



**HAL**  
open science

**La consultation gynécologique en médecine générale et  
la prescription du Dispositif Intra Utérin chez la jeune  
femme nullipare : étude qualitative sur les  
représentations des internes de la faculté d'Aix Marseille**

Mathilde Biglia

► **To cite this version:**

Mathilde Biglia. La consultation gynécologique en médecine générale et la prescription du Dispositif Intra Utérin chez la jeune femme nullipare : étude qualitative sur les représentations des internes de la faculté d'Aix Marseille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03401162

**HAL Id: dumas-03401162**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03401162>**

Submitted on 25 Oct 2021

**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.



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**La consultation gynécologique en médecine générale et la prescription du  
Dispositif Intra Utérin chez la jeune femme nullipare : étude qualitative sur  
les représentations des internes de la faculté d'Aix Marseille**

# **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 5 Octobre 2021**

**Par Madame Mathilde BIGLIA**

**Née le 31 mars 1991 à Rillieux-La-Pape (69)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier**

**Président**

**Madame le Professeur COURBIERE Blandine**

**Assesseur**

**Madame le Docteur (MCU-PH) BENYAMINE Audrey**

**Assesseur**

**Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle**

**Directeur**

**Monsieur le Docteur DILLINGER Laurent**

**Assesseur**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

### **Assesseurs :**

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick  
CHOUX Maurice  
CIANFARANI François  
CLAVERIE Jean-Michel  
CLEMENT Robert  
COMBALBERT André  
CONTE-DEVOLX Bernard  
CORRIOL Jacques  
COULANGE Christian  
CURVALE Georges  
DALMAS Henri  
DE MICO Philippe  
DELPERO Jean-Robert  
DESSEIN Alain  
DELARQUE Alain  
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre  
LAUGIER René  
LE TREUT Yves  
LEVY Samuel  
LOUCHET Edmond  
LOUIS René  
LUCIANI Jean-Marie  
MAGALON Guy  
MAGNAN Jacques  
MALLAN- MANCINI Josette  
MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude  
MATTEI Jean François  
MERCIER Claude  
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges  
MIRANDA François  
MONFORT Gérard  
MONGES André  
MONGIN Maurice  
MUNDLER Olivier  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert

VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

**2015**

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

**2019**

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

## Honoris causa

<b>1967</b>	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b>	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b>	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b>	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b>	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b>	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b>	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b>	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b>	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b>	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b>	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b>	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur  
Sir

T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDA (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikaël
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

# PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

## PROFESSEUR CERTIFIE

*BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

## PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis  
GUIS Sandrine  
GUYE Maxime  
GUYOT Laurent  
*GUYS Jean-Michel Surnombre*  
HABIB Gilbert  
HARDWIGSEN Jean  
HARLE Jean-Robert  
HOUVENAEGHEL Gilles  
JACQUIER Alexis  
JOURDE-CHICHE Noémie  
JOUVE Jean-Luc  
KAPLANSKI Gilles  
KARSENTY Gilles  
*KERBAUL François détachement*  
KRAHN Martin  
LAFFORGUE Pierre  
LAGIER Jean-Christophe  
LAMBAUDIE Eric  
LANCON Christophe  
LA SCOLA Bernard  
LAUNAY Franck  
LAVIEILLE Jean-Pierre  
LE CORROLLER Thomas  
LECHEVALLIER Eric  
LEGRE Régis  
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale  
LEONE Marc  
LEONETTI Georges  
LEPIDI Hubert  
LEVY Nicolas  
MACE Loïc  
MAGNAN Pierre-Edouard  
MANCINI Julien  
MEGE Jean-Louis  
MERROT Thierry  
METZLER/GUILLEMAIN Catherine  
MEYER/DUTOUR Anne  
MICCALEF/ROLL Joëlle  
MICHEL Fabrice  
MICHEL Gérard  
MICHEL Justin  
MICHELET Pierre  
MILH Mathieu  
MILLION Matthieu  
MOAL Valérie  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
NAUDIN Jean  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier  
NICOLLAS Richard  
NGUYEN Karine  
OLIVE Daniel  
OLLIVIER Matthieu  
OUAFIK L'Houcine  
OVAERT-REGGIO Caroline  
PADOVANI Laetitia

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

*VIEHWEGER Heide Elke détachement*

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique ( <i>disponibilité</i> )
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
 CALVET-MONTREDON Céline  
 FORTE Jenny  
 JANCZEWSKI Aurélie  
 NUSSLI Nicolas  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)  
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPANO Patrick (PU-PH)

**ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)  
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
GUERIN Carole (MCU-PH)  
MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERRROT Thierry (PU-PH)  
*VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement*  
DARIEL Anne (MCU-PH)  
FAURE Alice (MCU-PH)  
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)  
  
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
*BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre*  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703**

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

*KERBAUL François (PU-PH) détachement*

MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2(MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1, FUENTES Stéphane (PU-PH)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre*

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

**HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801**

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)  
GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)  
  
HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)

# REMERCIEMENTS

**Monsieur le Professeur Xavier CARCOPINO**, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de présider la soutenance de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

**Madame le Professeur Blandine COURBIERE**, merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

**Madame le Docteur Audrey BENYAMINE**, je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail. Je garde de bons souvenirs des quelques fois où nous avons travaillé ensemble dans le service de médecine interne/gériatrie de l'hôpital Nord.

**Madame le Docteur Raphaëlle ROUSSEAU-DURAND**, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour ton accompagnement et tes encouragements tout au long de mon travail.

**Monsieur le Docteur Laurent DILLINGER**, merci pour ta présence aujourd'hui en tant que membre de ce jury. J'ai la chance d'avoir passé un semestre à tes côtés pendant lequel j'ai beaucoup appris. Merci pour ta gentillesse et ta générosité.

## Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>Matériel et méthodes</b>	<b>8</b>
type d'étude	8
recherche préalable	8
population étudiée	8
recueil des données	9
description du guide d'entretien	9
réalisation des entretiens	10
analyse des données	10
éthique	11
<b>Résultats</b>	<b>12</b>
population étudiée	12
caractéristiques des internes étudiées	12
caractéristiques des entretiens	12
ressenti des internes vis à vis de la gynécologie	13
l'interne et sa vision de la gynécologie	13
la place de la gynécologie dans sa pratique	13
la place centrale du médecin généraliste	14
aborder des sujets complexes	15
l'interne et la consultation de contraception	16
le déroulement d'une consultation	16
habitudes et facilités de prescription	18
le bon choix	21
l'interne et sa vision du DIU	23
les avantages	23
un avis favorable chez le jeune femme nullipare	25
l'évolution des pratiques	27
les freins	28
liés à l'interne	28
pour la pratique de la gynécologie	28
l'impact du genre	28
les conditions pour pratiquer la gynécologie	30
les limites à la pratique de la gynécologie	31
à la prescription de la contraception	32
difficultés/manque d'expérience	32
première prescription de contraception	34
liés au DIU	34

l'ambivalence	34
les inconvénients	37
les peurs	38
les conditions pour le prescrire et le poser	40
les limites	43
les attentes des internes	43
en stage	43
ses expériences positives	43
ses expériences négatives	44
l'acquisition des compétences pour la prescription de contraception	46
les perspectives de formations complémentaires	47
ses besoins en matière de formation à la contraception	48
modélisation des résultats (annexe 8)	51
<b>Discussion</b>	<b>52</b>
validité de l'étude	52
forces	52
faiblesses	53
confrontation des résultats aux données de la littérature.	54
la consultation gynécologique en médecine générale	54
la question du DIU chez la jeune femme nullipare	56
l'acquisition des compétences, la formation des internes	59
perspectives	61
<b>Conclusion</b>	<b>64</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>66</b>
<b>Annexes</b>	<b>70</b>
<b>Liste des abréviations</b>	<b>78</b>

## 1. Introduction

Pour assurer leur suivi gynécologique, les femmes françaises ont le libre choix de consulter un gynécologue-obstétricien, un gynécologue médical, un médecin généraliste ou une sage-femme. Ce suivi est régulier pour 80 à 91% des femmes de plus de 15 ans. Pour deux tiers d'entre elles, il est réalisé par un gynécologue et pour l'autre tiers par un médecin généraliste(1).

Les médecins généralistes ont un rôle primordial de prévention et de dépistage, qui s'applique notamment à la sphère gynécologique avec le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, ainsi qu'avec la prescription de contraception. D'ailleurs, avoir un médecin traitant semble associé au fait d'avoir un meilleur suivi gynécologique (80,5% vs 65,5%)(1).

Les actes gynécologiques les plus fréquemment réalisés en cabinet de médecine générale concernent : la contraception, la grossesse et la ménopause(2).

Il est intéressant de noter que les femmes consultent en moyenne 3,6 fois par an un médecin généraliste pour motif gynécologique, ce chiffre étant croissant avec l'âge (entre 2,5 et 5,5) (2).

Ceci s'explique entre autres par les difficultés d'accès aux consultations chez les gynécologues liées à la démographie médicale : 1,25 gynécologues obstétriciens et 1,57 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants en 2020 versus 124,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants (3).

Les médecins généralistes sont donc de plus en plus amenés à prendre en charge le suivi gynécologique de leurs patientes. D'ailleurs, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français précise que « les spécialistes de la gynécologie-obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens systématiques et de dépistage, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause »(2).

L'intérêt pour la consultation de gynécologie en médecine générale est donc grandissant, jusque dans la formation des internes et futurs médecins généralistes. En effet, depuis 2017 et la réforme du 3eme cycle des études médicales, le stage en santé de la femme au cours de la phase d'approfondissement est devenu obligatoire pour la validation de la maquette de DES de médecine générale(4).

Le premier motif de consultation gynécologique en médecine générale est la prescription de contraception. Le choix peut se porter sur différentes méthodes. L'efficacité d'une méthode contraceptive est évaluée d'après le nombre de grossesses non désirées pour 100 femmes, dans le cadre d'une utilisation correcte et régulière (indice de Pearl). D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on peut considérer comme "très efficace" une contraception ayant un taux de grossesses non désirées inférieur à 1 pour 100 femmes lors de la première année d'utilisation(5).

Avec ce critère, les méthodes contraceptives jugées comme très efficaces sont donc : les contraceptions hormonales (pilules, implants, patchs, anneaux..), les dispositifs intra utérins et la stérilisation définitive (féminine ou masculine). À l'inverse, sont considérées comme moins efficaces les méthodes dites "naturelles" ainsi que les préservatifs, spermicides, capes cervicales, diaphragmes (5).

La contraception représente un problème de santé publique puisqu'elle concerne 71,9% des femmes de 15 à 49 ans fertiles, actives sexuellement, et sans désir de grossesse, soit plus de 7 femmes sur 10. Parmi ces femmes, 8% seulement déclarent ne pas utiliser de contraception pour éviter une grossesse, ce chiffre étant stable depuis 2013(6). La couverture contraceptive en France est donc élevée, une des plus élevées d'Europe.

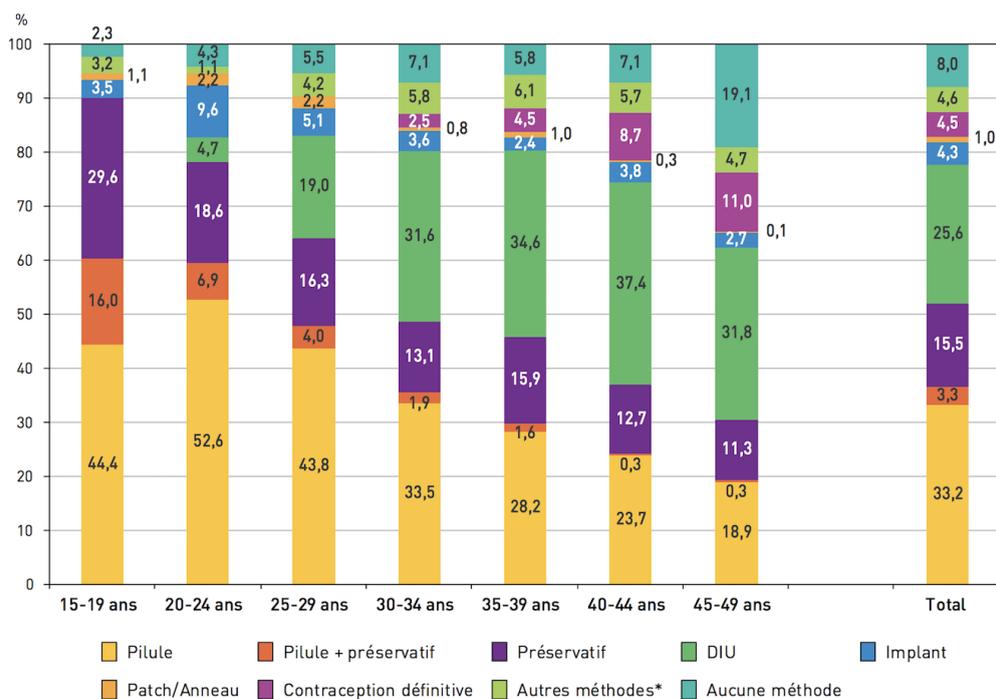
Entre 2012 et 2013, on observe en France une crise médiatique sur les pilules de 3e et 4e générations, après la plainte d'une jeune femme contre un laboratoire pharmaceutique en raison d'un accident thrombo-embolique au cours de l'utilisation d'une pilule oestro-progestative de 3eme génération. Ceci aboutira par la suite au déremboursement de celles-ci par la sécurité sociale en mars 2013(7). Les impacts de ces évènements sur le modèle contraceptif français ont été évalués par l'enquête FECOND, en 2013 (8). Les résultats de l'étude ont montré une amorce

d'assouplissement de la norme contraceptive, à travers une modification des comportements des femmes, ainsi qu'une diminution de la réticence des médecins à prescrire le DIU chez les jeunes femmes, même si les niveaux d'utilisation restaient faibles. Par contre, il n'avait pas été observé de modification du modèle contraceptif chez les moins de 24 ans sans enfant, notamment de l'utilisation du DIU.

Depuis 2013, les évolutions se poursuivent, comme le montre le baromètre santé 2016 de l'INPES. On remarque une légère baisse de l'utilisation de la pilule chez les 20-29 ans, au profit principalement du préservatif et du Dispositif Intra Utérin (DIU), puis des méthodes naturelles(9).

Chez les 20-24 ans, l'utilisation du préservatif seul a doublé entre 2013 et 2016, et cette tendance à la hausse s'observe également chez les 25-29 ans(6). Pourtant c'est une méthode contraceptive ayant un écart important entre son efficacité théorique (indice de pearl = 2) et son efficacité réelle (indice de pearl = 15), du fait de son utilisation complexe (risque de rupture ou de mauvaise mise en place)(10). C'est donc une méthode ayant un taux d'échec important, utilisée par la classe d'âge la plus à risque de grossesse non désirée du fait d'une fertilité accrue.

**FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge**



En France, la pilule reste finalement depuis de nombreuses années la méthode contraceptive la plus utilisée, devant le DIU et le préservatif(11), notamment chez les 15-19 ans où elle est la plus prescrite par les professionnels de santé. La tendance s'inverse au profit du DIU à partir de la tranche d'âge 30-44 ans, fortement liée à la parité.

En parallèle, le nombre de recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) reste stable depuis plusieurs années. On note même une légère augmentation en 2019 avec 232 200 actes effectués en France, ce qui représente 1 IVG pour 3 naissances. Et avec 29,7 IVG pour 1000 femmes en 2019, c'est la tranche d'âge 20-29 ans qui est la plus concernée (12).

Ceci s'observe malgré un accès facilité à la contraception d'urgence, la contraception gratuite et anonyme chez la mineure, et le remboursement de la grande majorité des contraceptifs(13).

Il semblerait donc qu'entre la prescription et la bonne utilisation des différentes méthodes contraceptives il y ait une zone non maîtrisée par le corps médical.

Le Dispositif Intra Utérin (DIU) est la méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde. Il existe sous deux formes : le DIU au cuivre et le DIU hormonal (au levonorgestrel). Il fait partie, avec l'implant contraceptif, des contraceptions dites de longue durée d'action réversible (LARC =Long-Acting Reversible Contraception).

Le DIU au cuivre agit par deux mécanismes : l'inhibition de la fécondation par un effet cytotoxique sur les gamètes, et l'inflammation locale de l'endomètre empêchant la nidation. Son autorisation de mise sur le marché pour les nullipares date de 2004(14).

En 2013, dans son document de synthèse sur les méthodes contraceptives, l'HAS réprecise que le DIU au cuivre peut être prescrit en première intention, quel que soit l'âge ou la parité de la femme (5).

Le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) a également émis en 2018 des recommandations en ce sens pour promouvoir l'utilisation de la contraception intra-utérine chez toutes les femmes(15).

Simple d'utilisation, ils permettent de s'affranchir des contraintes liées à l'observance de la prise pendant plusieurs années.

Tout ceci pourrait faire du DIU une méthode de choix pour la contraception féminine. En particulier chez les jeunes femmes.

Pourtant, il persiste des freins à sa prescription chez les jeunes femmes nullipares, notamment par les médecins généralistes, évoquant le risque de GEU et d'infections génitales hautes(16). D'ailleurs, moins de 10% des DIU sont prescrits par des médecins généralistes(17).

La prescription du DIU chez la jeune femme nullipare est une question d'actualité en matière de contraception. Elle s'intègre entièrement dans la consultation de gynécologie, notamment en médecine générale.

Pour notre étude, nous nous sommes intéressés aux internes de médecine générale, futurs médecins de demain. Nous avons étudié d'une part leur ressenti vis à vis de la consultation de gynécologie en médecine générale, à travers leur vécu et leurs expériences en stages, et d'autre part leurs représentations sur le cas particulier de la prescription du DIU chez la jeune femme nullipare. Ceci afin de mieux appréhender leurs attentes en matière de formation à la gynécologie médicale.

## **2. Matériel et méthodes**

### **2.1. type d'étude**

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons fait le choix d'une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés, auprès d'internes de médecine générale, de septembre 2020 à février 2021.

Nous avons choisi cette méthode pour traiter notre problématique car c'est celle qui semblait la plus adaptée. En effet, en recherche qualitative l'objectif est de comprendre des phénomènes subjectifs, étudier des ressentis, des émotions, des expériences, des comportements... (18). C'est donc une démarche inductive, qui n'a pas pour objectif de quantifier un effet.

### **2.2. recherche préalable**

Une recherche bibliographique sur la thématique de recherche a été faite au début du travail de recherche, avant la réalisation des entretiens. Celle-ci a été volontairement limitée afin de minimiser les préjugés pour ne pas orienter les réponses des internes interrogés lors des entretiens.

Elle a ensuite été reprise à la fin du codage des entretiens afin d'étayer les théories et concepts émergents.

Elle a été réalisée à l'aide de plusieurs banques de données : SUDOC, PUBMED, GOOGLE, GOOGLE SCHOLAR, CAIRN, le site de la HAS, de l'OMS et de Santé Publique France.

En parallèle, une documentation approfondie sur l'analyse qualitative a été effectuée, afin d'améliorer la formation de l'investigatrice à cette méthodologie de recherche.

### **2.3. population étudiée**

Nous avons choisi d'interroger des internes de médecine générale de la faculté d'Aix-Marseille, appartenant à la nouvelle réforme de l'internat (ECN 2017 et ultérieur).

Cette réforme du 3eme cycle a rendu le stage de gynécologie obligatoire dans la maquette de médecine générale. Cela nous a donc paru pertinent de cibler

cette population, les internes étant forcément concernés par le sujet (échantillonnage raisonné).

Les premiers internes interrogés ont donc été sollicités par email, contact téléphonique ou de vive voix, puis l'échantillonnage s'est fait par "effet boule de neige" afin d'obtenir une population hétérogène et variée. Des relances ont parfois été nécessaires. Tous les participants ont été inclus sur la base du volontariat.

En effet, en recherche qualitative le but n'est pas d'avoir un échantillon représentatif d'une population étudiée (randomisation), mais plutôt de cibler une population concernée par le sujet/théorie émergente et d'en obtenir un panel diversifié.

De la même manière, en se référant à la méthodologie de la recherche qualitative, le nombre de sujets à inclure dans l'étude n'a pas été déterminé "a priori". Il s'est imposé de lui-même lors de la saturation des données. Autrement dit lorsqu'aucune nouvelle information pertinente n'est apparue sur plusieurs entretiens successifs.

Afin de ne pas influencer le recrutement des participants, la question de recherche n'était pas annoncée avant le début des entretiens. Les participants étaient informés de la thématique générale du sujet : la gynécologie en médecine générale, et plus précisément la contraception s'ils demandaient plus de détails.

## **2.4. recueil des données**

### **2.4.1. description du guide d'entretien**

Le recueil de données s'est fait à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien (annexes 5 et 6).

Le guide ou canevas d'entretien est composé de plusieurs questions courtes, simples et ouvertes. Il sert de fil conducteur à l'entretien et vise à aborder tous les thèmes principaux de l'étude, du plus large au plus précis(19).

Un premier guide d'entretien a été réalisé au début de l'étude et validé par notre directrice de thèse. Ce guide se compose de questions ouvertes, en entonnoir, avec relances et reformulations utilisées si nécessaire.

Il a été testé sur un interne appartenant à l'entourage de l'investigatrice, lui permettant ainsi de s'entraîner et d'adapter les questions, afin d'améliorer la fluidité des entretiens suivants.

Ce guide a par la suite évolué au fur et à mesure des entretiens.

#### **2.4.2. réalisation des entretiens**

Les entretiens individuels, semi-dirigés, ont été réalisés entre septembre 2020 et février 2021. Ils étaient menés systématiquement par l'investigatrice, ayant le double rôle de poser les questions et de recueillir les réponses, dans une posture neutre et une écoute active et empathique.

Une majorité des entretiens s'est déroulée en visioconférence du fait de la situation sanitaire de la COVID 19.

Chaque entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone ainsi que de l'application dictaphone d'un Ipad (double enregistrement) puis retranscrit mot pour mot (*verbatim*) à l'aide du logiciel Microsoft Word.

Pour ne pas perturber l'entretien, la prise de note était limitée au strict nécessaire (réactions non verbales, silences..).

En début d'entretien, une information était donnée au participant, lui présentant le thème de recherche, le principe de l'entretien et l'anonymisation des données. Le consentement de chaque participant était demandé au début de l'entretien.

Pour garantir l'anonymisation des données, une lettre et un numéro étaient attribués à chaque participant dès la retranscription de l'entretien, et les enregistrements étaient effacés par la suite.

La saturation des données a été obtenue lors de l'entretien n°8, confirmée par l'entretien n°9.

#### **2.5. analyse des données**

L'analyse qualitative des données a été réalisée selon la méthode de la théorisation ancrée de P. Paillé, adaptée de la *Grounded theory* de B. Glaser et A. Strauss. Cette méthodologie de recherche est fondée sur une comparaison

constante entre les données d'analyse et les données du terrain et dont le but est la construction d'une théorie à partir de données empiriques(20).

Dans un premier temps, nous avons procédé à un codage ouvert (ou longitudinal), permettant d'étiqueter chacun de nos *verbatim*. Ensuite un codage axial (ou thématique), afin de permettre la création de catégories. Puis un codage sélectif, correspondant à une mise en relation des catégories dans le but de faire émerger des théories. Pour finir nous avons réalisé une modélisation des résultats.

Une triangulation des données a été réalisée par le double codage des entretiens.

Tout le long de l'étude, un journal de bord a été tenu par l'investigatrice, contenant chronologiquement des notes de terrain, le développement de la recherche ainsi que ses ressentis et opinions.

## **2.6. éthique**

Chaque participant de l'étude a été sélectionné sur la base du volontariat, et son consentement systématiquement demandé avant le début de l'entretien. Il avait la possibilité d'annuler sa participation à l'étude à tout moment. L'anonymisation des réponses était effectuée dès la retranscription par l'attribution d'une lettre et d'un chiffre (lx) avant l'effacement de l'enregistrement.

### 3. Résultats

#### 3.1. population étudiée

##### 3.1.1. caractéristiques des internes étudiées

Parmi les internes interrogés, 6 étaient des femmes et 3 des hommes. Leur âge allait de 27 ans à 31 ans, avec une moyenne de 27,6 ans. Tous étaient en dernière année d'internat de médecine générale à la faculté d'Aix-Marseille.

À savoir, une des internes (I6) n'avait pas encore réalisé son stage de gynécologie, cette information ne nous était pas connue avant la réalisation de l'entretien.

interne	sexe	âge	année d'internat	stage de gynécologie	futur exercice	activité gynécologique envisagée
I0	M	29	3e	PMI	libéral	ne sait pas
I1	F	27	3e	PMI	libéral	oui
I2	F	27	3e	hospitalier	libéral	oui
I3	F	27	3e	PMI	libéral	oui
I4	M	27	année de thèse	hospitalier	libéral	oui
I5	F	27	3e	hospitalier	mixte	oui
I6	F	27	3e		libéral	ne sait pas
I7	F	31	3e	hospitalier	mixte	oui
I8	M	27	3e	hospitalier	libéral	oui

##### 3.1.2. caractéristiques des entretiens

Sur les 9 entretiens, 3 sont déroulés en tête à tête dans une pièce calme et fermée, soit au domicile de l'investigatrice, soit celui de l'interne. Les 6 autres entretiens se sont déroulés par appel téléphonique avec visioconférence du fait du contexte sanitaire.

Les entretiens ont duré entre 17,16 minutes et 47 minutes, pour une moyenne de 32,31 minutes.

### **3.2.   ressenti des internes vis à vis de la gynécologie**

#### **3.2.1.   l'interne et sa vision de la gynécologie**

##### **3.2.1.1.   la place de la gynécologie dans sa pratique**

Il est intéressant de noter que certains internes n'envisageaient pas de pratiquer la gynécologie lorsqu'ils se projetaient dans leur exercice futur avant de débiter l'internat.

I0 : "je n'envisageais pas du tout de faire de la gynécologie"

Et finalement, après 3 ans d'internat, leur avis a changé. Pour les autres l'idée de pratiquer la gynécologie était déjà présente depuis le début de leurs études. Plus précisément, la pratique qu'ils aimeraient développer est la réalisation de frottis cervico-utérins, et pour certains la pose de DIU et d'implants.

I0 : "je me suis dis que je pourrai faire des frottis, poser des implants"

I6 : "c'est une pratique que je voudrais intégrer dans mes consultations."

Pour autant, ils s'interrogent sur le temps nécessaire à dédier à cette pratique, et ne veulent pas axer leur activité professionnelle uniquement sur la gynécologie.

I5 : "je ne voudrais pas forcément centrer ma pratique la dessus."

I3 : "oui mais pas exclusive"

Dans l'ensemble, ils se sentent plutôt à l'aise avec la gynécologie, et présentent même une appétence pour les gestes techniques.

I1 : "J'adore poser des DIU, poser des implants"

I3 : "j'aime bien les gestes"

### 3.2.1.2. la place centrale du médecin généraliste

Il est indéniable que le médecin généraliste a une place particulière dans le suivi de ses patients. Du fait de la relation de confiance qui s'installe entre eux, il devient même un interlocuteur privilégié. C'est une notion qui est revenue régulièrement dans les entretiens avec les internes.

I7 : "on est là pour les accompagner, les guider."

I8 : "[les patients suivis sont] des gens qu'on connaît, donc une relation de confiance, et quand ça touche à de la gynéco je pense que ça peut être une bonne chose"

Qu'ils souhaitent développer ou non une activité gynécologique plus tard, les internes de notre étude étaient unanimes sur l'importance de rôle du médecin généraliste dans la santé de la femme. C'est un rôle grandissant du fait de difficultés d'accès aux consultations spécialisées et d'un constat d'un manque de suivi gynécologique chez de nombreuses patientes.

I5 : "il a pratiquement le même rôle qu'un gynéco libéral"

I2 : "malheureusement il y a des femmes qui n'ont pas de suivi gynécologique"

C'est avant tout un rôle de prévention et de dépistage, qui, au-delà de l'intérêt qu'il suscite chez les internes, apparaît comme important et est pris très à cœur.

I3 : “c’est intéressant parce qu’il y a pas mal de chose à faire en terme de dépistage, avec les frottis et le dépistage du cancer du sein”

I8 : “c’est vraiment notre rôle parce qu’on les voit souvent donc penser à ce que le suivi et le dépistage soit fait je pense que c’est notre rôle.”

En particulier avec les dépistages des cancers gynécologiques (sein et col de l’utérus), à travers la réalisation du frottis cervico-utérin, la palpation mammaire, la prescription de mammographie.

I2 : “tout ce qui est dépistage du cancer du col, dépistage du cancer du sein..”

I2 : “proposer si elles sont d’accord, au moins le frottis et la palpation des seins, c’est la base quoi”

Cela passe alors par un suivi, si possible annuel, avec également abord de la contraception, suivi de grossesse, prévention des infections sexuellement transmissibles.

I6 : “Donc le suivi annuel des femmes, la contraception, la prévention sur les MST, voila je sais qu’on peut faire aussi les frottis, les poses de contraception, implants, stérilets, et retrait..”

### **3.2.1.3. aborder des sujets complexes**

La gynécologie en médecine générale met parfois l’interne face à des situations difficiles ou complexes. En abordant la sphère de l’intime et de la sexualité entre autres.

I4 : “Pour moi la gynéco ça touche une sphère privée”

I8 : “Quand on aborde la sexualité ça reste un sujet délicat”

Ces situations ont tendance à mettre mal à l'aise les internes, d'autant plus qu'ils manquent d'expérience vis-à-vis de ces sujets.

I0 : “c'est difficile d'aborder ces sujets avec les patientes quand on n'est pas à l'aise..”

Mais ce n'est pas pour autant que ces sujets ne doivent pas être traités, cela apparaît même nécessaire d'utiliser la consultation de suivi gynécologique pour aborder des sujets plus difficiles comme les infections sexuellement transmissibles, les interruptions volontaires de grossesse, les violences conjugales...

I1 : “en arriver à pouvoir parler de sexualité, de difficultés, de violence, de choses comme ça.”

I1 : “Parce que je trouve que la gynécologie c'est un peu comme un prétexte pour pouvoir aborder des questions de sexualité, de violences faites aux femmes..”

### **3.2.2. l'interne et la consultation de contraception**

#### **3.2.2.1. le déroulement d'une consultation**

Pour tous les internes, la consultation de contraception “type” se déroule de la même manière. Il s'agit tout d'abord de réaliser un interrogatoire précis, afin de connaître au mieux la patiente : ses antécédents et la recherche de contre indications à certains contraceptifs, son histoire de vie et ses besoins en matière de contraception, l'état de ses connaissances sur le sujet.

I5 : “quels sont ses a priori et ses représentations de la contraception.”

La patiente est au centre de la consultation et une grande importance est donnée à l'information. Cela passe systématiquement par la présentation et l'explication des différentes méthodes contraceptives.

I1 : "je prends beaucoup de temps pour expliquer les différents types de contraception."

I5 : "précisant parfois des points qu'elles n'avaient pas vraiment compris."

Du moins des 3 méthodes les plus utilisées : pilules, implants contraceptifs et DIU.

I6 : "bon après je ne pense pas tout lui présenter non plus je pense plutôt les 3 dont on a parlé déjà : le stérilet l'implant la pilule"

En s'aidant au besoin de ressources documentaires que la patiente pourra consulter chez elle.

I4 : "j'oriente assez facilement sur le site « choisirsacontraception.com", c'est un site que j'aime bien parce qu'il résume bien les différentes méthodes de contraception."

Le tout dans une approche globale de la patiente.

I6 : "voir un peu avec elle ce qui correspond le mieux à sa vie"

En cas de doute, il arrive parfois que l'interne utilise internet pendant la consultation, afin d'apporter l'information la plus juste.

I1 : "je peux même vérifier devant la patiente, ça ne me pose pas de souci"

Les internes s'accordent assez facilement pour reconnaître l'importance de la contraception en médecine générale.

I0 : "on ne peut pas choisir de faire ou ne pas de la prescription de contraception. C'est de la prévention c'est super important, c'est presque obligatoire de savoir prescrire correctement la contraception."

### 3.2.2.2. habitudes et facilités de prescription

Dans l'ensemble, les internes semblent plutôt à l'aise avec la prescription de contraception.

I3 : "J'ai pas trop de difficultés"

Ils admettent cependant une plus grande facilité à renouveler une contraception. En prenant soin de vérifier l'absence de contre-indication, la tolérance et l'efficacité du traitement. En particulier pour les contraceptifs oraux. C'est d'ailleurs une pratique qu'ils ont l'habitude de faire.

I4 : "Renouveler une contraception, évaluer tout ce qui est tolérance et efficacité du traitement tout ça oui."

I7 : "souvent je renouvelle la pilule de la patiente, en lui demandant si elle la tolère bien"

I3 : j'ai plus souvent renouvelé des contraceptions qu'introduit des contraceptions"

On ne peut pas vraiment dire qu'ils ont des préférences de prescription, mais les 3 méthodes contraceptives les plus évoquées sont les contraceptifs oraux, les implants et les DIU. Le préservatif n'a été abordé qu'une seule fois.

I1 : “je peux prescrire un peu tout; des pilules, des implants, des DIU..  
majoritairement c’est ça”

I6 : “c’est les 3 vers lesquels j’irai plus facilement.”

Il n’y a pas de hiérarchisation faite entre ces 3 méthodes, elles sont équivalentes.

I3 : “je les mets sur le même pied d’égalité”

I7 : “j’en ai pas une que je préfère personnellement”

Mais en termes de fréquence, c’est les contraceptifs oraux qui sont les plus souvent prescrits, notamment la pilule oestro-progestative.

I7 : “c’est vrai que c’est la pilule que je prescris le plus”

I8 : “la pilule c’est ce qu’on prescrit le plus facilement”

Sans pouvoir expliquer une préférence pour cette méthode, c’est quand même la contraception orale que les internes proposent le plus souvent en première intention.

I2 : “les pilules, puis les stérilets”

I4 : “En général à cet âge là, moi je partirai plutôt sur une pilule.”

I5 : “je dirais les pilules, ça reste la contraception qui vient en premier à l’esprit”

Pour autant ils se disent particulièrement à l’aise avec la prescription du DIU, dont ils vont parler assez facilement, entre autres du fait de sa fiabilité.

I1 : “je les prescris assez facilement les DIU”

I4 : “je parle assez souvent du DIU, ça reste la méthode la plus fiable”

Les méthodes les moins souvent abordées avec les patientes sont les méthodes naturelles, jugées peu efficaces, et la stérilisation définitive.

I1 : “Une fois j’avais parlé de contraception définitive, mais bon ça m’arrive pas souvent.”

I4 : “Souvent je passe rapidement sur les méthodes qui à mon sens ne sont pas très efficaces, comme le retrait, les calculs selon le cycle..”

Pour parler de ces 3 principales méthodes contraceptives (contraception orale, implant et DIU), les internes se sentent à l’aise parce qu’ils en maîtrisent les connaissances théoriques de base.

I5 : “pour des conseils ou choses comme ça j’ai que la théorie”

I8 : “je connais dans les grandes lignes”

### 3.2.2.3. le bon choix

Les internes prennent très à cœur l'information claire et loyale de leurs patientes en matière de contraception. C'est important pour eux de tenir compte également de l'avis de leurs patientes.

I7 : "c'est souvent que j'écoute la patiente sur ce qu'elle a essayé auparavant, ce qu'elle aimerait essayer, qu'on discute un petit peu"

Du temps est accordé à l'écoute de leurs envies et représentations, et ils respectent autant que possible leurs choix.

I3 : "en conseillant plutôt selon les particularités de la patiente, tout en lui laissant la possibilité de choisir, avec toutes les cartes en main pour faire le bon choix."

I5 : "j'essaierai je pense de savoir ce qu'elle connaît en matière de contraception pour voir un peu ce qu'elle a déjà entendu, quels sont ses a priori et ses représentations de la contraception."

Ils tiennent beaucoup à rester neutres dans la décision de prescription. Ils sont plusieurs à évoquer la peur d'influencer le choix de leur patiente.

I1 : "j'espère que j'arrive à être assez neutre en termes d'explications, et que donc elle choisit bien en connaissance de cause."

Une fois qu'ils estiment que la patiente détient toutes les connaissances nécessaires, c'est à elle de faire son choix.

I0 : "au final on respectera toujours le choix de la patiente"

I8 : “lui donner toutes les cartes en main pour qu’elle puisse décider en fonction de ses besoins et envie la contraception qui lui convienne”

I8 : “ça implique de connaître assez bien les différents types de contraception pour pouvoir les expliquer et qu’elle prenne une décision qui soit éclairée.”

Finalement, l’avis personnel de l’interne sur les différentes méthodes importe peu dans le choix final.

I8 : “notre part dans la décision est relativement faible”

D’ailleurs, selon plusieurs internes, les femmes qui consultent pour une demande de contraception savent déjà à l’avance celle qu’elles aimeraient.

I5 : “Je dirais qu’en consultation les femmes viennent déjà avec une idée de ce qu’elle veulent, c’est rare qu’elles n’aient aucune idée de ce qu’elles souhaitent comme contraception”

I8 : “j’ai l’impression qu’elles arrivent malgré tout avec une idée de contraception derrière la tête.”

La raison principale au libre choix de la patiente, c’est de permettre une meilleure adhésion à la méthode choisie, afin d’avoir la meilleure observance possible.

I3 : “il faut que la femme elle choisisse le moyen où elle est sûre que ça va lui convenir”

I7 : “c’est le risque de ne pas avoir du tout de contraception que d’imposer un type qui ne lui convient pas”

### 3.2.3. l'interne et sa vision du DIU

#### 3.2.3.1. les avantages

Le DIU semble offrir plusieurs avantages d'après les internes interrogés.

Il est tout d'abord considéré comme une méthode de contraception fiable voir très fiable.

I4 : "ben quand on parle de contraception je parle assez souvent du DIU, ça reste la méthode la plus fiable"

I8 : "je trouve que c'est plus fiable quand même "

En le classant dans la catégorie des contraceptifs réversibles de longue durée d'action, il permet particulièrement de pallier aux oublis de prise.

I3 : "c'est une méthode intéressante parce qu'il n'y a pas d'oubli, donc ça c'est bien"

I7 : "ça permet d'éviter les oublis de pilule, ça permet de ne pas forcément penser à sa contraception de façon quotidienne."

Il apparaît alors moins contraignant.

I6 : "y a pas besoin d'y penser, on le pose pour 5 ans et on est tranquille"

I8 : "on le met et on n'y pense plus"

Il peut être retiré à tout moment, même en cours d'utilisation.

I7 : “je leur dis qu’on peut l’enlever à tout moment, même avant la fin, si y a un désir de grossesse”

Il peut servir de contraception d’urgence.

I8 : “Et ça peut servir de contraception d’urgence.”

Le DIU au cuivre fait partie des contraceptions “non hormonales”, et a l’avantage de répondre à la demande de plus en plus forte des patientes, notamment jeunes, de ne plus prendre d’hormones.

I1 : “si elle me dit que c’est pour les hormones, plutôt un DIU au cuivre”

I8 : “quasiment à chaque fois elles demandaient le DIU au cuivre et très souvent la motivation c’était de limiter la quantité d’hormones.”

Conscients d’une certaine “hormonophobie” chez les patientes, il est d’ailleurs intéressant de voir que les internes ne sont pas réticents à ces craintes, et qu’ils respectent entièrement les croyances de leurs patientes, sans forcément les partager.

I1 : “c’est sa croyance aussi, je vais pas chercher à démontrer que peut être c’est mieux tel que tel”

I6 : “ça ne me choque pas que les patientes veulent se passer d’hormones”

À savoir aussi, qu’entre le DIU au cuivre et le DIU hormonal, les internes ne montrent pas de préférence. Ils adaptent la prescription à la patiente, et auraient plus tendance à prescrire le DIU hormonal aux patientes ayant des cycles très abondants.

I1 : “Et comme pour moi le DIU au cuivre est aussi bien que l’hormonal, pour moi y’ a pas de souci”

I6 : “entre le DIU cuivre et hormonal la seule différence pour moi c’est sur l’abondance du flux”

### **3.2.3.2. un avis favorable chez le jeune femme nullipare**

En ce qui concerne le DIU, les internes sont unanimes : il s’agit d’une méthode contraceptive adaptée à toutes les femmes, quel que soit leur âge et leur parité.

I0 : “pour moi y a pas de profil de patiente qui contre indique le DIU”

I5 : “Mais ça ne me pose pas de souci de mettre un stérilet à une jeune fille de 23 ans, qui est sûre d’elle, même une nullipare”

I7 : “même si elle n’a pas eu d’enfant, elle peut avoir le stérilet, c’est pas réservé à la femme qui a déjà accouché”

Ils trouvent même un certain intérêt à le mettre en avant chez les jeunes femmes qui, selon eux, ont plus tendance à oublier leur pilule. L’aspect contraignant de la pilule et le risque de grossesse non désirée en cas d’oubli est alors une bonne raison de préférer le DIU.

I6 : “pour moi la pilule c’est pas vraiment un très bon moyen de contraception car ça demande trop de régularité”

I8 : “les jeunes sont plus enclin à oublier leur pilule”

La nulliparité n'est pas non plus un réel frein à la prescription du DIU, puisqu'il existe des dispositifs plus petits.

I4 : “je ne vois pas vraiment le souci avec le fait qu'elle soit nullipare...”

I6 : “il y en a des plus petits qui sont justement adaptés a la femme qui n'a jamais eu d'enfant”

Sur le principe, les internes sont tous favorables à prescription du DIU chez la jeune femme nullipare lorsque celle-ci le demande.

I0 : “Mais je ne me limiterai pas dans la prescription, si la patiente veut un DIU le lui marquerait”

I1 : “moi y a pas de souci pour la prescription !”

I3 : “la prescription ça ne me gêne pas”

Le DIU apparaît même comme une méthode contraceptive qu'il faudrait plus mettre en avant et valoriser.

I1 : “c'est super important de continuer et que des médecins généralistes posent des DIU”

I5 : “c'est très fiable, que ça permet de ne pas penser à sa contraception jours après jours et que ça permet d'être protégée des années, c'est une contraception idéale je dirais.”

I7 : “je pense que ce n’est pas assez fait”

### 3.2.3.3. l’évolution des pratiques

Les internes ont conscience d’une certaine modification des habitudes de prescription depuis quelques années en matière de contraception. En particulier pour le DIU. Entre autres par leurs interactions en stage avec des praticiens plus âgés.

I0 : “ils me disaient qu’on ne pouvait pas mettre de DIU chez une femme qui n’avait pas eu d’enfant”

I6 : “avant on ne recommandait pas de le poser chez les femmes qui n’avaient jamais eu d’enfant”

Ils avancent l’idée que les freins à la prescription du DIU chez la jeune femme nullipare est une question générationnelle.

I3 : “je crois que c’est plus une idée reçue pour les quarantennaires je dirais, où on ne pouvait pas mettre de stérilet aux femmes qui n’ont pas eu d’enfant.”

Ces représentations sont selon eux également partagées par les patientes plus âgées.

I2 : “je me suis rendue compte que les générations de nos mamans pensent que le DIU c’est pas pour les primipares”

Et selon eux, ces idées reçues n'existent plus aujourd'hui chez les jeunes médecins. Par exemple concernant le risque infectieux et le risque d'infertilité ultérieure.

I2 : "Alors que maintenant voilà on le met très facilement pour toutes les dames, qu'il n'y a pas d'inquiétude à avoir, qu'il n'y a aucun risque par rapport à la fertilité"

I8 : "Déjà pour ce qui des infections, à part au moment de la pose il n'y a pas de sur-risque"

### **3.3. les freins**

#### **3.3.1. liés à l'interne**

##### **3.3.1.1. pour la pratique de la gynécologie**

###### **3.3.1.1.1. l'impact du genre**

Dans l'approche de la gynécologie en médecine générale, le genre (homme ou femme) peut avoir des conséquences. Que ce soit sur l'activité en elle-même ou sur le déroulé des consultations. Les internes hommes interrogés ont systématiquement rencontré des difficultés lors de leurs stages en gynécologie ou en libéral lorsqu'il s'agissait de consultation abordant la santé de la femme. Ils ont notamment dû faire face à des refus de patientes pour qu'ils assistent aux consultations.

I8 : "la seule patiente qui est venue pour une pose de stérilet elle n'a pas voulu que je sois là"

Le fait d'être un homme est même un facteur limitant pour certains à la pratique de la gynécologie en médecine générale.

I0 : "Je pense que le statut de médecin homme limite, puisque même après en

cabinet de médecin générale les femmes viennent moins voir un médecin homme pour parler de gynéco”

I4 : “c’est un peu particulier, parce que je suis un homme et souvent il y a un côté gênant pour les femmes de se faire examiner par un homme”

En comparaison, les internes femmes ont tendance à aller dans le même sens, et remarquent que les médecins hommes font peu de gynécologie en cabinet libéral.

I7 : “les autres médecins c’est pratiquement que des hommes donc ils ne s’en occupent pas du tout”

Elles trouvent qu’il est plus facile de pratiquer la gynécologie en médecine générale en tant que femme. Et même, les femmes médecins auraient une meilleure compréhension des problèmes féminins et un plus grand intérêt porté à la santé de la femme que les médecins hommes.

I3 : “J’ai l’impression qu’on a presque une complicité avec les patientes, on se comprend”

I3 : “Peut être que le fait d’être une femme peut sensibiliser..”

Le genre du médecin aurait même un impact sur les choix de prescription en matière de contraception.

I6 : “notre affect et notre histoire personnelle en tant que femme joue un peu plus dans ces choix de contraception. Et qu’un garçon lui ne ferait pas de différence”

### 3.3.1.1.2. les conditions pour pratiquer la gynécologie

Pratiquer la gynécologie en cabinet de médecine générale demande en premier lieu une maîtrise de l'examen clinique (toucher vaginal, examen au speculum). Celui-ci apparaît indispensable, même s'il n'est pas nécessaire à chaque consultation.

I6 : "Faut être capable de faire un examen complet, même si c'est pas obligatoire à chaque consultation mais quand même"

Ensuite cela demande de l'organisation : du temps, car les consultations de gynécologie sont considérées comme plus longues, et de la communication avec ses patientes pour les informer de la possibilité de faire leur suivi gynécologique au cabinet.

I1 : "j'essaierai vraiment de prendre le temps pour ça."

I6 : "ça mérite bien 2 consultations"

I3 : "déjà je signalerai aux patientes que je peux faire des frottis, suivre des grossesses dans une certaine mesure"

Parce qu'il semblerait que la plupart des patientes ne soient pas informées de la possibilité de suivi par leur médecin généraliste.

I6 : "les patientes sont moins habituées à ce que les médecins généralistes fassent le suivi gynéco aussi, pour l'instant"

Et pour finir cela demande de l'expérience, qui pour le moment ne semble pas acquise par les internes interrogés.

I0 : “il faut une certaine expérience pour le faire bien.”

I5 : “il y a des subtilités qui viendront avec l’expérience”

I6 : “en tant que professionnelle j’ai pas beaucoup d’expérience avec des patientes de gynéco”

### **3.3.1.1.3. les limites à la pratique de la gynécologie**

La problématique de la légitimité du médecin généraliste vis-à-vis du spécialiste en gynécologie revient souvent dans nos entretiens. Pour une des internes il est même indispensable d’avoir un DU de gynécologie pour pallier ce manque de légitimité.

I0 : “laisser le travail aux gynécologues”

I7 : “cela permet de dire “ je me suis un peu spécialisée en gynéco du coup je peux d’avantage vous faire des consultations de gynéco ”

Au-delà de la légitimité, dès qu’il s’agit de situations considérées comme plus complexes, les internes préfèrent passer la main au spécialiste.

I6 : “dès qu’il y a quelque chose qu’on trouve anormal je pense qu’il faut adresser à un gynéco”

Les situations évoquées sont par exemple la découverte de cancer, les frottis anormaux et les poses de DIU.

I4 : “ça veut dire que lorsque le problème devient gênant, quand il y a... je sais pas, par exemple des frottis anormaux, là tu passes la main”

Au risque même parfois de se cantonner à un rôle de “dépannage”

I0 : “c’est sympa de rendre service quand le gynéco ou la sage femme n’est pas disponible”

### **3.3.1.2. à la prescription de la contraception**

#### **3.3.1.2.1. difficultés/manque d’expérience**

Lorsque l’on creuse la question de la prescription de contraception, on se rend compte que finalement les internes ne sont pas forcément à l’aise avec toutes les méthodes contraceptives. Ces freins sont en premier lieu liés à un manque d’expérience vis à vis de certains gestes, allant de l’examen gynécologique aux poses d’implants et DIU.

I0 : “Retrait d’implant je déteste ça parce que moi à chaque fois c’était laborieux”

I8 : “je ne me sentirai pas de les faire au cabinet tout seul, même si je les ai vu”

C’est lorsqu’ils sont mis en situations (cas clinique simple) que ces doutes apparaissent. Ils manquent d’assurance et de confiance en eux.

I0 : “c’est difficile d’aborder ces sujets avec les patientes quand on n’est pas à l’aise..”

I5 : “je ne me sens pas forcément à l’aise avec toutes les notions”

Ils constatent des lacunes dans leurs connaissances. Ces lacunes et ces doutes, provenant selon eux d'un manque de formation théorique.

I4 : "déjà de base je trouve qu'on est pas très bien formé sur la contraception"

I6 : "je suis pas assez formée en amont"

C'est le cas par exemple pour la prescription de contraceptif oral, avec pour plusieurs d'entre eux, une maîtrise limitée des différents types de pilule, de leurs indications et contre indications.

I1 : "souvent j'ai besoin de me refaire un check des contre indications dans les pilules"

I4 : "les différentes pilules.. tout ça c'est un peu flou"

Le manque de pratique clinique régulière est aussi fréquemment évoqué comme frein à la prescription de contraception.

I5 : "je n'ai pas encore vraiment été confrontée à la contraception, tout ce qui est problème chronique"

I7 "j'ai pas eu à faire beaucoup de prescription de contraception"

Ce manque d'expérience est une préoccupation récurrente chez les internes.

I8 : "je ne me suis jamais retrouvé dans une situation où je devais prescrire une contraception moi même."

I2 : “J’ai quand même l’impression d’avoir encore pleins de choses à apprendre”

### **3.3.1.2.2. première prescription de contraception**

Certains internes disent être en difficulté face à l’initiation d’une toute première contraception.

I4 : “Du coup moi j’ai quasiment jamais initié une contraception donc je ne suis pas très à l’aise, je ne connais pas très bien les produits”

Des stratégies pour contourner le problème sont alors parfois mises en place. Comme laisser le choix à la patiente.

I7 : “prescrire une première pilule c’est vrai que je fais un peu comme les patientes elles me disent”

La question médico-légale de la consultation de contraception chez la mineure a été abordée par un interne. Le doute portait alors sur la nécessité d’avoir un accompagnant majeur pour permettre la prescription d’une contraception.

I1 : “Je ne sais pas si en cabinet de médecine libérale, il faut une autorisation légale d’un majeur..? Enfin peut-être pas forcément d’un parent? Il faudrait que je recréuse, je ne me souviens plus!”

## **3.3.2. liés au DIU**

### **3.3.2.1. l’ambivalence**

On remarque une certaine ambivalence dans les réponses des internes concernant le DIU chez la jeune femme nullipare.

I0 : “peut être que ça va me limiter.. mais bon en théorie ça ne devrait pas”  
“je suis un peu tiraillé”

I3 : “ben je suis mitigée”

Bien qu'ils disent ne voir aucun inconvénient à sa prescription, ils reconnaissent qu'en pratique ces jeunes femmes repartent souvent avec un contraceptif oral.

I1 : “Mais par contre je vais quand même lui proposer de façon égale la pilule.”

I3 : “peut être que je lui dirai que c'est mieux la pilule.”

Cela serait en partie liée à une plus grande facilité de prescription des contraceptifs oraux. Tout d'abord une facilité pour le prescripteur.

I6 : “je comprends que ce soit plus facile de prescrire des comprimés”

I1 : “peut être qu'on espère qu'elle choisisse elle la pilule pour ne pas nous mettre nous en difficulté”

Mais également pour les jeunes femmes, qui demanderaient plus souvent la pilule qu'un DIU comme moyen de contraception, par conditionnement social : c'est la méthode la plus connue, ainsi que par facilité d'utilisation.

I2 : “enfin elles sont surtout demandeuses de la pilule”

I7 : “c'est plus facile de prendre une pilule”

Selon les internes, contrairement au DIU, la pilule serait plus simple d'utilisation et mieux acceptée par les jeunes patientes. Le DIU serait alors demandé par les jeunes femmes qui ont vécu des "échecs" dans leur précédente contraception (oublis, effets indésirables..)

I5 : "c'est quand cette méthode là échoue qu'elles se dirigent vers le DIU ou l'implant"

De la même manière, bien qu'ils reconnaissent qu'il existe des idées reçues sur le DIU et la jeune femme nullipare, ils ont parfois du mal à ne pas partager un peu ces représentations. Notamment lorsqu'ils sont mis face à une situation clinique où une patiente les interroge sur le risque infectieux ou le risque de stérilité ultérieure.

I0 : "ce risque de salpingite j'y pense, même si les études disent que le DIU n'est pas un facteur favorisant, j'ai quand même un peu cette petite angoisse."

I0 : "c'est peut être des idées reçues, mais le fait de se dire qu'on met un corps étranger."

I8 : "j'aurai peur de dire des bêtises sur le fait qu'il n'y pas de risque d'infections ou sur la fertilité"

Comme souvent leurs doutes proviennent d'un manque de connaissance.

I6 : "je ne connais pas complètement les contre indications du stérilet au cuivre"

I4 : "je ne suis pas très au fait des recommandations actuelles"

### 3.3.2.2. les inconvénients

Parmi les principaux inconvénients attribués au DIU, on retrouve la douleur à la pose, qui serait plus importante chez les jeunes femmes nullipares.

I0 : “à la PMI, j’ai vu quelques petits malaises vagues”

I5 : “quelques fois ça a quand même été douloureux”

Il semblerait même que pour certains internes la pose chez la jeune femme nullipare serait plus difficile en plus d’être douloureuse.

I1 : “J’ai plus un souci avec la pose, où c’est beaucoup plus difficile”

En comparaison à d’autres méthodes , la contraception intra utérine apparaît comme plus invasive.

I1 : “peut être que c’est parce que dans ma tête c’est du moins invasif ou plus invasif...”

Aussi, le DIU serait une méthode source de préoccupations nécessitant une plus grande acceptation de la part des patientes.

I0 : “je trouve qu’il y a beaucoup plus de préoccupations autour du DIU”

I6 : “ça demande un peu plus d’acceptation par les patientes”

I8 : “je pense qu’il y a un peu d’appréhension quand on te dit qu’on va te mettre un corps étranger dans l’utérus ça peut faire un peu peur”

### 3.3.2.3. les peurs

On retrouve plusieurs sources d'inquiétude et de peurs en lien avec le DIU chez les internes interrogés. En tout premier lieu, la peur du geste technique : la pose.

I0 : "ah non non non moi je ne serais pas en confiance. Pareil pour l'implant"

I4 : "Je serai pas à l'aise pour en poser même si je connais la théorie.."

C'est une peur qui touche presque tous les internes, même ceux ayant déjà posé un DIU auparavant.

I1 : "Même quand je le pose, je me demande toujours s'il est bien posé.. c'est toujours très très stressant. Je suis pas à l'aise avec la pose."

Il y a aussi la peur d'une majoration des douleurs et saignements de règles avec le DIU cuivre.

I4 : "un DIU au cuivre qui peut augmenter des douleurs de règles ou les saignements"

I7 : "parfois le stérilet au cuivre peut majorer les saignements des règles, peut faire plus de douleur de règles"

De façon un peu plus rare, des internes ont évoqué la peur du risque infectieux chez les femmes ayant des comportements sexuels à risque, le risque d'échec avec grossesses intra-utérine et extra-utérine (GEU).

I0 : "je fais surtout attention pour le DIU si elles ont des partenaires multiples ou

des antécédents d'IST”

I8 : j'ai déjà vu 3 grossesses sous DIU, donc ça n'inspire pas forcément la confiance”

Le DIU apparaît alors comme un facteur de sur-risque de GEU.

I6 : “peut être le risque de grossesse extra utérine qui est un peu plus fréquent.”

I7 : “le risque de grossesse extra utérine qui est plus majoré”

Concernant la peur du risque d'expulsion, un interne évoque la question de l'utilisation de la coupe menstruelle, avec un doute sur la sécurité d'utilisation lors de la contraception par DIU.

I0 : “ça me fait évoquer le problème de la cup, parce que c'est pas mal utilisé chez les jeunes filles et du coup pour l'instant on n'a pas trop de réponse par rapport à l'utilisation avec le DIU”

Un seul interne évoque une expérience de perforation utérine dont il aurait entendu parler.

I8 : “avant le stage les seules expériences de DIU que j'avais c'était les mauvaises expériences mais je pense que c'est normal c'est celles qui marquent le plus, c'était des perforations au moment de la pose”

### 3.3.2.4. les conditions pour le prescrire et le poser

Tous les internes s'accordent à dire qu'il est plus simple de faire la prescription et la pose par le même médecin, notamment pour la patiente, lui évitant ainsi de devoir prendre un rendez-vous avec un autre professionnel de santé.

I3 : "je l'envoie vers une personne de confiance pour lui poser"

I6 : "de pouvoir prescrire et poser soi même c'est quand même plus simple pour les patientes"

Une condition sine qua none pour pouvoir effectuer des poses de DIU en cabinet de médecine générale est l'acquisition d'une certaine expérience afin de maîtriser le geste technique.

I5 : "j'aimerais quand même avoir de l'expérience avant de pouvoir en poser"

I8 : "j'ai jamais fait moi même donc.. ça c'est peut être des gestes que je me verrais bien faire mais pas pour l'instant car je ne pense pas avoir les compétences"

C'est une expérience qu'ils n'ont pour la plupart pas encore acquise lors de leurs différents stages.

I3 : "je ne sais pas faire. j'ai pas vraiment eu de formation sur ça, et d'ailleurs ça m'a manqué dans mon stage en PMI."

I5 : "je ne sais pas si avant la fin de mon internat je vais avoir beaucoup d'expérience pour poser des stérilets"

Ils estiment alors devoir se former à la pose après l'internat, à travers des formations continues ou des diplômes universitaires (DU).

I2 : "euh non, non mais j'avoue que sans formation je ne serais pas à l'aise de poser un stérilet"

I3 : "Plus tard si je trouve une formation, pour revoir les gestes pourquoi pas les poser"

La question de la gestion du temps est également évoquée comme condition pour prescrire le DIU, le choix d'une contraception intra-utérine ne peut se faire en une seule fois et nécessite de revoir la patiente pour la pose.

I0 : "Le DIU c'est un moyen de contraception qui nécessite une suite de prise en charge. Que je trouve plus galère que les autres méthodes"

I6 : "Après ça mérite bien 2 consultations, l'une pour discuter du moyen de contraception, et la deuxième pour le mettre en place."

Toujours concernant la pose, et afin de limiter la douleur chez la nullipare, des internes partagent l'intérêt de la connaissance de certaines techniques.

I1 : "sur la méthode de la torpille, une fois que tu connais ça tu vas peut être être plus à l'aise pour le poser chez les nullipares, comme tu n'utilises pas la pozzi, tu as moins peur de faire mal"

Le DIU nécessitant obligatoirement un examen gynécologique, il ne peut se faire sans l'adhésion et la confiance de la patiente envers son praticien.

I8 : "Ça nécessite un examen gynéco assez approfondi à partir du moment où tu

dois mettre un spéculum pour voir le col. C'est quand même plus intrusif que de prendre un petit cachet tous les jours"

Ensuite, avant de prescrire un DIU, il faut vérifier l'absence de contre-indication chez la patiente, quel que soit son âge et sa parité d'ailleurs. Il s'agit alors pour les internes, de vérifier que la patiente n'est pas enceinte, qu'elle ne présente pas de malformation utérine ni d'infection génitale en cours.

I0 : "déjà faut pas que la patiente soit enceinte, voila donc je fais un test de grossesse"

I1 : "faire des bHCG ou un test urinaire, pour être sur qu'il n'y ait pas de grossesse débutante"

I3 : "si elles n'ont pas de contre indication ou quoi, s'il n'y a pas de malformation utérine et qu'elles sont bien informées que cela peut augmenter le flux des règles"

I7 : "avant de le poser il faut vérifier certaines choses comme chlamydia, gonocoque.. ce genre de chose là"

Pour finir, la question du médico légal est revenue une fois de plus. À savoir, la méconnaissance de l'interne du droit à réaliser la pose du DIU sans formation spécifique type DU.

I6 : "je ne sais si quand on est à l'aise avec les gestes c'est suffisant; enfin en terme médico légal"

### **3.3.2.5. les limites**

De part ces peurs et ces conditions d'utilisation, il apparaît chez certains internes un sentiment de limitation à la prescription du DIU ou au suivi d'une jeune femme désirant ce mode de contraception. Cette limite serait renforcée par l'idée que les femmes demandeuses de DIU seraient plus suivies par un spécialiste en gynécologie.

I0 : "C'est juste qu'après dans la pose je suis limité, donc ça va m'embêter de suivre la patiente qui veut un DIU. ça peut nous faire mettre des méthodes de contraception de côté."

I2 : "quand elle ont les stérilets, c'est souvent qu'elles ont un gynéco qui les suivent"

I8 : "elles vont directement voir la gynéco"

## **3.4. les attentes des internes**

### **3.4.1. en stage**

#### **3.4.1.1. ses expériences positives**

Pour les internes interrogés, la découverte de la gynécologie s'est faite soit lors de l'externat, soit lors de leur stage en "santé de la femme", en 2eme ou 3eme année d'internat.

La plupart des internes interrogés ont exprimé un ressenti positif vis-à-vis de leur stage de gynécologie, qu'il ait été réalisé en service hospitalier ou en PMI/libéral. De la même manière, pour ceux ayant pu pratiquer de la gynécologie au cours de leur stage chez le praticien ou SASPAS, les avis étaient plutôt positifs.

I7 : "j'avais adoré, j'avais découvert une passion pour la gynécologie"

Au-delà du ressenti, ils ont également exprimé un intérêt pour celui-ci.

I5 : “c’était intéressant”

Du fait de l’implication de leurs séniors ou d’internes de gynécologie plus âgés dans leur formation.

I1 : “La gynécologue qui m’encadrait était super, elle m’a vraiment fait aimer la gynécologie.”

Mais surtout du fait de la participation à des consultations abordant la gynécologie médicale, telle que le suivi de la femme, et la réalisation de gestes techniques comme le frottis, la pose/retrait d’implant ou de DIU.

I7 : “oui c’était des consultations, j’étais avec une interne de gynécologie médicale, je ne consultais pas seule”

I5 : “c’était surtout des frottis et des suivis de grossesse, c’est moi qui menais la consultation et qui faisais les gestes”

I2 : “j’ai quand même appris à poser des implants.. à retirer un stérilet..”

I7 : “Ça m’a appris des trucs, comme poser un stérilet”

#### **3.4.1.2. ses expériences négatives**

Pour une autre partie des internes interrogés, les premiers pas avec la gynécologie ont été difficiles.

I2 : "Plutôt des premières semaines assez difficiles"

Entraînant pour quelques uns un ressenti négatif, voire un sentiment de solitude.

I4 : "je ne suis pas très fan de la façon dont ça s'est organisé. Donc j'ai pas franchement aimé"

I2 : "bon c'était le stage qui voulait ça mais si tu veux on était un peu laissés seuls"

Ces sentiments étaient renforcés par le manque ou l'absence de participation à des consultations, abordant le suivi gynécologique, la contraception, et également la réalisation de gestes techniques. Les internes ayant évoqué ces ressentis estimaient alors que le stage hospitalier était trop éloigné de la pratique de la médecine générale en cabinet.

I4 : "on n'avait pas la possibilité d'assister à des consultations malheureusement, non"

I2 : "tout ce qui est.. justement consultation de contraception.. pose de stérilet.."

I2 : "on n'a pas finalement de moment pour apprendre à faire des frottis ou à placer un stérilet"

I8 : "Là pour l'instant en stage j'ai pas fait énormément de gestes"

I8 : "beaucoup d'hospit', de cancéro, donc assez éloigné de la médecine générale.. c'était des choses très spécialisées"

### 3.4.2. l'acquisition des compétences pour la prescription de contraception

Malgré cela, la plupart des internes sont d'accord pour dire qu'ils ont appris à prescrire la contraception en stage.

I0 : "c'est vraiment ce stage actuel en PMI qui m'a formé en matière de prescription de contraception"

I3 : "déjà j'ai bien appris à comment faire l'interrogatoire, initier une première contraception, la modifier si jamais elle est mal tolérée ou pas pratique pour la patiente"

I3 : "Et du coup c'était quand même principalement des consultations de contraception et d'information sur les contraceptions et les MST"

Plus précisément, certains rapportent l'apprentissage de techniques de pose de contraceptif comme le DIU.

I1 : "j'ai appris des techniques de pose de DIU, comme la torpille"

L'apprentissage de la contraception par les internes interrogés vient donc d'une part des stages (gynécologie et médecine libérale)...

I0 : "c'est le passage en stage qui nous forment le plus"

I1 : "c'est vrai que j'ai beaucoup appris à la PMI."

...et des formations théoriques complémentaires d'autre part, en cours à la faculté.

I0 : “j’ai fait tous les cours sur la santé de la femme, où on nous parle de contraception (...) donc ça c’était pas mal”

I7 : “j’avais choisi santé de la femme, du coup là on avait revu pas mal de choses niveau contraception c’était pas mal”

ou par autoformation sur son temps libre, révision de chapitre de cours dans les livres de préparation à l’examen classant national (ECN).

I7 : “j’ai dû me replonger dedans pour le stage”

I3 : “Et ce que j’ai organisé c’est que lors d’une semaine où j’avais un peu des trous, je suis allée avec une gynécologue en ville.”

Parmi les compétences acquises en matière de contraception, un seul des internes interrogés trouve que c’est principalement la pilule qui est abordée en cours.

I7 : “on nous apprend plus à prescrire la pilule”

### **3.4.3. les perspectives de formations complémentaires**

Dans le but d’améliorer leurs compétences en matière de gynécologie et de contraception, plusieurs des internes interrogés réfléchissent à la réalisation de formations complémentaires, dans le cadre de la formation médicale continue (FMC).

I4 : “je sais qu’il y a pas mal de formations continues, notamment en gynéco”

De la même façon, un questionnement sur la possibilité de faire le DU de gynécologie est revenu à plusieurs reprises.

I7 : “après là du coup je réfléchis au DU de gynéco”

Une formation complémentaire qu'ils n'ont pas concrétisée lors de l'internat, sans toutefois l'oublier complètement.

I1 : “j'avais envisagé au début de faire un DU de gynécologie, mais pour l'instant j'ai pas concrétisé le truc même si c'est dans un coin de ma tête”

Notamment afin de se former aux gestes tels que la pose de DIU.

I2 : “pourquoi pas faire des formations pour la pose de stérilet tout ça, mais là je pense qu'il faut voir avec les DU.”

Parce que sans cette formation complémentaire, certains s'interrogent sur le droit à pratiquer la gynécologie en cabinet de médecin générale.

I6 : “je sais pas si c'est assez suffisant pour le faire ensuite en cabinet ou s'il faut une formation en plus.”

#### **3.4.4. ses besoins en matière de formation à la contraception**

La plupart des internes interrogés ressentaient un besoin de plus se former à la prescription de contraception. Pour certains cela était indissociable d'une meilleure formation à l'examen gynécologique.

I6 : “il faudrait vraiment que je me forme sur l'examen gynéco avant. l'examen

gynéco et la contraception ça va ensemble”

Ce besoin de formation a été évoqué par tous les internes de l'étude. L'idée de cours théoriques sur la contraception est souvent revenue dans les réponses, avec parfois la notion de cours "obligatoires". Des cours qui pourraient se dérouler à la faculté ou bien en stage directement. Le fait de faire ces cours en stage apparaissait d'ailleurs comme logique.

I2 : "un cours dédié à la contraception ça serait pas mal"

I4 : "autant faire des cours en stage"

I7 : "peut être que le cours sur la santé de la femme devrait être obligatoire"

D'autres propositions ont été faites, comme le fait d'assister à plus de consultations abordant le thème de la contraception, par exemple avec les sages-femmes des services de gynécologie.

I6 : "faire des consultations avec des sages femmes"

Ou bien par la promotion de stages de gynécologie en cabinet libéral, ce qui selon les internes interrogés serait plus proche de la pratique de la médecine générale.

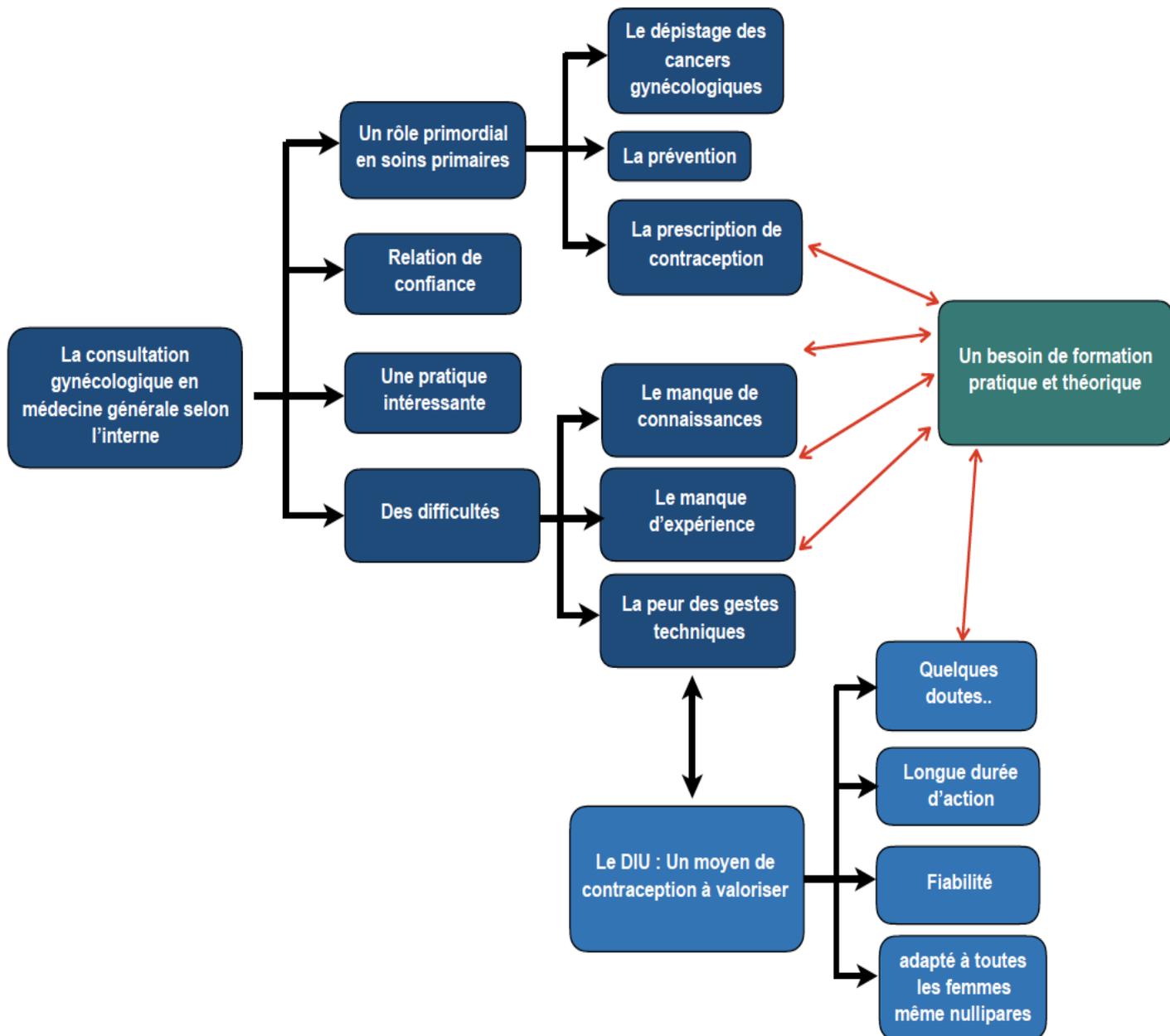
I5 : "ce serait une bonne chose qu'il y ait plus de stage en gynécologie libérale parce que finalement c'est ce qui va se rapprocher le plus de notre future pratique."

L'idée de travaux dirigés (TD) en petits groupes et de jeux de rôles leur semblait aussi intéressante pour de les mettre plus à l'aise avec la prescription de contraception.

I8 : "ça serait bien d'avoir une formation ou des TD pour apprendre a la faire."

I0 : "Des jeux de rôles où on se met en situation clinique. Je trouve que ça permet d'être en confiance pour le pratiquer ensuite en cabinet"

### 3.5. modélisation des résultats (annexe 8)



## **4. Discussion**

### **4.1. validité de l'étude**

#### **4.1.1. forces**

Notre étude peut être considérée comme novatrice car, à notre connaissance, il n'existe pas de données de la littérature sur les représentations des internes de médecine générale sur la prescription du DIU chez les jeunes femmes nullipares. La récente réforme du 3eme cycle des études médicales et son impact sur la formation des internes de médecine générale à la consultation gynécologique en fait également un sujet d'actualité.

Dans ce contexte, le choix de la recherche qualitative prend tout son intérêt. Interroger les internes de médecine générale sur leur vision, leur opinion et leur vécu de la prescription du DIU chez les jeunes femmes nullipares permet d'analyser leur approche de la consultation gynécologique en médecine générale. Et ainsi de mieux appréhender leurs attentes vis-à-vis de leur formation théorique et pratique, afin d'en proposer des pistes d'amélioration.

C'est d'ailleurs du fait du recueil d'un grand nombre de données que nous avons décidé d'élargir le sujet de recherche afin de présenter les résultats de manière la plus exhaustive possible. C'est là une des forces de la recherche qualitative, l'obtention de réponses riches et parfois inattendues.

Concernant la validité interne de l'étude, nous nous sommes astreint à respecter au mieux les lignes directrices COREQ(21).

Comme décrit dans les résultats, les internes interrogés ont été choisis pour les premiers au hasard puis par "effet boule de neige" permettant un échantillon hétérogène et varié.

L'investigatrice, bien qu'interne elle-même, n'était pas concernée par la réforme du 3eme cycle des études médicales et donc pas directement concernée par le sujet. Elle n'avait pas de lien particulier avec les internes interrogés.

Le guide d'entretien composé de questions ouvertes, relances et reformulations a été testé avant de débiter les entretiens. Les entretiens ont tous

été enregistrés et retranscrits mots à mots, et des notes de terrain (*carnet de bord*) ont été réalisées à la fin de chaque entretien et tout au long du travail de recherche afin d'en effectuer un suivi.

L'étude s'est poursuivie jusqu'à l'obtention d'une saturation des données attestant de l'exhaustivité des réponses.

La triangulation des données à travers un double codage, effectué par une collègue chercheuse, était concordante à 90%.

Nous n'avons pas eu à signaler d'abandon parmi les participants.

#### **4.1.2. faiblesses**

Une première limite de notre étude concerne le manque d'expérience de l'investigatrice en recherche qualitative, n'ayant jamais réalisé d'entretien semi dirigé auparavant. Malgré une formation théorique par lecture d'ouvrages spécialisés, ceci a pu causer une perte de données.

Du fait du contexte sanitaire lié à la COVID 19, une majorité des entretiens a dû se dérouler par appel téléphonique et visioconférence. Cela associé à un enregistrement audio uniquement, une limitation à l'interprétation des données, notamment non verbales, ne peut être exclue.

Considérant la retranscription mot à mot des *verbatim*s suffisamment fidèle, il n'a pas été demandé de relecture des entretiens par les participants.

Concernant l'interprétation des *verbatim*s, elle comporte forcément une part de subjectivité, bien qu'inhérente à la recherche qualitative. D'ailleurs l'investigatrice étant interne elle-même et intéressée par le sujet, bien que non concernée par la réforme du 3eme cycle, une influence de ses propres représentations est possible. D'où l'utilisation d'un guide d'entretien et la réalisation d'un entretien test pour maintenir le plus de neutralité possible.

L'analyse des données s'est faite manuellement à l'aide du logiciel EXCEL et non d'un logiciel spécifique, mais non obligatoire, à la recherche qualitative.

Les internes interrogés étant tous volontaires, il est possible d'avoir privilégié des internes plus préoccupés par le sujet que d'autres. Afin de limiter ce biais de

sélection au maximum, l'intitulé exacte de la question de recherche n'était pas annoncé avant l'entretien.

À propos de la validité externe de l'étude, nous n'avons pas retrouvé de données de la littérature pré-existantes sur les représentations des internes sur la consultation gynécologique en médecine générale ni sur la prescription du DIU chez les jeunes femmes nullipares.

## **4.2. confrontation des résultats aux données de la littérature.**

### **4.2.1. la consultation gynécologique en médecine générale**

L'objectif de la pratique de la gynécologie en soins primaires est double : pallier au déficit de gynécologues et favoriser l'accès au dépistage d'un plus grand nombre de femmes.

Ce rôle est bien assimilé par les internes que nous avons interrogés dans notre étude. Il s'agit selon eux d'un rôle essentiel de prévention, qui passe par la réalisation du frottis cervico-utérin (pour le dépistage du cancer du col de l'utérus), la palpation mammaire et la prescription de mammographie (pour le dépistage du cancer du sein), la prescription de contraception ainsi que la prévention du risque d'IST. Le suivi de grossesse et la prise en charge de la ménopause n'étaient quasiment pas abordés alors qu'ils représentent, après la contraception, les actes les plus pratiqués en médecine générale(2). Ces réponses ne semblent pas être influencées par le genre de l'interne, ni par le lieu de réalisation du stage de gynécologie (hospitalier ou libéral).

Ceci est cohérent avec les études sur le ressenti des médecins généralistes installés : 87% d'entre eux se reconnaissent dans leur rôle de dépistage et de prévention concernant le suivi des femmes, d'après le travail de G. Levasseur, C. Bagot et C. honnorat portant sur l'activité des médecins généralistes bretons(22).

Concernant l'impact du genre, les données de la littérature sont discordantes, M. Saidani, dans son travail de thèse(23), ne retrouve pas de lien significatif entre le genre du médecin et sa pratique ou non de la gynécologie en médecine générale (examen gynécologique, pose et retrait de DIU, frottis cervico utérin, prescription de contraception, suivi de grossesse, ménopause). Contrairement à la revue de la

littérature de H. Guyomard, où 11% des femmes médecins auraient une activité gynécologique versus 7% des hommes médecins, avec une différence significative dans la réalisation de gestes techniques tels que le FCU et le toucher vaginal(1).

Dans nos entretiens, nous avons relevé que les freins à la pratique de la gynécologie en médecine générale concernaient le manque de connaissances théoriques, le manque d'expérience et l'aspect chronophage supposé de la consultation gynécologique. Il est intéressant d'observer ces mêmes freins chez les médecins généralistes installés(1).

La notion de relation médecin-patiente dans le cadre de la pratique de la gynécologie apparaît d'autant plus importante qu'elle touche un pan intime de la santé de la femme. Nous avons vu que cette intimité pouvait être source de difficultés à la pratique de la gynécologie pour les internes interrogés. Cette "gestion de l'intime" est d'ailleurs décrite par la sociologue Laurence Guyard comme une compétence spécifique à acquérir pour la consultation gynécologique(24). Il est à noter que cette gêne est également retrouvée chez les médecins installés(1), comme dans cette étude anglaise qui a montré que certains médecins généralistes s'interrogent sur leur légitimité à aborder la sexualité en consultation, de peur d'empiéter sur la sphère intime de leurs patientes (25). De la même manière, dans le travail de thèse de K. Lageyre sur les déterminants subjectifs et objectifs de la pratique de la gynécologie en médecine générale, il a été relevé que très peu de médecins abordent spontanément la question de la sexualité, estimant que c'est à la patiente de le faire(26).

Conscients de ces freins, les internes interrogés dans notre étude tiennent à les dépasser et assumer pleinement leur rôle d'interlocuteur privilégié, dans une approche centrée sur la patiente et son environnement.

Les données de la littérature sur le ressenti des patientes vis-à-vis de la consultation gynécologique sont nombreuses. Un sondage de 2008 réalisé par l'institut BVA pour la fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM) a mis en évidence que 15% des femmes réalisent leur suivi gynécologique chez leur généraliste. Seulement 20% des femmes estiment leur médecin généraliste assez formé en gynécologie pour assurer ce suivi(27). Leur

choix pour un suivi gynécologique étant liées avant tout aux compétences du gynécologue (46%) et à la confiance qu'il inspire (29%). Elles considèrent à 91% qu'un gynécologue est plus compétent qu'un médecin généraliste pour ce suivi.

Dans son mémoire sur les connaissances des femmes sur le suivi gynécologique de prévention en région PACA en 2018, S. Lardanchet fait le même constat concernant les sages femmes, jugées moins compétentes que les gynécologues(28).

Il existe par ailleurs une méconnaissance des patientes vis-à-vis des compétences gynécologiques des médecins généralistes, comme le montre M. Plantevin dans son travail en 2019 : sur 156 patientes interrogées, plus de 50% ne savent pas si leur médecin traitant pratique le frottis cervico-utérin(29).

#### **4.2.2. la question du DIU chez la jeune femme nullipare**

Au cours de nos entretiens, il est apparu assez clairement que les internes étaient favorables à la prescription du DIU chez la jeune femme nullipare. Ce moyen de contraception leur apparaissant comme idéal pour une jeune femme en quête d'une contraception réversible de longue durée d'action. Elle offre principalement l'avantage de pallier au risque d'oubli des contraceptifs oraux, et donc permet une meilleure efficacité. Ni l'âge ni la parité ne représentent des freins à sa prescription, et contrairement à leurs inquiétudes, ils connaissent assez bien ses contres-indications.

En 2013, l'HAS publie un récapitulatif des freins à l'utilisation des différentes méthodes contraceptives par les professionnels de santé(30). Pour le DIU, ces freins étaient liés d'une part à une méconnaissance des risques et des contres-indications de la méthode (croyance erronée que le DIU est contre-indiqué chez les nullipares, surestimation des complications types grossesses extra utérines et infections pelviennes). Et des freins liés à la pose du DIU d'autre part : formation technique insuffisante, réticences, contraintes matérielles et de temps.

Les réticences des médecins généralistes installés à la prescription du DIU chez la nullipares ont également été évaluées dans des travaux de thèses plus récents. Leurs conclusions sont identiques : même si les médecins reconnaissent

que la nulliparité n'est plus une contre indication à la pose d'un DIU, ils émettent des réserves quant aux risques plus importants dans cette catégorie de patientes, d'infections, de GEU et de douleur à la pose. Ainsi que des freins à la pose du DIU de manière générale, par manque de formation au geste technique, manque de temps et de matériel (31),(32),(33),(34). Le DIU semble être proposé en deuxième intention en cas d'oublis trop fréquents(34). Ces résultats sont relativement similaires à ceux de notre étude, sauf en ce qui concerne le risque d'infection et la douleur à la pose.

Il est aujourd'hui bien acquis que la parité ne représente plus une contre-indication à la prescription du DIU. En ce qui concerne l'âge de l'utilisatrice, l'OMS reconnaît une balance bénéfico-risque en faveur de la prescription du DIU même chez les femmes de moins de 20 ans(35). D'ailleurs, aux Etats-Unis, plusieurs organisations approuvent le DIU comme contraceptif de première intention pour les adolescentes, notamment l'American Congress of Obstetricians and Gynecologists, l'American Academy of Pediatrics et la Society for Adolescent Health and Medicine. C'est également le cas au Canada(36).

Le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) est légèrement augmenté le premier mois après la pose du DIU, mais il reste faible. Après ce premier mois, le risque est lié uniquement à l'exposition aux IST de la patiente(36). D'où l'intérêt de réaliser un dépistage de *C. Trachomatis* et *N. Gonorrhoea* avant la pose chez les femmes ayant des facteurs de risques d'IST (âge inférieur à 25 ans, changement de partenaire dans l'année, partenaire habituel ayant des partenaires multiples..). Il est à noter que le diagnostic d'infection génitale haute (IGH) sur DIU n'impose pas son retrait si l'évolution sous antibiothérapie est favorable, d'après les recommandations du CNGOF et de la SPILF de 2019 (37).

Concernant le risque de grossesse extra utérine (GEU), les données de la littérature ne sont pas unanimes. L'HAS conclut que le risque est extrêmement faible. Les recommandations du CNGOF de 2019 précisent que le DIU n'est pas un facteur de risque de GEU et qu'un antécédent de GEU ne représente pas une contre-indication au DIU (grade C)(38).

Il est intéressant de noter que la parité n'impacte ni le risque d'expulsion, ni le taux de continuation du DIU au cuivre à 1 an. Mais il est effectivement admis que la douleur à la pose est plus importante chez la femme nullipare (16).

Dans nos entretiens, la douleur à la pose, le risque de ménorragies et dysménorrhées du DIU au cuivre, n'apparaissent pas comme des freins à la prescription, mais plutôt des effets secondaires, inconvénients du DIU dont il faut informer la patiente. Puisque finalement, une fois les contres indications éliminées, le choix lui revient. Et comme l'ont relevé plusieurs des internes interrogés, la demande de prescription du DIU augmente, notamment chez les jeunes femmes nullipares.

Dans son travail de thèse par entretiens semi dirigés auprès de 14 femmes nullipares porteuses de DIU, S. Galli a recherché les motivations des patientes à choisir le DIU au cuivre comme contraception. En premier lieu il s'agissait d'un refus d'hormones exogènes, ressenties comme non naturelles, lié à un désir de mode de vie plus sain. Ensuite des convictions personnelles, l'action mécanique du DIU semblant plus physiologique et respectueuse du cycle féminin. Cette sensibilité était acquise au fil d'informations obtenues auprès de leurs proches et des médias (reportages, réseaux sociaux..). Pour finir, leur choix était motivé par les effets secondaires attribués à la contraception hormonale, jugés indésirables : prise de poids, trouble de la libido, de l'humeur.. et par la contrainte d'une prise quotidienne. Le choix de se tourner vers le DIU venait de la patiente elle-même, suite à des recherches personnelles, plutôt que sur conseil d'un professionnel de santé(39). Ces changements de mentalité ont bien été relevés par les internes interrogés dans notre étude.

Finalement, les internes interrogés ne manifestent pas de freins à la prescription du DIU chez la jeune femme nullipare, mais plutôt des réticences à le prescrire à n'importe quelle femme. Ces réticences proviennent plus de l'acte de pose en lui-même, et ce malgré un attrait pour les gestes techniques. Ils sont assez peu à l'avoir réalisé, ou bien l'ont réalisé il y a trop longtemps pour se sentir suffisamment à l'aise pour le refaire seul. Ces résultats sont cohérents avec le travail de thèse de A. Richard-Geissel, qui décrit que la majorité des étudiants en médecine

générale ne se sent pas capable de poser un DIU , soit par manque de formation, soit par appréhension de le faire seul, soit par manque de matériel(40).

#### **4.2.3. l'acquisition des compétences, la formation des internes**

De façon assez unanime, il est ressorti de nos entretiens que le besoin en matière de formation à la gynécologie des internes doit être double. D'une part, une formation théorique, par des cours à la faculté ou en stage, orientée vers la pratique du futur médecin généraliste. Et d'autre part une formation pratique en stage de gynécologie, hospitalier ou libéral. Nous avons montré que cette formation pratique devait passer par une plus grande participation à des consultations. Notamment des consultations de gynécologie médicale, abordant la contraception et le suivi gynécologique de la femme, afin de se rapprocher au mieux de la pratique du futur médecin généraliste. Ces consultations seraient également l'occasion d'observer et pratiquer des gestes techniques comme la pose de DIU.

Les études sur la formation aux gestes techniques montrent que l'apprentissage théorique isolé ne suffit pas. Dans sa thèse, C. Begoc-Kerloc'h met en évidence que les étudiants ayant participé à un séminaire sur les gestes techniques n'en font pas plus dans leur pratique ambulatoire sauf concernant le frottis cervico utérin, et qu'ils sont 51% à demander une formation complémentaire pour la pose du DIU (41).

D'après la thèse de M. Jules-Clement, La pose et le retrait de DIU semble être la compétence technique gynécologique la plus problématique à acquérir pour les étudiants de médecine générale : seuls 30% des répondants déclarent avoir acquis cette compétence, alors que 78% étaient motivés pour l'acquérir. Les difficultés à se former à la gynécologie sont alors liées au manque de terrains de stage proposés dans la discipline(42). Il est à noter que ce travail a été réalisé avant l'entrée en vigueur de la réforme du 3eme cycle des études médicales.

Les sentiments de manque de connaissance, manque d'expérience et de gêne, sont très présents chez les internes de notre étude, même en fin de formation. Ceci est responsable d'un manque de confiance en eux dans le domaine de la gynécologie, en particulier dans la pratique de la contraception, comme on l'a vu

avec la prescription du DIU. Ces facteurs émotionnels seraient d'ailleurs responsables d'un "désamour" pour la pratique des gestes techniques gynécologiques, d'après la thèse de L. Verdun sur les déterminants de la pratique dédiée à la santé de la femme dans l'exercice futur des internes de médecine générale(43).

La réforme du 3eme cycle des études médicales instaurée en 2017 a permis d'enrichir la formation gynécologique des internes de médecine générale. Le stage en santé de la femme, est aujourd'hui obligatoire pour la validation du DES(4). Aucun interne de notre étude n'était fermé à la pratique de la gynécologie, et tous ont trouvé de l'intérêt dans leur stage en santé de la femme. Il pourrait être intéressant d'évaluer dans quelques années l'impact de la réforme sur les pratiques dédiées à la santé de la femme des médecins généralistes.

Plusieurs internes ont évoqué l'idée de réaliser une formation complémentaire en gynécologie, telle que le DU. Il est vrai que les possibilités de formations complémentaires en gynécologie sont multiples : Diplômes Universitaires, formation médicale continue... Ouvertes aux internes, ainsi qu'aux médecins généralistes. Il existe notamment à la faculté d'Aix-Marseille des formations diplômantes, comme le DESIU de formation complémentaire en gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes.

Nous avons comparé la formation des internes français à la gynécologie avec d'autres pays. Au Canada, le médecin de famille est l'équivalent du médecin généraliste français. Il passe lui aussi par une formation obligatoire en santé de la femme lors de l'internat, appelé "post doctorat". Le suivi gynécologique et notamment la prescription de contraception font partie des compétences de base à acquérir. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a établi une liste des activités professionnelles de base (APB), considérées comme indispensables pour la pratique de la médecine générale. En ce qui concerne le suivi gynécologique, il s'agit de l'APB 10 : "fournir des soins en santé reproductive". Pour les gestes techniques, le CMFC estime que tous les futurs diplômés en médecine générale doivent être en mesure de réaliser la pose du DIU (44).

Dans sa thèse, A. Cruette a comparé les activités des médecins généralistes français et anglais (45). Dans le domaine du suivi gynécologique, les médecins généralistes anglais réalisent plus fréquemment les poses de DIU, pour autant ils n'ont pas de formation obligatoire en gynécologie dans leur cursus. D'après l'auteur, cette différence pourrait s'expliquer par l'absence de libre accès aux gynécologues-obstétriciens. En effet, au Royaume-Unis, les patientes doivent être systématiquement adressées par leur médecin généraliste pour consulter un spécialiste.

### **4.3. perspectives**

Les difficultés d'accès aux consultations de gynécologie médicale, du fait de la raréfaction du nombre de spécialistes, sont clairement exprimées par les patientes, avec comme conséquence un risque de défaut de suivi(29).

C'est là tout le rôle à jouer des médecins généralistes, en exposant plus clairement les possibilités de suivi gynécologique, en tant que médecin de premier recours, et la possibilité de consulter en deuxième intention un gynécologue en cas de problème plus complexe. Le développement de ce modèle de réseau de soins pourrait permettre à un plus grand nombre de femmes d'accéder à la prévention et aux dépistages gynécologiques.

En utilisant l'exemple de la prescription du DIU, le médecin généraliste pourrait réaliser la première consultation avec information et examen de la patiente, dépistage des IST si nécessaire. S'il ne souhaite pas réaliser le geste de pose, il pourrait alors s'adresser à un confrère appartenant à son réseau de soins. Il s'agirait alors d'une remise en cause de l'accès direct aux spécialistes en gynécologie et d'une généralisation du parcours de soin coordonné par le médecin traitant. Ce principe est déjà pratiqué dans certains pays européens comme au Royaume-Unis, Pays-bas, Norvège...(46)

La formation initiale et continue étant un des leviers contre les représentations erronées sur le DIU chez les nullipares, une attention toute particulière doit être portée aux informations développées dans les cours facultaires et en stage pratique. Comme proposé par l'interne I0, des exercices de mise en situation clinique et des

travaux dirigés sur mannequin avec pratique des gestes courants en gynécologie médicale (FCU, pose de DIU, pose d'implant) pourraient améliorer leurs compétences et favoriser la poursuite de la pratique de ces gestes dans leur exercice futur.

En ce qui concerne la relation médecin-malade, les différentes expérimentations sur l'utilisation de séances de jeux de rôle ont montré un haut niveau de satisfaction auprès des étudiants(47), notamment en gynécologie obstétrique(48).

La création d'un outil numérique d'aide à la consultation gynécologique pourrait être une idée intéressante, à l'instar d'antibioclic, dermatoclic, gestaclic... Il devrait comporter les dernières recommandations en termes de suivi, de dépistage et de prévention. Ainsi qu'un volet sur la contraception, avec les indications et contre indications de chaque méthode.

En considérant les progrès croissants de l'intelligence artificielle adaptée à la pratique médicale, on pourrait imaginer la création d'un algorithme qui permettrait de trouver le moyen contraceptif le plus adapté à la patiente en utilisant ses antécédents médicaux, son mode de vie, son environnement et ses désirs (refus d'hormones ou non, corps étranger ou non...). Les propres représentations du praticien ne rentrant alors plus en compte, l'information donnée et la prescription serait totalement neutre. L'importance du respect de cette neutralité étant une notion fréquemment évoquée par les internes de notre étude en ce qui concerne la prescription du DIU.

Il est néanmoins intéressant de s'interroger sur le bénéfice de cette quête de la neutralité absolue, correspondant au modèle informatif de relation médecin-patient, où le patient est seul décideur de sa santé.. En effet, pour le médecin, ignorer ses représentations, ses certitudes ou incertitudes est illusoire. Mais les reconnaître et les comprendre permet l'empathie, à l'origine de cette relation de confiance si particulière, et permet de prendre la meilleure décision pour et avec le patient.

Comme le dit Michel Lejoyeux de l'Académie Nationale de Médecine, "il n'est pas d'acte médical, aussi technique fût-il en apparence, qui ne comporte une part relationnelle et sans doute aussi émotionnelle" (49). Cette part relationnelle est essentielle et contribue au soin. Elle est très présente en médecine générale, qui a

pour mission de prendre en compte tous les problèmes de santé, dans une approche “globale” et “holistique”, selon la définition de la WONCA . “Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d’avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté” (50). La place du médecin généraliste est centrale dans ce colloque singulier, et ce d’autant plus dans les consultations abordant la gynécologie, de part leur attrait à l’intime.

## 5. Conclusion

Les futurs médecins généralistes vont être de plus en plus sollicités pour le suivi gynécologique de leurs patientes, du fait de la baisse de la population des médecins gynécologues et d'une demande plus importante des patientes. Abordant la prévention et le dépistage des cancers gynécologiques, des IST, des grossesses non désirées via la contraception, la pratique de la gynécologie en soins primaires est indispensable.

Depuis 2017 et la réforme du 3eme cycle des études médicales, le stage de gynécologie est obligatoire dans le cursus des internes de médecine générale. Ceci est un premier pas vers une meilleure formation à la consultation gynécologique. L'étude de leur vécu et de leurs représentations de la gynécologie a permis un éclairage nouveau sur leurs besoins en matière de formation. Celle-ci doit être orientée au plus près de leur future pratique ambulatoire, grâce à une plus grande participation à des consultations de suivi, de prescription de contraception, et des formations aux principaux gestes techniques : Frottis cervico utérin, poses de DIU, pose d'implant contraceptif. Les freins principaux à la pratique de la gynécologie chez les internes de médecine générale étant liés à un manque de confiance en leur connaissances et un manque d'expérience pratique.

Le regard sur la prescription du DIU chez les jeunes femmes nullipares est en train d'évoluer. Malgré quelques ambivalences chez certains, les internes ne partagent plus les fausses croyances et idées reçues sur ce moyen de contraception. La parité et l'âge n'apparaissent plus pour eux comme un frein à sa prescription. Au contraire, le DIU apparaît comme une méthode contraceptive de choix, efficace et peu contraignante, adaptée à toutes les femmes.

Leur difficulté provenant exclusivement de la pose, jugée stressante du fait d'un manque d'expérience et de confiance en eux, il est indispensable d'axer une partie de la formation en santé de la femme sur les gestes techniques gynécologiques.

Un probable changement de la norme contraceptive française pourrait alors apparaître dans les années à venir, avec le recul de la contraception hormonale au profit du DIU. La contraception orale étant progressivement mise de côté par les femmes par refus d'hormones exogènes et contraintes d'utilisation. Ce dernier point, partagé par les internes de médecine générale ainsi que par les sociétés de gynécologie françaises et internationales, place le DIU comme méthode de choix pour la contraception de toutes les femmes, indépendamment de leur âge et de leur parité.

## 6. Bibliographie

1. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de la littérature. 2019;69.
2. Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R. gynécologie et santé des femmes : quel avenir ? 2020;
3. CNOM. Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2020. 2020.
4. CNOM. La réforme du 3e cycle [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 16 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/etudiants-interne/etudes-medecine/reforme-3e-cycle>
5. Haute Autorité de Santé. Contraception : focus sur les méthodes efficaces. 2013.
6. Rahib D, Le Guen M, lydié N. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;8.
7. ministère des affaires sociales et de la santé. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0055 du 06/03/2013. 2013.
8. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Sociétés. 2014;N° 511(5):1.
9. Legleye S, Bajos N, Moreau C. Fécondité, Contraception, Dysfonctions sexuelles en France Métropolitaine. 2013.
10. l'Assurance Maladie. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. 2019 [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
11. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 déc 2018;46(12):777-85.
12. Vilain A, Allain S, Dubost C-L, Fresson J, Rey S. interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. sept 2020;
13. Darvoy E. Contraception d'urgence : dispensation en officine. 2013;6.
14. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. 2013;249.
15. Vidal F, Paret L, Linet T, Tanguy le Gac Y, Guerby P. [Intra-utérine contraception: CNGOF Contraception Guidelines]. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;46(12):806-22.
16. DIU chez les nullipares : avantages/risques. Rev Genes [Internet]. [cité 1 oct

2019]; Disponible sur:  
<https://www.revuegenesis.fr/diu-chez-les-nullipares-avantagesrisques/>

17. Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. document de synthèse. 2013.
18. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
19. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. 20:6.
20. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 27 avr 2011;(23):147-81.
21. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
22. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Sante Publique (Bucur). 2005;Vol. 17(1):109-19.
23. Saidani M. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins généralistes et des patientes. 2016.
24. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ Psychosom. 2002;no 27(3):81-92.
25. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Fam Pract. 1 oct 2004;21(5):528-36.
26. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale: étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne. :98.
27. institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. 2008.
28. Lardanchet S. Connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention : étude menée en région PACA. 24 avr 2019;71.
29. Plantevin M. Connaissances des patientes concernant les compétences gynécologiques des médecins généralistes. 2020.
30. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée.
31. Harb Juhel N, Benedini E. Représentations des médecins généralistes sur l'utilisation des dispositifs intra-utérins comme moyen de contraception chez la nullipare, étude qualitative.
32. Manzo S. Les médecins généralistes haut-normands proposent-ils le dispositif intra-utérin à leurs patientes nullipares?
33. MoskalykIgor I. L'analyse des représentations des médecins généralistes

d'Indre-et-Loire sur la prescription du dispositif intra-utérin chez les nullipares.

34. Clochey J. Difficultés et stratégies mises en place lors de la pose d'un DIU: étude qualitative auprès de médecins Généralistes et de Gynécologues en Lorraine. 2015;165.
35. OMS. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives [Internet]. WHO. [cité 24 juill 2021]. Disponible sur: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/)
36. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7 Intrauterine Contraception. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. févr 2016;38(2):182-222.
37. Brun J-L, Castan B, de Barbeyrac B, Cazanave C, Charvériat A, Faure K, et al. Les infections génitales hautes. Mise à jour des recommandations pour la pratique clinique – texte court. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. mai 2019;47(5):398-403.
38. Chabbert-Buffer N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Republication de : Contraception : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). Rev Sage-Femme. févr 2019;18(1):30-51.
39. Galli S. DIU chez les nullipares, enquête qualitative: projet, pose et vécu. :129.
40. Richard Geissel A. Place de la gynécologie dans le projet professionnel des internes de médecine générale : enquête auprès de 197 interne de médecine générale. strasbourg; 2010.
41. Begoc-Kerloc'h C. Evaluation d'une formation sur les gestes techniques du département universitaire de médecine générale de la faculté de Brest. 2011.
42. Jules Clement M. La formation gynécologique au cours du DES de médecine générale. Etude sur la faculté Paris Diderot.
43. Verdun L. les déterminants de la pratique dédiée à la santé de la femme dans l'exercice futur des internes de médecine générale. 2021.
44. Fowler N, Wyman R. Profil de formation pour la résidence en médecine de famille et les programmes de compétences avancées menant aux Certificats de compétence additionnelle. 2021.
45. Cruette A. Le contenu de la consultation de médecine générale au Royaume-Uni Une étude comparative avec la France. 2018.
46. IRDES. Accès direct aux spécialistes en 2006. Quelle évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie. 2008;22.
47. Even G. Enseigner la relation médecin-malade : Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. Pédagogie Médicale. août 2006;7(3):165-73.
48. Deffieux X, Faivre E, Frydman R, Senat M-V. Enseigner la relation

médecin–malade en gynécologie obstétrique par des séances de jeu de rôle.

49. Lejoyeux M. Contenus de la relation médecin-malade : place des modèles psychologiques. Bull Acad Natle Méd [Internet]. 2011 [cité 4 sept 2021]; Disponible sur:  
<https://www.academie-medecine.fr/contenus-de-la-relation-medecin-malade-plac-e-des-modeles-psychologiques/>
50. WONCA EUROPE. les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. 2002;52.

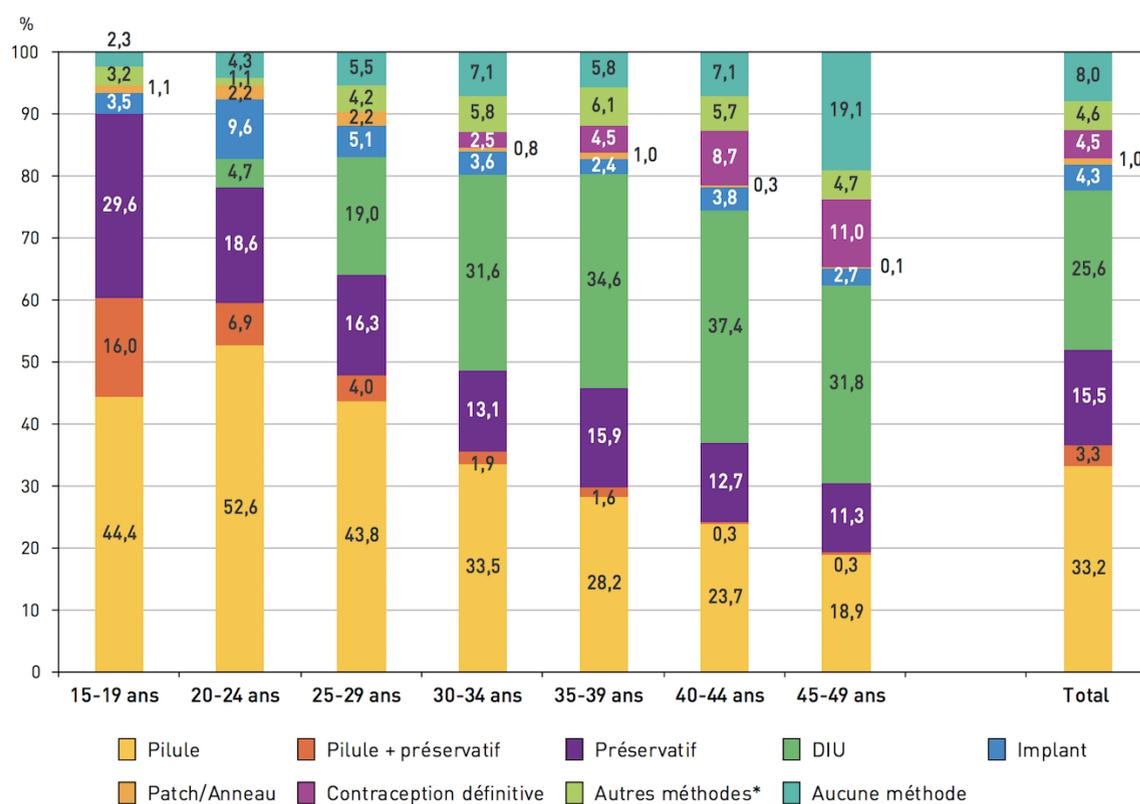
## 7. Annexes

Annexe 1 : indice de Pearl des principales méthodes contraceptives

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Œstroprogestatifs (pilule)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (extrait)

## Annexe 2 : méthodes contraceptives utilisées en France en 2016



## Annexe 3 : caractéristiques des internes interrogés

interne	sexe	âge	année d'internat	stage de gynécologie	futur exercice	activité gynécologique envisagée
I0	M	29	3e	PMI	libéral	ne sait pas
I1	F	27	3e	PMI	libéral	oui
I2	F	27	3e	hospitalier	libéral	oui
I3	F	27	3e	PMI	libéral	oui
I4	M	27	année de thèse	hospitalier	libéral	oui
I5	F	27	3e	hospitalier	mixte	oui
I6	F	27	3e		libéral	ne sait pas
I7	F	31	3e	hospitalier	mixte	oui
I8	M	27	3e	hospitalier	libéral	oui

Annexe 4 : Échelle de COREQ (d'après la traduction française des lignes directives CONSORT, d'après Goudda M, 2015)

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.**

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).**

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

## Annexe 5 : guide d'entretien initial

### coordonnées et caractéristiques de la personne interrogée :

Age :  
Sexe :  
Année d'internat :  
    ancienne réforme/nouvelle réforme  
Stage de gynécologie déjà effectué : oui/non  
    Si oui : libéral ou hospitalier  
Futur exercice envisagé : libéral ou salarié  
Activité gynécologique envisagée : oui/non

### questions :

1. Tout d'abord, j'aimerais que tu me racontes ton expérience avec la gynécologie en tant qu'interne ?  
    relances : quels stages, quelle formation universitaire, quels actes effectués..)
2. Ensuite comment envisages-tu la gynécologie dans ta pratique future ?
3. A l'heure actuelle, quelles sont tes habitudes en matière de prescription de contraception ? Où les as-tu apprises ?
4. Si DIU non évoqué : nous n'avons pas parlé du DIU ? Pour quelles raisons ? Quel est ton avis la dessus ?  
    Si DIU évoqué : Racontes-moi ton expérience en rapport avec le DIU ? (prescription, pose, retrait..?)
5. Raconte moi comment se déroule ta consultation « type » pour une demande de contraception chez une jeune femme de moins de 25 ans ?
6. Comment pourrait-on améliorer ta formation en matière de prescription de contraception ?
7. As-tu des choses à rajouter sur ce sujet ?

## Annexe 6 : guide d'entretien final

### coordonnées et caractéristiques de la personne interrogée :

Age :  
Sexe :  
Année d'internat :  
Stage de gynécologie en tant qu'externe : oui/non  
Stage de gynécologie déjà effectué : oui/non  
    Si oui : libéral ou hospitalier  
    si libéral : consultation seul ou non  
Stage MSU effectué : oui/non  
Stage ~~sas pas~~ effectué : oui/non  
Remplacements effectués ? oui/non  
Futur exercice envisagé : libéral ou salarié  
Activité gynécologique envisagée : oui/non

### questions :

1. J'aimerais que tu me racontes ton expérience avec la gynécologie ?  
    relances : formations universitaires ou autre, stages en tant qu'interne, en tant qu'externe
  2. Quel est ton rapport avec la gynécologie ?  
    relance : C'est quoi pour toi la gynécologie en médecine générale ? Quel est son champ d'action?
  2. Ensuite comment envisages-tu la gynécologie dans ta pratique future ?
  3. Comment prescris tu la contraception ?  
    relances : quelles sont tes habitudes en matière de prescription de contraception ? Où les as-tu apprises ? Facilités/difficultés
  4. Si DIU non évoqué : nous n'avons pas parlé du DIU ? Pour quelles raisons ? Si DIU évoqué : Racontes-moi ton expérience en rapport avec le DIU ?
  5. Je vais te présenter des situations cliniques que l'on peut rencontrer en médecine générale:
    - jeune femme de 17 ans, reçue au cabinet pour une demande de première contraception. Pas d'ATCD en dehors de l'asthme d'effort.
    - femme de 25 ans sans ATCD, actuellement sous pilule mais du fait de quelques oublis préférerait changer de méthode contraceptive
    - Femme de 23 ans, demande de contraception par DIU au cuivre car elle ne veut plus d'hormones
    - Femme de 25 ans aux ATCD de phlébite sur mutation du facteur V Leyden, souhaite une contraception, mais très peur du DIU car n'a jamais eu d'enfant.
- Quel est ton ressenti ? Quelle attitude adoptes-tu ? Que fais-tu ?
8. Que penses-tu de la prescription de DIU chez la jeune nullipare ?  
    relance : Pour quelles raisons refuserais-tu de prescrire un DIU chez une jeune femme nullipare de moins de 25 ans ? Quelles sont tes difficultés, facilités..?
  9. Comment pourrai-t-on améliorer ta formation en matière de contraception en soins primaires?
  10. As-tu des choses à rajouter sur ce sujet ?

## Médecine générale 2017

### Socle : 2 semestres

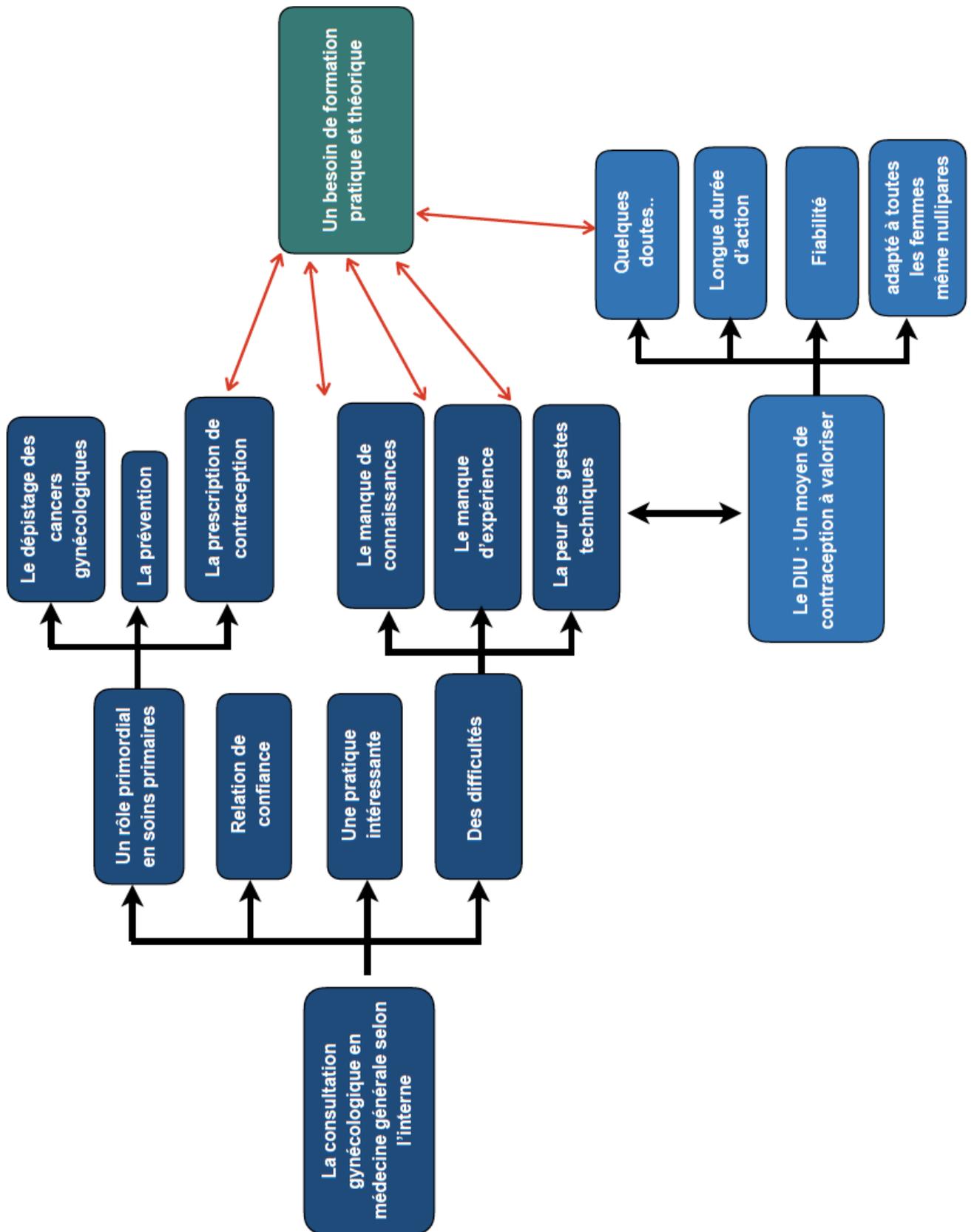
- 1 stage en médecine générale ambulatoire (niveau 1)
- 1 stage en SAU
  - Capacités de formation insuffisantes : un des 2 semestres remplacé par de la Médecine Polyvalente

### Approfondissement : 4 semestres

- **En 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> semestres**
  - 1 stage de médecine polyvalente hospitalier
  - 1 stage ambulatoire santé de l'enfant, ou hospitalier de pédiatrie
- **En 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> semestres**
  - 1 stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS ou niveau 2)
  - 1 stage ambulatoire santé de la femme ou hospitalier de gynécologie médicale
- Capacités de formation insuffisantes : possibilité de stages couplés ou mixtes

6 semestres

Annexe 8 : modélisation des résultats



## **8. Liste des abréviations**

APB : activité professionnelle de base

CMFC : collège des médecins de famille du Canada

CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens français

DIU : dispositif intra utérin

DU : diplôme universitaire

ECN : examen classant national

FNCG : fédération nationale des collèges de gynécologie

HAS : haute autorité de santé

IGH : infection génitale haute

INPES : institut national de prévention et d'éducation à la santé

IST : infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de grossesse

OMS : organisation mondiale de la santé

SPILF : société de pathologie infectieuse de langue française

# SERMENT D'HIPPOCRATE

**Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

**J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.**

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

**Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera**. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

**Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.**