/Downloads/Plan_cancer_2014-2019-PNRT.pdf)
15. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus / Étude médico-économique / Phase 2 [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-Etude-medico-economique-Phase-2>
16. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, la contraception implantable. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
17. Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016 [Internet]. Santé publique France. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/les-francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-barometre-sante-2016>
18. Boulet Pascal, Darmon D. Nexplanon - YouTube [Internet]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=SRBmTEszN9o&feature=youtu.be>
19. Boulet P, Darmon D. Pose et retrait de l'implant contraceptif. Exercer. 2016;27(127):233-7.
20. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, les dispositifs intra utérins. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
21. Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, Black K. Worldwide use of intrauterine contraception: a review. Contraception. 1 mars 2014;89(3):162-73.
22. Jouannin A, Andres E, De Fallois M, Chevance A, Donnadiou S, Reymann J-M, et al. Validation d'un outil de classification de la recherche à destination des internes de médecine générale d'après la loi « Jardé ». Exercer. sept 2019;(155):306-13.
23. Bidet P. Pratique des gestes et techniques de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0638999.pdf>
24. Boucher S. Evaluation de l'acquisition de trois gestes techniques de gynécologie (frottis cervico-utérin, pose de dispositif intra-utérin et pose d'implant contraceptif) au cours du DES de médecine générale en fonction des lieux de formation en Rhône-Alpes (faculté Grenoble, Lyon et Saint-Etienne) [Internet]. Faculté de médecine de Grenoble; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01393526/document>

25. Jules-Clément M. Formation gynécologique au cours du D.E.S de médecine générale. Etude sur la faculté PARIS DIDEROT- PARIS 7 [Internet]. UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT-PARIS; 2011. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3647\\_JULES-CLEMENT.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3647_JULES-CLEMENT.pdf)
26. Baranger épouse Royer L. Etat 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 [Internet]. Université d'Angers; 2011. Disponible sur: [http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se\\_2011\\_06\\_Royer\\_Baranger.pdf](http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se_2011_06_Royer_Baranger.pdf)
27. Statistiques générales sur les ECN 2014 [Internet]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2014/>
28. Statistiques générales sur les ECN 2015 [Internet]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2015/>
29. Lagneau A. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques. 2016.
30. Daveaux S, Boulnois C. L'acceptation par les femmes des gestes techniques courants de gynécologie médicale en médecine générale.
31. postes ouverts en médecine générale, Rouen, Mai 2018 [Internet]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-03/postes%20ouverts%20M%C3%A9decine%20G%C3%A9n%C3%A9rale%20-%20MAI%202018.pdf>
32. Postes ouverts en médecine générale, Caen, Mai 2018 [Internet]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-04/ARRETE%20M%20G%20-%20MAI%202018.pdf>
33. Pose implant progestatif [Internet]. Disponible sur: <https://universitice.univ-rouen.fr/mod/folder/view.php?id=81812>
34. Insertion DIU [Internet]. Disponible sur: <https://universitice.univ-rouen.fr/mod/page/view.php?id=81416>
35. Bouet P-E, Jeanneteau P, Legendre G, El Hachem H, Richard I, Granry J-C, et al. Formation des externes à l'examen gynécologique : intérêt de l'enseignement sur modèles anatomiques. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 sept 2016;45(7):679-84.
36. Piessen G, Louvet A, Robriquet L, Bailleux E, Jourdain M, Cosson M. Mise en place et évaluation d'un apprentissage par simulation des examens gynécologiques. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 sept 2014;42(9):591-6.
37. Hugon-Rodin J, Sonigo C, Drummond D, Grynberg M, Rodin T, Plu-Bureau G, et al. Apprentissage de l'examen gynécologique sur simulateur : impact sur le ressenti

des étudiants en médecine. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 mai 2017;45(5):291-8.

## 8. Annexes

### Annexe 1 : Classification de Bethesda 2014

#### **SPECIMEN TYPE:**

Indicate conventional smear (Pap smear) vs. liquid-based preparation vs. other

#### **SPECIMEN ADEQUACY**

- Satisfactory for evaluation (describe presence or absence of endocervical/transformation zone component and any other quality indicators, e.g., partially obscuring blood, inflammation, etc.)
- Unsatisfactory for evaluation . . . (specify reason)
  - Specimen rejected/not processed (specify reason)
  - Specimen processed and examined, but unsatisfactory for evaluation of epithelial abnormality because of (specify reason)

#### **GENERAL CATEGORIZATION (optional)**

- Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy
- Other: See Interpretation/Result (e.g., endometrial cells in a woman  $\geq 45$  years of age)
- Epithelial Cell Abnormality: See Interpretation/Result (specify 'squamous' or 'glandular' as appropriate)

#### **INTERPRETATION/RESULT**

##### **NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY**

(When there is no cellular evidence of neoplasia, state this in the General Categorization above and/or in the Interpretation/Result section of the report--whether or not there are organisms or other non-neoplastic findings)

##### **Non-Neoplastic Findings (optional to report)**

- Non-neoplastic cellular variations
  - Squamous metaplasia
  - Keratotic changes
  - Tubal metaplasia
  - Atrophy
  - Pregnancy-associated changes
- Reactive cellular changes associated with:
  - Inflammation (includes typical repair)
    - Lymphocytic (follicular) cervicitis
  - Radiation
  - Intrauterine contraceptive device (IUD)
- Glandular cells status post hysterectomy

##### **Organisms**

- Trichomonas vaginalis*
- Fungal organisms morphologically consistent with *Candida* spp.
- Shift in flora suggestive of bacterial vaginosis
- Bacteria morphologically consistent with *Actinomyces* spp.
- Cellular changes consistent with herpes simplex virus
- Cellular changes consistent with cytomegalovirus

##### **OTHER**

- Endometrial cells (in a woman  $\geq 45$  years of age)  
(Specify if "negative for squamous intraepithelial lesion")

#### **EPITHELIAL CELL ABNORMALITIES**

##### **SQUAMOUS CELL**

- Atypical squamous cells
  - of undetermined significance (ASC-US)
  - cannot exclude HSIL (ASC-H)
- Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)  
(encompassing: HPV/mild dysplasia/CIN 1)
- High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)  
(encompassing: moderate and severe dysplasia, CIS; CIN 2 and CIN 3)
  - with features suspicious for invasion (if invasion is suspected)
- Squamous cell carcinoma

##### **GLANDULAR CELL**

- Atypical
  - endocervical cells (NOS or specify in comments)
  - endometrial cells (NOS or specify in comments)
  - glandular cells (NOS or specify in comments)
- Atypical
  - endocervical cells, favor neoplastic
  - glandular cells, favor neoplastic
- Endocervical adenocarcinoma in situ
- Adenocarcinoma
  - endocervical
  - endometrial
  - extrauterine
  - not otherwise specified (NOS)

##### **OTHER MALIGNANT NEOPLASMS: (specify)**

#### **ADJUNCTIVE TESTING**

Provide a brief description of the test method(s) and report the result so that it is easily understood by the clinician.

#### **COMPUTER-ASSISTED INTERPRETATION OF CERVICAL CYTOLOGY**

If case examined by an automated device, specify device and result.

#### **EDUCATIONAL NOTES AND COMMENTS APPENDED TO CYTOLOGY REPORTS (optional)**

Suggestions should be concise and consistent with clinical follow-up guidelines published by professional organizations (references to relevant publications may be included).



**A3. Dans quelle faculté avez-vous réalisé votre externat?**

- Aix - Marseille / Provence
- Amiens / Picardie
- Angers / Anjou
- Antilles-Guyane / Guadeloupe-Martinique
- Besançon / Franche-Comté
- Bordeaux / Aquitaine
- Brest / Bretagne occidentale
- Caen / Basse Normandie
- Clermont-Ferrand / Auvergne
- Dijon / Bourgogne
- Grenoble / Alpes
- La Réunion - Océan Indien
- Lille / Nord Pas de Calais
- Lille Catholique
- Limoges / Limousin
- Lyon / Rhône-Alpes
- Montpellier / Languedoc Roussillon
- Nancy /Lorraine
- Nantes / Pays Nantais
- Nice / Côte d'Azur
- Paris 5 - René Descartes / Ile-de-France
- Paris 6 - Pierre et Marie Curie / Ile-de-France
- Paris 7 - Denis Diderot / Ile-de-France
- Paris 11 - Sud KB / Ile-de-France
- Paris 12 - Est Créteil / Ile-de-France
- Paris 13 - Nord Bobigny / Ile-de-France
- Paris Ouest Versailles St Quentin / Ile-de-France
- Poitiers / Poitou-Charente
- Reims / Champagne-Ardennes
- Rennes / Bretagne
- Rouen / Haute Normandie



**A7. Si vous souhaitez faire de la médecine générale: Quelles pratiques et gestes gynécologiques souhaitez-vous réaliser?**

*Pour chaque item, expliquer vos motivations à réaliser ou à ne pas réaliser ce geste*

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Prescrire la contraception orale  | <input type="checkbox"/> |
| Poser / retirer des DIU   | <input type="checkbox"/> |
| Poser / retirer des implants contraceptifs  | <input type="checkbox"/> |
| Assurer le dépistage des cancers du col de l'utérus (FCU)   | <input type="checkbox"/> |
| Assurer le dépistage des cancers du sein (examen des seins, prescription de mammographie /<br>échographie mammaire) | <input type="checkbox"/> |
| Assurer le suivi des grossesses non compliquées   | <input type="checkbox"/> |
| Assurer le dépistage des IST  | <input type="checkbox"/> |
| Réaliser des IVG médicamenteuses  | <input type="checkbox"/> |
| Prescrire le traitement hormonal de la ménopause  | <input type="checkbox"/> |

## Partie B: Formation en gynécologie

**B1. Avez-vous réalisé un stage en gynécologie hospitalière?**

*Si vous cochez la proposition, expliquez quelle formation y avez-vous reçu? : Réalisation des FCU / Pose et retrait d'implant contraceptif / Pose et retrait de DIU / Aucun de ces 3 gestes.*

*Si vous cochez la proposition: "ni l'un ni l'autre", expliquez dans la partie "commentaires" les raisons pour lesquelles vous n'avez pas effectué ce stage: Manque d'intérêt pour la gynécologie / Préférence pour le stage de pédiatrie / Manque de place dans les stages de gynécologie / Maquette de stages particulière (DESC).*

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Au cours de l'externat | <input type="checkbox"/> |
| Au cours de l'internat | <input type="checkbox"/> |
| Ni l'un ni l'autre     | <input type="checkbox"/> |









**D3. Auriez-vous aimé pouvoir bénéficier de plusieurs séances de formation sur mannequin?**

Oui

Non

**D4. Combien de fois avez-vous pu réaliser ce geste au cours de votre internat?**

Jamais

Moins de 5

Entre 5 et 10

Plus de 10

**D5. Ce geste vous semble-t-il acquis en fin d'internat?**

Oui

Non

**D6. Le pratiqueriez-vous sans formation complémentaire?**

Oui

Non

**D7. Si non: le feriez-vous après avoir pu bénéficier d'une formation complémentaire?**

Oui

Non

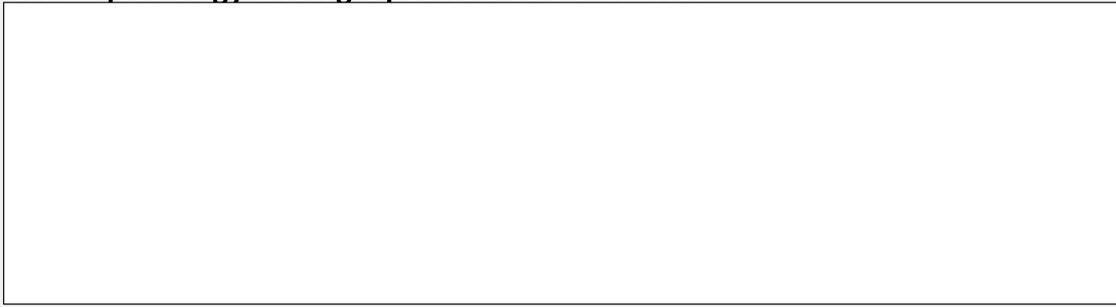








**F3. A votre avis, comment la formation à la réalisation des gestes techniques de gynécologie pourrait être améliorée?**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide their answer to the question above. The box is currently blank.

**Annexe 3 : Réponses obtenues à la question « A votre avis, comment la formation à la réalisation des gestes techniques de gynécologie pourrait être améliorée? »**

- « -Plus de pratique encadrée dans les Services hospitaliers et un passage en gynécologie en ville*
- Accès à tous à un stage de gynécologie*
- Plus de pratique a la faculté en simulation et en stage*
- Formation continue*
- Meilleure implication des gynécologues obstétriciens universitaires dans la formation des internes de médecine générale ou développer les stages avec gynécologues de PMI ou libéraux plus proches de notre exercice de gynécologie en médecine générale*
- Variable selon les terrains de stages mais nécessite de poser plus de DIU geste en apparence simple mais pas tant que ça ... mais cela suppose plus de patientes prêtes à se faire poser un diu par un novice*
- En faire beaucoup*
- Bonne formation pour moi. En ce qui concerne les diu, ce qui me rend moins à l'aise dans ma pratique c'est que je n'en fais pas assez souvent.*
- Plus de pratique. En renforçant le stage en Pmi*
- En faire plusieurs et pas seulement pour préparer les ECOS*
- Développement de journées de stage auprès de gynécologues libéraux durant les stages de médecine générale*
- Faire le séminaire geste pratique dès le début de l'internat*
- PMI versant gynéco pour réaliser plus de pose et retrait de DIU avant d'être plus assuré dans la technique*
- En milieu hospitalier peu de suivi gynécologique classique pour ma part*
- Formations fréquentes*
- Stage chez des gynécologues en libéral*
- Amélioration de la qualité des mannequins. Pas assez représentatif de la réalité.*
- Plusieurs formations avec mise en pratique de manière RÉGULIÈRE*
- Le faire une fois ne met pas en confiance il faut pouvoir le faire très régulièrement*
  
- Augmenter la possibilité de pratiquer en supervision, en suivant quelques journées chez un gynécologue libéral par exemple*

- Avoir un stage obligatoire en gynécologie durant l'internat.
- Avoir au moins 1 des praticiens lors du stage chez le praticien ou SASPAS faisant de la gynécologie
- Un peu plus de geste durant le stage de premier niveau chez le praticien
- Plus de formation au préalable sur mannequin
- Plus de pratique gynécologique en stage praticien/SASPAS
- il faut repenser le semestre de gynécologie. Passer au bloc opératoire est inutile pour un médecin généraliste. Un stage libéral chez un gynécologue devrait pouvoir s'organiser pour ne faire que de la PRATIQUE.
- La théorie, ça sert à rien à la fin...
- montrer des liens vidéos de pose/retrait implant ou stérilet, ou comment faire le frottis. Etre bien supervisé au début des premiers gestes.
- Plus de pratique sur mannequin et 1 er stage prat
- Stage en gynécologie hospitalière obligatoire
- Stage avec gynécologue libéral obligatoire pendant les stages praticien 1er niveau
- plus de pratique ++ et pas que sur des mannequins
- Formation théorique sérieuse (avec un vrai contrôle des connaissances) + ateliers sur mannequins sérieux (un mannequin par étudiant et pas un pour tout le groupe) + stages dédiés aux gestes (et pas à la paperasse du service...)
- Stage gyneco obligatoire
- Mise en place de cours théoriques et pratiques dédiés au cours de l'internat
- personnellement j'ai été très bien formé en stage mais ce n'est pas le cas de tout le monde (stage dépendant)
- Il serait peut être possible d'imposer un stage avec un praticien médecin généraliste SASPAS faisant de la gynécologie et/ou stage gynécologie hospitalier/libéral ainsi acquérir une expérience pratique
- Faire des stages dans des petits services de gynécologie et obstétrique, en dehors des CHU, les médecins sont plus formateurs, beaucoup de gestes appris
- plus de formation théorique et pratique sur mannequin
- En ayant des journées de formation chez des gyneco libéraux pendant l'internat
- 1 ou 2 journées avec un gynécologue libéral pour réaliser ces gestes sur toute une journée
- Réaliser les formations aux gestes pratiques dès la première année de médecine générale
- Cahier de validation du geste (1er niveau observation, 2e niveau aide à la réalisation, 3e

niveau autonomie) lors du stage en gynécologie ou chez le praticien si lui même pratique ces gestes (sur 5 maitres de stage seulement 1 réalisé ces 3 gestes....)

- Stage chez des gynécologues en ville et praticiens faisant le geste
- Plus de compagnonnage, formation continue, améliorer les rapports entre médecins généralistes sages femmes et gynécologues des la formation par formations communes
- qqes jours de stage avec un gynécologue libéral pendant le stage praticien premier niveau par exemple, car ma formatrice avait le DU de gynéco mais ce n'est pas le cas de tout le monde !!
- Stage en gynéco avec consultations en autonomie et supervision au début (ce que j'ai eu, idéal pour se former et se lancer (DIU ++))
- Plus de formation théorique sur des mannequins
- Il faudrait imposer un numéro minimal (ex. 10 FCU , 10 pose /retrait d'implants, 10 pose/retrait de DIU) entre le stage de gynécologie hospitalier et médecine libérale de 1er niveau pour que la formation puisse être garantie pendant l'internat
- En instaurant un nombre minimal de chacun de ces gestes à réaliser au cours de la maquette du DES de médecine générale pour valider celle-ci.
- Le mieux est la pratique sur patientes supervisée par un médecin expérimenté
- Plus d'entrainement
- L'appliquer en séance d'ED (plus adapté en petit groupe)
- Le passage en gynécologie me semble indispensable. L'idéal serait un stage en gynécologie ambulatoire. Pour ma part je ne souhaite pas poursuivre la pose de DIU même si j'ai été formée car en tant que remplaçante on ne me le demande jamais et je n'en ai pas posé un seul depuis la fin de mon internat ! Je pense qu'il faut le faire régulièrement pour le faire correctement.
- Ce qui a bien marché pour moi, passe par 3 étapes : 1/ Par une formation théorique et pratique initiale généralisée. 2/ Par une réalisation des gestes sous supervision en stage. 3/ Par un perfectionnement individuel en consultation (lignes de consultation interne en stage de gynécologie, et en SASPAS).
- Ces gestes nécessitent une pratique régulière
- En médecine libérale: la pratique des gestes techniques par les généralistes peut motiver plus de femmes à accepter de laisser des internes se former! souvent les MG ne pratiquent pas ces gestes ou les laissent aux MG femmes!
- Ateliers dédiés à l'université sur mannequins. Assister à des consultations de gynécologie libérale pendant le stage praticien niveau 1.

- En en faisant que ce soit sur mannequin ou en consultation dédiée comme ce fut mon cas à Elbeuf
  - En se formant. Et en rendant obligatoire le stage en gynécologie pendant l'internat.
  - Stage en gynécologie obligatoire. Plus de séminaires gestes pratiques
  - Moi j'ai eu de la chance de faire un stage de gynécologie dans un petit hôpital périphérique, et j'étais la seule interne j'ai pu réaliser tous ces gestes là plus de 40 fois je pense. On est bien accompagné et formé quand on a des sages femmes et des gynécologues disponibles et dévoués pour bien nous former dans des petits hôpitaux hors chu..
  - Stage avec gynécologues ambulatoires
  - Plus de séminaire gestes pratiques
- 
- Davantage de stage ou journées de formation en gynécologie de ville
  - sur des vrais patients
  - formation théorique avec pratique sur mannequin - plusieurs séances de formation supervisée pour une maîtrise parfaite du geste, car ce sont des gestes très utiles en médecine générale - inclure des journées de formation obligatoire pour tous avec un gynécologue libéral lors du stage gynécologie
  - qu'il y ait systématiquement un semestre en gynécologie et tout dépend du stage où l'on arrive ... un bon encadrement pendant le stage en gyneco comme c'est le cas à Evreux
  - Formation aux gestes par tous les services de gynécologie pour les internes choisissant un stage hospitalier. SASPAS ou stage de premier niveau avec un praticien réalisant ces gestes si pas de projet de stage en gynécologie hospitalière.
  - Séminaire aux gestes pratiques plus tôt dans le cursus (pas juste pour les ECOS...) Demander aux services hospitaliers de faire une formation au moins théorique aux internes ( nous avons du nous former par nous même avec des vidéos youtube ou en nous conseillant entre internes)
  - Mise en pratique ++
  - oui pour la pose de DIU
  - formation avec gynécologue libéral ; formation sur mannequins »

## **RESUME**

**Introduction :** La diminution du nombre de gynécologues médicaux va amener les médecins généralistes à prendre en charge de plus en plus de patientes sur le plan gynécologique. La formation à la réalisation des gestes gynécologiques fait partie intégrante de la formation des internes de médecine générale au cours de leur DES. L'objectif de cette étude est de déterminer quels facteurs peuvent influencer leur décision de réaliser ou non ces 3 gestes dans leur pratique future. L'objectif secondaire est de proposer des solutions afin d'améliorer leur formation et de développer leur intérêt pour cette pratique.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, transversale, réalisée au moyen d'un questionnaire électronique. Le mail d'invitation au questionnaire a été adressé en Décembre 2017 et Juin 2018 à 2 promotions d'internes et à ceux en année de thèse (soit 286 internes).

**Résultats :** Le taux de réponse au questionnaire était de 28,7% (82 internes) dont 75,6% de femmes et 24,4% d'hommes. Le taux d'acquisition des gestes en fin d'internat était de 92,1% pour le FCU, 82,4% pour la pose et retrait d'implant contraceptif et 52,8% pour la pose et retrait de DIU. Les femmes étaient significativement plus nombreuses à souhaiter réaliser des FCU ainsi que des poses et retraits d'implant contraceptif. La réalisation d'un stage en gynécologie hospitalière pendant l'internat était significativement associée à une meilleure acquisition des gestes « pose et retrait d'implant contraceptif et de DIU ».

**Conclusion :** Si la formation des internes de médecine générale à la réalisation des FCU est satisfaisante, leur formation à la pose et au retrait d'implant contraceptif et de DIU est insuffisante. Cet apprentissage nécessite une formation à la fois théorique, grâce aux ateliers de simulation sur mannequin, et pratique lors des stages hospitaliers et ambulatoires. Ces derniers devant être organisés pour y intégrer l'apprentissage systématique des gestes gynécologiques.

**Mots clés :** Médecine générale, Internes, Gestes Gynécologiques, Frottis Cervico-Utérin, Implant contraceptif, Dispositif Intra Utérin