



HAL
open science

Analyse de la pratique gynécologique des médecins généralistes du département des Landes : une étude quantitative descriptive

Mathilde Vanderstraeten

► **To cite this version:**

Mathilde Vanderstraeten. Analyse de la pratique gynécologique des médecins généralistes du département des Landes : une étude quantitative descriptive. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03779317

HAL Id: dumas-03779317

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03779317>

Submitted on 16 Sep 2022

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

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

Université de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2022

N°73

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2022 par

Mathilde VANDERSTRAETEN

Née le 17 décembre 1990 à Lille

**Analyse de la pratique gynécologique des médecins généralistes du
département des Landes : une étude quantitative descriptive.**

Sous la direction du Docteur Élisabeth LAMAZOU

Jury

Professeur Bernard GAY.....Président
Professeur Jean-Philippe JOSEPHRapporteur et Juge
Docteur Marco ROMEROJuge
Docteur Véronique CHEMINADE-DARMAILLACQ.....Juge
Docteur Élisabeth LAMAZOU.....Directrice et Juge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bernard GAY,

Professeur émérite du département de médecine générale de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider mon jury, merci d'avoir accepté avec un tel enthousiasme. Je tiens à vous témoigner mon respect et ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph,

Professeur de médecine générale, directeur du département de médecine générale de Bordeaux et médecin généraliste à Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ma thèse et de me faire l'honneur de juger ce travail, pour le temps consacré à la lecture de cette thèse et les remarques judicieuses que vous m'avez indiquées. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Véronique Cheminade-Darmaillacq,

Médecin généraliste à Amou pratiquant uniquement la gynécologie, détentrice d'un DU de gynécologie et d'un DIU d'échographie générale dont les modules gynécologie et obstétrique.

Merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse et d'évaluer mon travail. Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Marco ROMERO,

Maître de conférences associé du département de médecine générale de Bordeaux et médecin généraliste à Samadet.

Merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse et d'évaluer mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Élisabeth Lamazou,

Médecin urgentiste au CH de Dax.

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Après tout ce temps et toutes ces péripéties, on y est !

Pour toutes ces journées au SAU en ta compagnie, même si tu nous abandonnes beaucoup trop souvent en sorties SMUR !

A tous les médecins généralistes ayant accepté de participer à cette étude,
Je vous remercie de m'avoir accordé un peu de votre temps si précieux pour répondre à mon questionnaire.

A mes parents,

Papa, merci de nous avoir transmis ta passion pour ce métier depuis notre enfance en nous emmenant faire tes visites à moto, en nous racontant toutes ces anecdotes. Pour tous ces « Alors tu es dans les temps ? » pendant mes révisions qui pouvaient me stresser mais me motivaient d'autant plus.

Maman, merci de t'être pliée en quatre pour nous quand on rentrait le weekend, pour tous ces petits messages d'encouragements (même les messages vocaux juste pour dire que tu avais appelé) et les petites attentions du dimanche soir pour s'assurer qu'on ne manque de rien la semaine.

Grâce à vous, tout a été plus facile. Je vous aime.

A Poupette,

Merci pour ton soutien inconditionnel, pour les semaines de révisions passées à Biache et bien sûr pour les petites patates !

Je t'aime.

A Camille, ma sœur, ma confidente,

Merci d'être là en toutes circonstances, pour tous tes conseils, pour tous ces fous rires, pour ces heures passées à te regarder jouer ... Je serai toujours là pour toi.

Je t'aime.

A Simon,

Merci pour ton soutien sans faille et pour ton implication immense dans ce travail mais aussi de tous les jours. De tout cœur, merci pour tout.

A Fati et Mosti, pour tous ces moments précieux qu'on a partagés, si importants à mes yeux et que je n'oublierai jamais. On continuera de danser ensemble sous n'importe quel temps, même la pluie !

A Imane et Loïc (et Maël), pour toutes ces soirées, ces weekends et ces surprises si bien organisés par la Mama.

Rhizlan et Mohammed, pour toute la joie que vous m'apportez et de nous accueillir Camille et moi à bras ouverts, comme vos filles.

A toute la famille du Maroc, ma deuxième famille.

A Hélène et Azzedine (et Axel), notre amitié m'est chère et j'ai hâte de rencontrer votre petite merveille.

A mes amis d'internat,

Marion et Pierrick, Margaux, Thibaut et Baptiste, Philippine, Célia et Thomas, Stéphanie, Julie, Quentin, Adrien, Marie, Isabelle, Jérémy et bien d'autres. Merci de m'avoir accompagnée dans cette aventure et je l'espère dans les prochaines à venir.

A Alexia et Christophe (et Naomi), pour les apéros, les soirées Halloween, les pauses sur les berges de l'Adour (!), etc... Il faut qu'on fasse tout ça plus souvent !

A Julie, ma coloc par intermittence qui va bientôt voler de ses propres ailes ! Merci pour ton écoute, tes conseils et ces petites soirées qui font tellement de bien entre deux jours de boulot.

A mes collègues, ce n'est pas toujours évident aux urgences mais en votre compagnie tout est plus facile. Je suis ravie d'avoir une équipe comme la nôtre.

A Thomas, alias Clark (oui c'est très vieux, comme nous)

Pour m'avoir remis dans le droit chemin plus d'une fois durant toutes ces années ! Malgré la distance, rien ne change et merci d'être là.

A la bande de fous de Pau,

Nico La Nique, Tim La Boule et Lord Paulo de L.A, membres de la Rocket Company, pour ces soirées sardines, ces soirées Dudu (qu'on s'en souviendra ou non) et toutes les autres. Vous êtes fous mais qu'est-ce qu'on se marre.

A toute ma famille, malgré la distance je pense à vous.

A Calie et Roger.

*A Thibault, mon frère * ...*

SOMMAIRE

INDEX DES TABLEAUX	9
RESUME.....	11
ABSTRACT	13
GLOSSAIRE.....	15
INTRODUCTION.....	16
I. Rôle du médecin généraliste	16
II. Démographie médicale.....	16
1. Démographie des médecins généralistes.....	16
2. Démographie des gynécologues.....	17
III. Place du médecin généraliste dans la prise en charge gynécologique des patientes	17
MATERIELS ET METHODES.....	19
I. Matériels.....	19
1. Population.....	19
2. Critères d'inclusion	19
II. Méthodes	19
1. Type d'étude.....	19
2. Recrutement	20
3. Recueil des données	20
a. Déroulement de l'enquête	20
b. Questionnaire	21
4. Analyse des données	21
III. Étude de la littérature	22
RESULTATS	23
I. Caractéristiques des Médecins Généralistes	23
1. Population étudiée	23
2. Répartition des médecins selon le sexe et l'âge	25
3. Mode d'exercice et proximité avec un gynécologue.....	26
4. Nombre de consultations de médecine générale	27
5. Formation initiale et formation complémentaire.....	28
II. Caractéristiques de la pratique gynécologique.....	29
1. Pratique gynécologique globale	29
2. Pratique gynécologique selon le sexe.....	33
3. Pratique gynécologique selon l'âge.....	34

4. Pratique gynécologique selon la proximité avec un gynécologue	36
5. Pratique gynécologique selon la formation	37
6. Freins à la pratique gynécologique.....	39
7. Motivations à la pratique gynécologique	43
8. Projection sur la demande	47
DISCUSSION	49
I. Analyse des résultats	49
1. Données démographiques	49
2. Étude des résultats	49
II. Critiques méthodologiques.....	61
1. Biais de sélection.....	61
2. Biais d'interprétation.....	62
3. Biais de déclaration	62
III. Atouts de l'étude	63
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	66
ANNEXES	71
SERMENT D'HIPPOCRATE	81

INDEX DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Répartition des médecins selon le sexe</i>	<i>p 25</i>
<i>Tableau 2 : Répartition des médecins selon la tranche d'âge et le sexe</i>	<i>p 25</i>
<i>Tableau 3 : Répartition des médecins selon leur mode d'exercice</i>	<i>p 26</i>
<i>Tableau 4 : Répartition des médecins selon leur mode d'exercice et leur temps de trajet pour se rendre chez le gynécologue le plus proche</i>	<i>p 26</i>
<i>Tableau 5 : Répartition des médecins en fonction du nombre hebdomadaire de consultations de médecine générale réalisées</i>	<i>p 27</i>
<i>Tableau 6 : Répartition des médecins selon le sexe et le nombre de consultations hebdomadaires de médecine générale</i>	<i>p 27</i>
<i>Tableau 7 : Répartition des médecins selon l'âge et le nombre de consultations hebdomadaires de médecine générale</i>	<i>p 28</i>
<i>Tableau 8 : Répartition des médecins en fonction de l'avis sur leur formation initiale en gynécologie</i>	<i>p 28</i>
<i>Tableau 9 : Répartition des médecins en fonction de leur avis sur leur formation initiale et de leur réalisation de formation complémentaire</i>	<i>p 29</i>
<i>Tableau 10 : Répartition des actes gynécologiques selon leur fréquence de réalisation par les médecins de l'étude</i>	<i>p 31</i>
<i>Tableau 11 : Répartition des actes gynécologiques selon leur fréquence de réalisation et le sexe des médecins de l'étude</i>	<i>p 33</i>
<i>Tableau 12 : Répartition des actes gynécologiques selon leur fréquence de réalisation et l'âge des médecins de l'étude</i>	<i>p 34</i>
<i>Tableau 13 : Répartition des actes gynécologiques selon leur fréquence de réalisation et la proximité des médecins avec un gynécologue</i>	<i>p 36</i>
<i>Tableau 14 : Répartition des actes gynécologiques selon leur fréquence de réalisation et l'avis des médecins sur leur formation initiale</i>	<i>p 37</i>
<i>Tableau 15 : Répartition des actes gynécologiques selon leur fréquence de réalisation et la réalisation d'une formation complémentaire par les médecins de l'étude</i>	<i>p 38</i>
<i>Tableau 16 : Classement des freins à la pratique gynécologique selon les médecins généralistes</i>	<i>p 39</i>

Tableau 17 : Analyse des différents freins à la pratique gynécologique selon les caractéristiques des médecins généralistes _____ p 40

Tableau 18 : Classement des motivations à la pratique gynécologique selon les médecins généralistes _____ p 43

Tableau 19 : Analyse des différentes motivations à la pratique gynécologique selon les caractéristiques des médecins généralistes _____ p 44

Tableau 20 : Répartition des médecins selon leur volonté de faire davantage de gynécologie si la demande était plus forte _____ p 47

Tableau 21 : Répartition de la demande selon les différentes caractéristiques des médecins généralistes _____ p 47

RESUME

Titre : Analyse de la pratique gynécologique des médecins généralistes du département des Landes : une étude quantitative descriptive.

Contexte : Le suivi gynécologique est essentiellement assuré par les gynécologues, bien qu'il soit accessible aux compétences du médecin généraliste. Les projections de démographie médicale annoncent une pénurie de gynécologues. Dans le département des Landes, cette diminution du nombre de gynécologues depuis 2010 atteint 63,6% pour les gynécologues obstétriciens et 25% pour les gynécologues médicaux. Ce constat pourrait amener les médecins généralistes à devoir accroître leur activité gynécologique. L'objectif principal de cette étude est de réaliser une évaluation de la pratique de la gynécologie des médecins généralistes des Landes.

Méthode : Étude épidémiologique descriptive par questionnaire adressé aux médecins généralistes installés dans le département des Landes. Les médecins remplaçants, salariés et exerçant une « activité particulière » (angiologie, thermalisme...) ont été exclus. Le questionnaire a été envoyé par courrier électronique entre octobre 2019 et juillet 2020 et comprenait trois parties : caractéristiques des répondants, état des lieux de leur activité globale et gynécologique et évaluation des motivations et frein à leur pratique de la gynécologie.

Résultats : Sur les 283 questionnaires envoyés, 145 réponses ont été obtenues (51,2%). Les femmes réalisent davantage les actes courants de gynécologie que les hommes. Quelque soient leurs caractéristiques, les médecins déclarent réaliser peu de gestes techniques : 3% posent un DIU et 2% un implant). L'âge du médecin et la distance avec le gynécologue ne modifiaient pas la pratique des médecins. Les médecins s'estimant mieux formés ou ayant réalisé une formation complémentaire pratiquaient davantage la gynécologie mais 70,3% des médecins estimaient leur formation initiale comme insuffisante. Les principaux freins rencontrés étaient la proximité avec un gynécologue (41%) et le manque de demande des patientes (35,9%). La majorité des répondants (63%) accepteraient de faire davantage de gynécologie si la demande était plus forte.

Conclusion : Une meilleure information de la patiente sur les compétences du médecin généraliste, une répartition plus précise des rôles de chacun des acteurs de la prise en charge gynécologique et une formation initiale plus solide amélioreraient la pratique du suivi gynécologique par les médecins généralistes.

ABSTRACT

Title: Analysis of the gynecological practice of general practitioners in the Landes department: a quantitative descriptive study.

Context: The regular gynecological follow-up is essentially performed by gynecologists, although it is accessible through the expertise of general practitioners. Medical demographic projections predict a decline in the number of gynecologists. Since 2010 in the Landes department, this decrease in the number of gynecologists reached 63.6% for obstetrician gynecologists and 25% for medical gynecologists. This observation could lead general practitioners to increase their gynecological activity. The main objective of this study is to evaluate the practice of gynecology by general practitioners in the Landes.

Method: Descriptive and quantitative epidemiological study by questionnaire sent to general practitioners in the Landes department between October 2019 and July 2020. Substitute doctors, salaried doctors, and doctors practising a "particular activity" (angiology, thermalism, etc.) were excluded. The questionnaire was sent by e-mail and included three parts: characteristics of the respondents, assessment of their general and gynecological activity, and evaluation of the motivations and obstacles to their practice of gynecology.

Results: Of the 283 questionnaires sent to the 313 doctors included, 145 responses were received. This represents a participation rate of 51.2%. Female general practitioners performed more routine gynecological procedures than male doctors. Regardless of their characteristics, the doctors declared they performed few technical procedures (97% for the IUD and 98% for the contraceptive implant). Age and distance from the gynecologist did not affect doctors' practice. 70.3% of the doctors surveyed considered their initial training to be insufficient. Doctors who felt they were better trained or had completed supplementary training practised more gynecology. The main obstacles encountered were proximity to a gynecologist (41%) and lack of demand from patients (35.9%). Most respondents (63%) would accept to do more gynecology if there was more demand.

Conclusion: Better information for the patient on the GP's competences, a more precise distribution of the roles of each actor in gynecological care and the interest of more intensive training would improve the quality of women's follow-up.

GLOSSAIRE

CDOM 40 = Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Landes

CNOM = Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM = Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DIU = Dispositif intra-utérin

DU = Diplôme universitaire

FC = Formation complémentaire

FCV = Frottis cervico-vaginaux

FI = Formation initiale

FMC = Formation médicale continue

GM = Gynécologues médicaux

GO = Gynécologues obstétricaux

HPV = Human Papilloma Virus (Papillomavirus humain)

IST = Infection sexuellement transmissible

Rég. = Régulièrement

TV = Toucher vaginal

URPS ML-NA = Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux de Nouvelle-Aquitaine

INTRODUCTION

I. Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans la prise en charge globale du patient. Comme le précise l'Assurance Maladie, le médecin traitant assure les soins de premier recours habituels et de prévention. Il participe activement à la bonne utilisation du système de soins par ses patients. Il met également en place un suivi médical personnalisé et dirige son patient vers un médecin spécialiste en cas de nécessité ⁽¹⁾.

En 2002, la Société Européenne de Médecine générale – Médecine de famille (WONCA Europe) a défini les caractéristiques essentielles de la médecine générale. « *Le médecin généraliste est le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée* » ⁽²⁾.

Une femme consulte son médecin généraliste en moyenne 3,6 fois par an pour un motif d'ordre gynécologique et cette fréquence augmente avec l'âge de la patiente ⁽³⁾. Alors qu'en 1997, 60% des femmes consultaient régulièrement et spontanément leur gynécologue médical, en 2012 elles n'étaient plus que 25% à pouvoir le faire, faute d'effectifs nécessaires ⁽⁴⁾. Cela les pousse à consulter davantage leur médecin traitant pour ce motif.

II. Démographie médicale

Le CNOM a publié un atlas de démographie médicale ⁽⁵⁾.

1. Démographie des médecins généralistes

En 2018, on recensait en France 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous mode d'exercice) soit une diminution de 7% depuis 2010 dont 0,4% entre 2017 et 2018. Cette diminution atteint même 1,4% dans le département des Landes entre ces mêmes dates (Annexe 1).

Cette tendance à la baisse à une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025, ce qui s'explique par la pyramide des âges qui illustre le vieillissement de la profession (âge moyen de 50,6 ans et 24% de plus de 60 ans), les départs en retraites et le recul de l'âge de la première installation (Annexe 2 et 3).

Selon l'URPSML-NA, le département des Landes comptabilise une densité de 548,1 médecins généralistes pour 100 000 femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) ⁽⁶⁾ (Annexe 4).

2. Démographie des gynécologues

Le rapport du CNOM de 2018 recensait en France 2230 gynécologues dont 1105 gynécologues obstétriciens (GO) et 1125 gynécologues médicaux (GM). Alors qu'en 2010 on comptait 3525 gynécologues dont 1886 GO et 1639 GM. Dans les Landes, cette diminution du nombre de gynécologues depuis 2010 atteint 63,6% pour les GO et 25% pour les GM ⁽⁷⁾ (Annexe 5).

Selon l'URPSML-NA, le département des Landes comptabilise une densité de 12,7 GO et 17,8 GM pour 100 000 femmes en âge de procréer (15-49ans) (Annexe 4).

Cela représente une diminution plus rapide que celle des médecins généralistes. De plus, la pyramide des âges des gynécologues illustre parfaitement cette pénurie à venir (Annexe 6). En effet, près de la moitié des gynécologues des Landes sont proches de la retraite avec une proportion de plus de 60 ans chiffrée à 50% ⁽⁷⁾.

Cette tendance est expliquée par la réforme de l'internat de 1984. En effet la spécialité gynécologie médicale a été supprimée du cursus universitaire pendant environ vingt ans. Cette diminution d'effectifs de gynécologues a ainsi soulevé un problème potentiel de santé publique engendrant une éventuelle incapacité à assurer un suivi gynécologique régulier. Et ce ne qu'à partir de 2003 qu'une augmentation régulière du nombre de postes d'internes en gynécologie médicale a commencé à être observée. Ces postes ont même plus que doublé en trois ans passant de 30 en 2012 à 68 en 2015 ⁽⁸⁾.

III. Place du médecin généraliste dans la prise en charge gynécologique des patientes

Devant cette pénurie annoncée de gynécologues et l'augmentation démographique de la population féminine (accroissement de la population et allongement de l'espérance de vie) ⁽⁹⁾, le Conseil National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) confirme que « les

spécialistes de la gynécologie obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, les examens systématiques et de dépistage, les thérapeutiques les plus courantes ou le traitement substitutif de la ménopause »⁽¹⁰⁾. En effet, celui-ci souligne la nécessité d'une collaboration avec les médecins généralistes afin que ces derniers soient en première ligne en ce qui concerne les actes courants de gynécologie.

Tous ces éléments montrent que le médecin généraliste joue un rôle important dans le suivi gynécologique de ses patientes et qu'il va devoir répondre à une demande potentiellement croissante en gynécologie.

L'objectif principal de cette étude est de réaliser une évaluation de la pratique de la gynécologie des médecins généralistes des Landes.

L'objectif secondaire de l'étude est de cibler leurs motivations ou freins potentiels à cette pratique afin de leur en faciliter l'exercice.

MATERIELS ET METHODES

I. Matériels

1. Population

La population cible était celle des médecins généralistes libéraux exerçant dans le département des Landes en 2019.

2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Médecin généraliste
- Activité libérale
- Installé dans le département des Landes (40).

Les critères d'exclusion étaient :

- Mode d'exercice majoritairement salarié/hospitalier
- Médecins à « exercice particulier » (médecine thermique, nutrition, acupuncture, angiologie...)
- Remplacement.

II. Méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique quantitative avec analyse descriptive des données recueillies par questionnaire.

2. Recrutement

Pour des raisons de protection des données personnelles, l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux de Nouvelle-Aquitaine (URPS-ML-NA) et le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Landes (CDOM 40) n'ont pas divulgué la liste des médecins généralistes car ils ne pouvaient pas en extraire les coordonnées téléphoniques ou électroniques des médecins.

La liste de ces médecins a donc été obtenue via le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et via le site Ameli.fr de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) des Landes.

La récupération des données téléphoniques a été faite par recherches internet, essentiellement sur le site des Pages Jaunes.

Chaque cabinet a été appelé afin d'obtenir les adresses électroniques des médecins en fonction des critères d'inclusion.

3. Recueil des données

a. Déroulement de l'enquête

Un message électronique envoyé à chaque médecin de la liste comprenait un texte explicatif de l'objet de ce message, une courte description du sujet de la thèse et le lien pour remplir le questionnaire (Annexe 7).

Le recueil des données s'est déroulé d'octobre 2019 à juillet 2020. Plusieurs relances ont été nécessaires afin d'obtenir un échantillon représentatif.

La réponse au questionnaire étant anonyme, les mails de relance ont été envoyés à tous les médecins en leur précisant de « ne pas y répondre si déjà fait ».

b. Questionnaire

Avec ma directrice de thèse le Dr LAMAZOU Élisabeth, nous avons opté pour un questionnaire à réponses fermées, anonyme et court afin de récolter le maximum de réponses possibles (Annexe 8).

Celui-ci a été élaboré via la plateforme Google Forms et comprenait :

- Une première partie descriptive des caractéristiques du médecin : âge, sexe, mode d'exercice, formation en gynécologie et distance d'un gynécologue (hospitalier ou libéral).
- Une deuxième partie sur la quantification du nombre de consultation de médecine générale tous motifs confondus et des actes de gynécologie réalisés. Pour que le remplissage du questionnaire soit plus aisé pour les médecins, le nombre de consultations de médecine générale a été demandé par semaine et le nombre d'actes de gynécologie demandé par mois.
- Une dernière partie sur l'évaluation des difficultés rencontrées freinant leur pratique de la gynécologie. La liste de ces difficultés a été établie selon les principaux freins évoqués dans la littérature.

4. Analyse des données

Les données ont été extraites de manière automatisée par la plateforme Google Forms sous forme d'un tableur Excel. Les données qualitatives ont été exprimées en termes d'effectifs et de pourcentages. Les différents tests (χ^2 , test exact de Fisher) de comparaison de données (pourcentages) ont été effectués sur le logiciel R. Un test du χ^2 d'homogénéité a été utilisé lorsque la règle de Cochran était respectée (au moins 80% des valeurs théoriques étaient au moins égales à 5, et que toutes les valeurs théoriques étaient supérieures à 1). Dans le cas contraire, le test exact de Fisher a été choisi.

III. Étude de la littérature

Les bases de données les plus pertinentes concernant la thématique ont été interrogées.

Les équations de recherches ont été adaptées au thesaurus de chacune d'entre elles, avec pour mots-clés « gynécologie » OU « suivi gynécologique » OU « pratique gynécologique » ET « médecine générale » OU « médecin généraliste ».

La plupart des références bibliographiques ont été trouvées sur la base de données Sudoc, ainsi que par des articles parus dans la revue Exercer.

Les résultats ont été enrichis de sources trouvées indirectement, notamment par le biais des bibliographies des thèses similaires consultées. La thèse de H. Guyomard a été très utile puisqu'il s'agit d'une revue de la littérature du suivi gynécologique en médecine générale ⁽⁷⁾.

RESULTATS

I. Caractéristiques des Médecins Généralistes

1. Population étudiée

Selon le site du CNOM et Ameli.fr de la CPAM des Landes, 424 médecins exercent dans le département des Landes en 2019.

Sur ces 424 médecins généralistes, 60 ont été exclus car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion et 51 n'ont jamais répondu à l'appel téléphonique après trois tentatives.

Parmi les 313 médecins finalement retenus pour participer à cette étude, 25 ont refusé d'y participer et 5 avaient une adresse électronique erronée.

Le questionnaire a donc été envoyé à 283 médecins et 145 réponses ont été obtenues, soit un taux de participation au questionnaire de 51,2%.

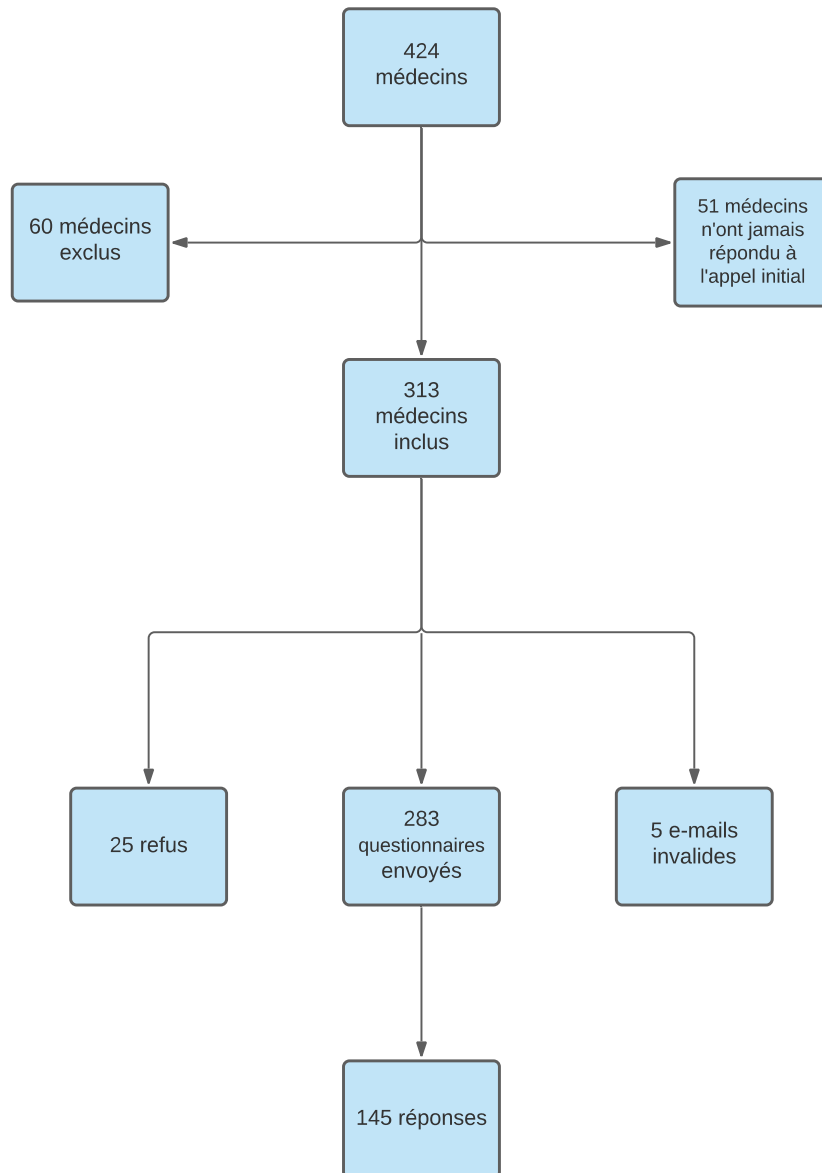


Figure 1: Flow Chart

2. Répartition des médecins selon le sexe et l'âge

Sexe	Effectifs (%)
Femmes	74 (51)
Hommes	71 (49)
Total	145

Tableau 1 : Répartition des médecins selon le sexe

La population est donc représentée par 145 médecins dont 74 femmes et 71 hommes, soit un sexe ratio H/F de 0,96.

Tranches d'âge	Effectifs (%)		Total
	Hommes (n = 71)	Femmes (n = 74)	
25 – 40 ans	13 (18,4)	28 (37,8)	41 (28,3)
41 – 59 ans	29 (40,8)	33 (44,6)	62 (42,7)
> 60 ans	29 (40,8)	13 (17,6)	42 (29)
			145

Tableau 2 : Répartition des médecins selon la tranche d'âge et le sexe

La tranche d'âge la plus représentée est la tranche des 41-59 ans (42,7%).

Les médecins généralistes de sexe féminin sont significativement plus jeunes que leurs homologues masculins ($p < 0.01$, test du Chi² de Pearson).

3. Mode d'exercice et proximité avec un gynécologue

Mode d'exercice	Effectifs (%)
Rural	45 (31)
Semi-rural	70 (48,3)
Urbain	30 (20,7)
Total	145

Tableau 3 : Répartition des médecins selon leur mode d'exercice

Les modes d'exercice ou secteurs d'activité sont répartis en 3 catégories : rural, semi-rural et urbain.

La pratique en milieu semi-rural est le mode d'exercice majoritairement représenté puisqu'il a récolté près de la moitié des réponses (48,3%), soit 70 médecins.

Temps de trajet	Effectifs (%)			Total
	Urbain n = 29	Semi-rural n = 70	Rural n = 45	
< 15 min	29 (100)	40 (57,1)	4 (8,9)	73
16 – 30 min	0 (0)	21 (30)	24 (53,3)	45
31 min – 1h	0 (0)	9 (12,9)	16 (35,6)	25
> 1 h	0 (0)	0 (0)	1 (2,2)	1
				144

Tableau 4 : Répartition des médecins selon leur mode d'exercice et leur temps de trajet pour se rendre chez le gynécologue le plus proche

La moitié des médecins a répondu être en proximité immédiate d'un gynécologue : 73 d'entre eux (soit 50,7%) sont à moins de 15min de celui-ci.

Il existe une différence significative du temps de trajet pour se rendre chez le gynécologue le plus proche selon le lieu d'exercice du médecin généraliste ($p < 0.001$, test exact de Fisher) ;

les médecins exerçant en milieu rural ont plus difficilement accès à une consultation avec un gynécologue que leurs confrères exerçant en milieu urbain par leur éloignement avec ce spécialiste.

Le nombre total de réponses à cette question est de 144. Une d'entre elles a été exclue pour deux propositions contradictoires cochées (<15min et 31min - 1h).

4. Nombre de consultations de médecine générale

Nombres de consultations par semaine	Effectifs (%)
< 50 / semaine	19 (13,1)
51 – 100 / semaine	41 (28,3)
101 – 150 / semaine	69 (47,6)
> 150 / semaine	16 (11)

Tableau 5 : Répartition des médecins en fonction du nombre hebdomadaire de consultations de médecine générale réalisées

Sexe	Effectifs (%)				Total
	< 50 / sem n = 19	51 – 100 / sem n = 41	101 – 150 / sem n = 69	> 150 / sem n = 16	
Hommes	11 (57,9)	14 (34,1)	35 (50,7)	11 (68,75)	71
Femmes	8 (42,1)	27 (65,9)	34 (49,3)	5 (31,25)	74
					145

Tableau 6 : Répartition des médecins selon le sexe et le nombre de consultations hebdomadaires de médecine générale

Les hommes semblent réaliser globalement plus de consultations de médecine générale par semaine que les femmes ($p = 0.078$, Test du χ^2 de Pearson).

Nombre de consultations par semaine	Effectifs (%)			Total
	25 – 40 ans n = 41	41 – 59 ans n = 62	> 60 ans n = 42	
< 50 / semaine	4 (9,8)	9 (14,5)	6 (14,3)	19
51 – 100 / semaine	16 (39)	18 (29)	7 (16,7)	41
101 – 150 / semaine	18 (43,9)	28 (45,2)	23 (54,7)	69
> 150 / semaine	3 (7,3)	7 (11,3)	6 (14,3)	16
				145

Tableau 7 : Répartition des médecins selon l'âge et le nombre de consultations hebdomadaires de médecine générale

L'âge du praticien n'exerce aucune influence sur le nombre de consultations hebdomadaires ($p = 0.45$, Test de Fisher).

5. Formation initiale et formation complémentaire

Formation initiale suffisante ?	Effectifs (%)
Oui	43 (29,7)
Non	102 (70,3)
Total	145

Tableau 8 : Répartition des médecins en fonction de l'avis sur leur formation initiale en gynécologie

Réalisation formation complémentaire ?	Effectifs (%)		Total
	FI suffisante n = 43	FI non suffisante n = 102	
Oui	25 (58,1)	32 (31,4)	57
Non	18 (41,9)	70 (68,6)	88
			145

Tableau 9 : Répartition des médecins en fonction de leur avis sur leur formation initiale et de leur réalisation de formation complémentaire

Sur les 102 médecins estimant leur formation initiale (FI) comme non suffisante, 70 n'ont pas réalisé de formation complémentaire (FC) ou de stage en gynécologie (68,6%).

Les praticiens qui considèrent leur FI comme suffisante réalisent significativement plus de FC que leurs confrères l'estimant comme non suffisante ($p = 0.0047$, Test du Chi² de Pearson avec correction de Yates).

Sur les 57 médecins ayant réalisé une FC en gynécologie, 35 étaient des femmes (61,4%). Ces résultats montrent que les femmes semblent réaliser plus de FC que les hommes, sans être toutefois significatifs ($p = 0.066$, Test du Chi² de Pearson avec correction de Yates).

II. Caractéristiques de la pratique gynécologique

1. Pratique gynécologique globale

Les différents actes gynécologiques étudiés sont :

- L'examen gynécologique général : sénologique, toucher vaginal (TV)...
- La prescription ou renouvellement de contraception
- Le bilan d'infection(s) sexuellement transmissible(s) (IST)
- La vaccination contre le papillomavirus (HPV)
- Le suivi de la ménopause
- Le suivi de grossesse

- La réalisation du frottis cervico-vaginal (FCV)
- La pose/le retrait d'implant contraceptif
- La pose/le retrait de dispositif intra-utérin (DIU)

Fréquence MENSUELLE de réalisation des actes de gynécologies suivant :

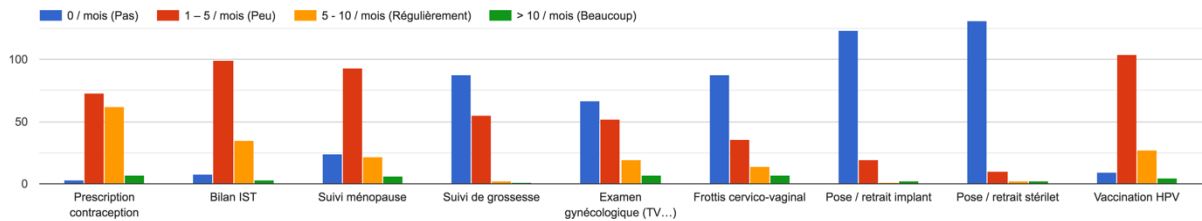


Figure 2 : Répartition des médecins en fonction de la fréquence mensuelle de réalisation des différents actes de gynécologie

Voici une vue d'ensemble de la pratique gynécologique des médecins ayant répondu au questionnaire. Ce graphique est intéressant car il permet de visualiser en un seul coup d'œil la pratique des médecins en fonction des actes.

La fréquence de réalisation des différents actes de gynécologie est répartie en quatre catégories en fonction du nombre de consultations mensuelles :

- Pas : 0 / mois
- Peu : 1 à 5 / mois
- Régulièrement (Rég.) : 5 à 10 / mois
- Beaucoup : > 10 / mois.

Actes réalisés	Fréquence	Effectifs (%)
Examen gynécologique	Pas / Peu	119 (82)
	Régulièrement / Beaucoup	26 (18)
Contraception	Pas / Peu	76 (52)
	Régulièrement / Beaucoup	69 (48)
Bilan IST	Pas / Peu	107 (74)
	Régulièrement / Beaucoup	38 (26)
Vaccination HPV	Pas / Peu	113 (78)
	Régulièrement / Beaucoup	32 (22)
Suivi ménopause	Pas / Peu	117 (81)
	Régulièrement / Beaucoup	28 (19)
Suivi grossesse	Pas / Peu	141 (98) *
	Régulièrement / Beaucoup	3 (2) *
Réalisation des FCV	Pas / Peu	124 (86)
	Régulièrement / Beaucoup	21 (14)
Pose / retrait implant	Pas / Peu	142 (98)
	Régulièrement / Beaucoup	3 (2)
Pose / retrait DIU	Pas / Peu	141 (97)
	Régulièrement / Beaucoup	4 (3)

* A cette question, total de réponses de 144 et non 145 comme les autres résultats puisqu'une réponse a été exclue car erronée.

Tableau 10 : Répartition des actes gynécologiques selon leur fréquence de réalisation par les médecins de l'étude

On peut voir que l'activité gynécologique des médecins généralistes est très variable en fonction du motif de consultation (figure 2) (tableau 10) (Annexe 9).

Si près de la moitié des médecins (48%) déclare réaliser « régulièrement » ou « beaucoup » les consultations abordant le sujet de la contraception, leur pratique est plus hésitante concernant les autres motifs gynécologiques.

Ils sont une majorité à avoir répondu « peu » réaliser le bilan IST, le suivi de ménopause et la vaccination HPV.

Pour les autres motifs de consultation ils sont une majorité déclarant ne pas en faire.

Si les réponses sont unanimes sur l'absence totale de réalisation des gestes techniques de la contraception (85% pour l'implant et 90% pour le DIU), on peut tout de même nuancer les résultats pour l'examen gynécologique, le suivi de grossesse et le FCV.

Si 46% des médecins ne réalisent pas d'examen gynécologique, ils sont malgré tout 36% à en réaliser « peu » et 18% à en réaliser « régulièrement » ou « beaucoup ».

Concernant le suivi de grossesse, 60% n'en réalisent pas du tout mais 38% en réalisent « peu ».

De même pour le FCV, 61% n'en réalisent pas du tout mais 25% en réalisent « peu » et 14% le font régulièrement ou beaucoup.

2. Pratique gynécologique selon le sexe

Actes réalisés	Fréquence	Effectifs (%)		p*
		Hommes n = 71	Femmes n = 74	
Examen gynéco	Pas / Peu	69 (97)	50 (68)	
	Régulièrement / Beaucoup	2 (3)	24 (32)	< 0.01
Contraception	Pas / Peu	46 (65)	30 (41)	
	Régulièrement / Beaucoup	25 (35)	44 (59)	< 0.01
Bilan IST	Pas / Peu	59 (83)	48 (65)	
	Régulièrement / Beaucoup	12 (17)	26 (35)	0.013
Vaccination HPV	Pas / Peu	58 (82)	55 (74)	
	Régulièrement / Beaucoup	13 (18)	19 (26)	0.29
Suivi ménopause	Pas / Peu	60 (85)	57 (77)	
	Régulièrement / Beaucoup	11 (15)	17 (23)	0.25
Suivi grossesse	Pas / Peu	68 (97) **	73 (99)	
	Régulièrement / Beaucoup	2 (3) **	1 (1)	0.62 ^F
Réalisation FCV	Pas / Peu	70 (99)	54 (73)	
	Régulièrement / Beaucoup	1 (1)	20 (27)	<0.01
Pose/retrait implant	Pas / Peu	71 (100)	71 (96)	
	Régulièrement / Beaucoup	0 (0)	3 (4)	0.25 ^F
Pose/retrait DIU	Pas / Peu	71 (100)	70 (95)	
	Régulièrement / Beaucoup	0 (0)	4 (5)	0.12 ^F

* Test du Chi² de Pearson ou ^F Test exact de Fisher

** A cette question, total de réponses de 70 et non 71 comme les autres résultats concernant les hommes puisqu'une réponse a été exclue car erronée.

Tableau 11 : Répartition des actes gynécologiques selon leur fréquence de réalisation et le sexe des médecins de l'étude

Les femmes réalisent significativement plus d'examen gynécologique, de prescription de contraception et de FCV que leurs confrères masculins ($p < 0.01$).

Elles réalisent également significativement plus de bilan d'IST que les hommes ($p = 0.013$).

En revanche il n'y a pas de différence significative selon le sexe du praticien en ce qui concerne le suivi de ménopause ($p = 0.25$), le suivi de grossesse ($p=0.62$), la vaccination HPV ($p = 0.29$) et la pose ou retrait d'implant ($p = 0.25$) et de DIU ($p = 0.12$).

3. Pratique gynécologique selon l'âge

Actes réalisés	Fréquence	Effectifs (%)			p^*
		25 – 40 ans n = 41	41 – 59 ans n = 62	> 60 ans n = 42	
Examen gynéco	Pas / Peu	32 (78)	54 (87)	33 (79)	0.39
	Rég. / Beaucoup	9 (22)	8 (13)	9 (21)	
Contraception	Pas / Peu	24 (59)	33 (53)	19 (45)	0.47
	Rég. / Beaucoup	17 (41)	29 (47)	23 (55)	
Bilan IST	Pas / Peu	29 (71)	46 (74)	32 (76)	0.85
	Rég. / Beaucoup	12 (29)	16 (26)	10 (24)	
Vaccination HPV	Pas / Peu	31 (76)	52 (84)	30 (71)	0.30
	Rég. / Beaucoup	10 (24)	10 (16)	12 (29)	
Suivi ménopause	Pas / Peu	36 (88)	49 (79)	32 (76)	0.37
	Rég. / Beaucoup	5 (12)	13 (21)	10 (24)	
Suivi grossesse	Pas / Peu	38 (95) **	61 (98)	42 (100)	0.36 ^F
	Rég. / Beaucoup	2 (5) **	1 (2)	0 (0)	
Réalisation FCV	Pas / Peu	34 (83)	56 (90)	34 (81)	0.35
	Rég. / Beaucoup	7 (17)	6 (10)	8 (19)	
Pose/retrait implant	Pas / Peu	40 (98)	60 (97)	42 (100)	0.63 ^F
	Rég. / Beaucoup	1 (2)	2 (3)	0 (0)	
Pose/retrait DIU	Pas / Peu	39 (95)	60 (97)	42 (100)	0.39 ^F
	Rég. / Beaucoup	2 (5)	2 (3)	0 (0)	

* Test du χ^2 de Pearson ou ^F Test exact de Fisher

** A cette question « suivi de grossesse », total de réponses de 40 et non 41 comme les autres résultats concernant les 25 - 40 ans puisqu'une réponse a été exclue car erronée.

Tableau 12 : Répartition des actes gynécologiques selon leur fréquence de réalisation et l'âge des médecins de l'étude

Les résultats montrent que l'âge du praticien n'influe pas sur la réalisation des différents actes de gynécologie que ce soit en termes de réalisation de consultation simple ou d'actes techniques.

4. Pratique gynécologique selon la proximité avec un gynécologue

Actes réalisés	Fréquence	Effectifs (%)		Total	p*
		Proche (< 15 min) n = 73	Éloigné (> 15min) n = 71		
Examen gynéco	Pas / Peu	60 (82)	59 (83)	119	0.89
	Rég. / Beaucoup	13 (18)	12 (17)	25**	
Contraception	Pas / Peu	41 (56)	35 (49)	75	0.41
	Rég. / Beaucoup	32 (44)	36 (51)	68**	
Bilan IST	Pas / Peu	53 (73)	54 (76)	107	0.64
	Rég. / Beaucoup	20 (27)	17 (24)	37**	
Vaccination HPV	Pas / Peu	61 (84)	51 (72)	112**	0.09
	Rég. / Beaucoup	12 (16)	20 (28)	32	
Suivi ménopause	Pas / Peu	58 (79)	58 (82)	116**	0.73
	Rég. / Beaucoup	15 (21)	13 (18)	28	
Suivi grossesse	Pas / Peu	71 (99) ***	69 (97)	140**	0.62 ^F
	Rég. / Beaucoup	1 (1) ***	2 (3)	3	
Réalisation FCV	Pas / Peu	63 (86)	61 (86)	124	0.95
	Rég. / Beaucoup	10 (14)	10 (14)	20**	
Pose/retrait implant	Pas / Peu	72 (99)	69 (97)	141**	0.62 ^F
	Rég. / Beaucoup	1 (1)	2 (3)	3	
Pose/retrait DIU	Pas / Peu	71 (97)	69 (97)	140**	1 ^F
	Rég. / Beaucoup	2 (3)	2 (3)	4	

* Test du Chi² de Pearson ou ^F Test exact de Fisher

** Un médecin a rendu une réponse erronée concernant son éloignement avec un gynécologue, ses réponses ont donc été exclues portant le nombre total de réponses à 144 et non 145 comme pour les autres items.

*** A cette question « suivi de grossesse », total de réponses de 72 et non 73 comme les autres résultats concernant la catégorie « Éloigné (> 15min) » puisqu'une réponse a été exclue car erronée.

Tableau 13 : Répartition des actes gynécologiques selon leur fréquence de réalisation et la proximité des médecins avec un gynécologue

L'éloignement avec un gynécologue n'a montré aucune différence significative dans la pratique des divers actes gynécologiques des médecins généralistes.

5. Pratique gynécologique selon la formation

Actes réalisés	Fréquence	Effectifs (%)		p*
		FI suffisante n = 43	FI non suffisante n = 102	
Examen gynéco	Pas / Peu	29 (67)	90 (88)	< 0.01
	Rég. / Beaucoup	14 (33)	12 (12)	
Contraception	Pas / Peu	20 (47)	56 (55)	0.36
	Rég. / Beaucoup	23 (53)	46 (45)	
Bilan IST	Pas / Peu	29 (67)	78 (76)	0.26
	Rég. / Beaucoup	14 (33)	24 (24)	
Vaccination HPV	Pas / Peu	32 (74)	81 (79)	0.51
	Rég. / Beaucoup	11 (26)	21 (21)	
Suivi ménopause	Pas / Peu	31 (72)	86 (84)	0.08
	Rég. / Beaucoup	12 (28)	16 (16)	
Suivi grossesse	Pas / Peu	42 (98)	99 (98) **	1 ^F
	Rég. / Beaucoup	1 (2)	2 (2) **	
Réalisation FCV	Pas / Peu	33 (77)	91 (89)	0.051
	Rég. / Beaucoup	10 (23)	11 (11)	
Pose/retrait implant	Pas / Peu	42 (98)	100 (98)	1 ^F
	Rég. / Beaucoup	1 (2)	2 (2)	
Pose/retrait DIU	Pas / Peu	41 (95)	100 (98)	0.58 ^F
	Rég. / Beaucoup	2 (5)	2 (2)	

* Test du Chi² de Pearson ou ^F Test exact de Fisher

** A cette question « suivi de grossesse », total de réponses de 101 et non 102 comme les autres résultats concernant la catégorie « FI non suffisante » puisqu'une réponse a été exclue car erronée.

Tableau 14 : Répartition des actes gynécologiques selon leur fréquence de réalisation et l'avis des médecins sur leur formation initiale

Les praticiens considérant leur FI comme suffisante réalisent significativement plus d'examen gynécologique ($p < 0.01$) que leurs confrères l'estimant comme non suffisante.

Nous pouvons étendre cette constatation à la réalisation de FCV puisque les résultats sont tout juste significatifs ($p = 0.05$).

Actes réalisés	Fréquence	Effectifs (%)		p^*
		Formation complémentaire n = 57	Pas de formation complémentaire n = 88	
Examen gynéco	Pas / Peu	41 (72)	78 (89)	0.01
	Rég. / Beaucoup	16 (28)	10 (11)	
Contraception	Pas / Peu	29 (51)	47 (53)	0.77
	Rég. / Beaucoup	28 (49)	41 (47)	
Bilan IST	Pas / Peu	39 (68)	68 (77)	0.24
	Rég. / Beaucoup	18 (32)	20 (23)	
Vaccination HPV	Pas / Peu	45 (79)	68 (77)	0.81
	Rég. / Beaucoup	12 (21)	20 (23)	
Suivi ménopause	Pas / Peu	41 (72)	76 (86)	0.03
	Rég. / Beaucoup	16 (28)	12 (14)	
Suivi grossesse	Pas / Peu	55 (96)	86 (99) **	0.56 ^F
	Rég. / Beaucoup	2 (4)	1 (1) **	
Réalisation FCV	Pas / Peu	42 (74)	82 (93)	< 0.01
	Rég. / Beaucoup	15 (26)	6 (7)	
Pose/retrait implant	Pas / Peu	54 (95)	88 (100)	0.059^F
	Rég. / Beaucoup	3 (5)	0 (0)	
Pose/retrait DIU	Pas / Peu	53 (93)	88 (100)	0.02^F
	Rég. / Beaucoup	4 (7)	0 (0)	

* Test du χ^2 de Pearson ou ^F Test exact de Fisher

** A cette question « suivi de grossesse », n = 87 et non 88 comme les autres résultats concernant la catégorie « Pas de formation complémentaire » puisqu'une réponse a été exclue car erronée.

Tableau 15 : Répartition des actes gynécologiques selon leur fréquence de réalisation et la réalisation d'une formation complémentaire par les médecins de l'étude

Les médecins généralistes ayant réalisé une FC réalisent significativement plus d'examen gynécologique ($p = 0.01$) et de suivi de ménopause ($p = 0.03$) que les médecins n'ayant pas réalisé de FC.

Même constatations concernant la réalisation de gestes techniques puisque la différence est significative pour la réalisation de FCV ($p < 0.01$) et la pose ou retrait de DIU ($p = 0.02$) et quasiment significative pour la pose ou retrait d'implant ($p = 0.059$).

6. Freins à la pratique gynécologique

Rang	Freins	Effectifs (%)
1	Proximité avec autres professionnels	59 (41%)
2	Manque de demande	52 (35,9%)
3	Manque de temps	47 (32,4%)
4	Manque de formation	42 (29%)
5	Manque d'intérêt	19 (13,1%)
6	Relation médecin – patientes / Gêne	16 (11%)
7	Manque de matériel	13 (9%)
8	Manque de rémunération	9 (6,2%)

Tableau 16 : Classement des freins à la pratique gynécologique selon les médecins généralistes

Les quatre freins principaux à la pratique gynécologique rapportés par les médecins généralistes sont la proximité avec un autre professionnel exerçant dans ce domaine (gynécologues, sage-femme), le manque de demande de la part des patientes, le manque de temps et le manque de formation.

Caractéristiques des médecins		Freins																							
		Manque de formation			Manque de temps			Manque de demande			Manque d'intérêt			Manque de matériel			Manque de rémunération			Relation médecin – patiente / Gêne			Proximité avec autres professionnels		
		Oui	Non	p*	Oui	Non	p*	Oui	Non	p*	Oui	Non	p*	Oui	Non	p*	Oui	Non	p*	Oui	Non	p*	Oui	Non	p*
		n = 42 29%	n = 103 71%		n = 47 32,4%	n = 98 67,6%		n = 52 35,9%	n = 93 64,1%		n = 19 13,1%	n = 126 86,9%		n = 13 9%	n = 132 91%		n = 9 6,2%	n = 136 93,8%		n = 16 11%	n = 129 89%		n = 59 41%	n = 86 59%	
Sexe	Femmes	17 40,5%	57 55,3%	0.10	22 46,8%	52 53,1%	0.48	18 34,6%	56 60,2%	< 0.01	7 36,8%	67 53,2%	0.18	9 69,2%	65 49,2%	0.17	6 66,7%	68 50%	0.49 ^F	1 6,2%	73 56,6%	< 0.01	27 45,8%	47 57,7%	0.29
	Hommes	25 59,5%	46 44,7%		25 53,2%	46 46,9%		34 65,4%	37 39,8%		12 63,2%	59 46,8%		4 30,8%	67 50,8%		3 33,3%	68 50%		15 93,8%	56 43,4%		32 54,2%	39 45,3%	
Age	25 – 40 ans	16 38,1%	25 24,3%	0.13	11 23,4%	30 30,6%	0.37	14 26,9%	27 29%	0.93	5 26,3%	36 28,6%	0.28	7 53,8%	34 25,8%	0.06 ^F	3 33,3%	38 27,9%	0.91 ^F	1 6,2%	40 31%	0.09	21 35,6%	20 23,3%	0.17
	41 – 59 ans	18 42,9%	44 42,7%		24 51,1%	38 38,8%		22 42,3%	40 40%		11 57,9%	51 40,5%		5 38,5%	57 43,2%		4 44,4%	58 42,6%		9 56,2%	53 41,1%		25 42,4%	37 43%	
	> 60 ans	8 19%	34 33%		12 25,5%	30 30,6%		16 30,8%	26 28%		3 15,8%	39 31%		1 7,7%	41 31,1%		2 22,2%	40 29,4%		6 37,5%	36 27,9%		13 22%	29 33,7%	
FI	Suffisante	4 9,5%	39 37,9%	< 0.01	9 19,1%	34 34,7%	0.055	18 34,6%	25 26,9%	0.33	3 15,8%	40 31,7%	0.16	6 46,2%	37 28%	0.20 ^F	5 55,6%	38 27,9%	0.13 ^F	2 12,5%	41 31,8%	0.15 ^F	16 27,1%	27 31,4%	0.58 ^F
	Non suffisante	38 90,5%	64 62,1%		38 80,9%	64 65,3%		34 65,4%	68 73,1%		16 84,2%	86 68,3%		7 53,8%	95 72%		4 44,4%	98 72,1%		14 87,5%	88 68,2%		43 72,9%	59 68,6%	
FC	Oui	6 14,3%	51 49,5%	< 0.01	13 27,7%	44 44,9%	0.046	18 34,6%	39 41,9%	0.39	2 10,5%	55 43,7%	< 0.01	6 46,2%	51 38,6%	0.60	4 44,4%	53 39%	0.73 ^F	6 37,5%	51 39,5%	0.88	24 40,7%	33 38,4%	0.78
	Non	36 85,7%	52 50,5%		34 72,3%	54 55,1%		34 65,4%	54 58,1%		17 89,5%	71 56,3%		7 53,8%	81 61,4%		5 55,6%	83 61%		10 62,5%	78 60,5%		35 59,3%	53 61,6%	
Éloignement	< 15 min	19 45,2%	54** 52,9%	0.40	16 34%	57** 58,8%	< 0.01	28 53,8%	45** 48,9%	0.57	10 52,6%	63** 50,4%	0.86	9 69,2%	64** 48,9%	0.16	3 33,3%	70** 51,9%	0.32 ^F	8 50%	65** 50,8%	0.95	38 64,4%	35** 41,2%	< 0.01
	> 15 min	23 54,8%	48** 47,1%		31 66%	40** 41,2%		24 46,2%	47** 51,1%		9 47,4%	62** 49,6%		4 30,8%	67** 51,1%		6 66,7%	65** 48,1%		8 50%	63** 49,2%		21 35,6%	50** 58,8%	

* Test du Chi² de Pearson ou ^F Test exact de Fisher

** Un médecin a rendu une réponse erronée concernant son éloignement avec un gynécologue, ses réponses ont donc été exclues.

Tableau 17 : Analyse des différents freins à la pratique gynécologique selon les caractéristiques des médecins généralistes

- Proximité avec les autres professionnels

Logiquement, la proximité avec un autre professionnel exerçant la gynécologie est un frein significativement plus exprimé par les médecins généralistes ayant leur cabinet à moins de 15min du gynécologue par rapport à leurs confrères qui en sont éloignés ($p < 0.01$).

- Manque de demande

Le manque de demande est significativement plus ressenti par les médecins masculins que féminins ($p < 0.01$).

65,4% des médecins rencontrant ce frein étaient des hommes.

- Manque de temps

Le manque de temps pour l'exercice de la gynécologie est un frein significativement plus ressenti par les praticiens éloignés d'un gynécologue ($p < 0.01$) et n'ayant pas réalisé de FC ($p = 0.046$).

Il est à la limite de significativité pour ceux estimant leur FI comme non suffisante ($p = 0.055$).

- Manque de formation

Logiquement, le manque de formation est un frein significativement plus exprimé chez les praticiens estimant leur FI comme non suffisante et chez ceux n'ayant pas réalisé de FC ($p > 0.01$).

- Manque d'intérêt

Les médecins n'ayant pas réalisé de FC se sentent significativement moins concernés par la pratique de la gynécologie que leurs confrères qui se sont formés ($p < 0.01$).

89,5% des médecins ayant répondu avoir un manque d'intérêt pour cette discipline n'avaient pas effectué de FC.

- Relation médecin – patientes / Gêne

Il existe une différence significative entre le sentiment de gêne vis-à-vis de la patiente et le sexe du praticien ($p < 0.01$).

93,8% des médecins rencontrant ce frein étaient des hommes.

- Manque de matériel / équipement

Le profil du médecin n'exerce aucune influence significative sur les réponses concernant ce frein.

- Manque de rémunération

Aucune différence significative n'a été mise en évidence selon les caractéristiques des médecins pour ce frein.

7. Motivations à la pratique gynécologique

Rang	Motivations	Effectifs (%)
1	Approche globale de la patiente	45 (31%)
2	Diversification de l'exercice	40 (27,6%)
3	Intérêt personnel	32 (22,1%)
4	Pratique de gestes	21 (14,5%)
5	Obligation de soins	19 (13,1%)
6	Intérêt financier	0 (0%)

Tableau 18 : Classement des motivations à la pratique gynécologique selon les médecins généralistes

Caractéristiques des médecins		Motivations																	
		Intérêt personnel			Diversification de l'exercice			Pratique de gestes			Obligation de soins			Intérêt financier			Approche globale de la patiente		
		Oui	Non	p*	Oui	Non	p*	Oui	Non	p*	Oui	Non	p*	Oui	Non	p*	Oui	Non	p*
		n = 32 22%	n = 113 78%		n = 40 27,6%	n = 105 72,4%		n = 21 14,5%	n = 124 85,5%		n = 19 13,1%	n = 126 86,9%		n = 0 0%	n = 0 0%		n = 45 31%	n = 100 69%	
Sexe	Femmes	25 78,1%	49 43,4%	< 0.01	26 65%	48 45,7%	0.04	17 81%	57 46%	< 0.01	9 47,4%	65 51,6%	0.73	AUCUN RÉPONDANT POUR CET ITEM			29 64,4%	45 45%	0.03
	Hommes	7 21,9%	64 56,6%		14 35%	57 54,3%		4 19%	67 54%		10 52,6%	61 48,4%					16 35,6%	55 55%	
Age	25 – 40 ans	13 40,6%	28 24,8%	0.15	13 32,5%	28 26,7%	0.78	6 28,6%	35 28,2%	0.50	7 36,8%	34 27%	0.37				10 22,2%	31 31%	0.52
	41 – 59 ans	13 40,6%	49 43,4%		16 40%	46 43,8%		11 52,4%	51 41,1%		9 47,4%	53 42%					20 44,4%	42 42%	
	> 60 ans	6 18,8%	36 31,8%		11 27,5%	31 29,5%		4 19%	38 30,7%		3 15,8%	39 31%					15 33,3%	27 27%	
FI	Suffisante	16 50%	27 23,9%	< 0.01	21 52,5%	24 22,9%	< 0.01	9 42,9%	34 27,4%	0.15	4 21,1%	39 31%	0.38				25 55,6%	18 18%	< 0.01
	Non suffisante	16 50%	86 76,1%		19 47,5%	81 77,1%		12 57,1%	90 72,6%		15 78,9%	87 69%					20 44,4%	82 82%	
FC	Oui	22 68,8%	35 31%	< 0.01	23 57,5%	34 32,4%	< 0.01	16 76,2%	41 33,1%	< 0.01	11 57,9%	46 36,5%	0.08				28 62,2%	29 29%	< 0.01
	Non	10 31,2%	78 69%		17 42,5%	71 67,6%		5 23,8%	83 66,9%		8 42,1%	80 63,5%					17 37,8%	71 71%	
Éloignement	< 15 min	17 53,1%	56** 50%	0.76	23 57,5%	50** 48,1%	0.31	14 66,7%	59** 48%	0.11	8 42,1%	65** 52%	0.42				24** 54,5%	49 49%	0.54
	> 15 min	15 46,9%	56** 50%		17 42,5%	54** 51,9%		7 33,3%	64** 52%		11 57,9%	60** 48%		20** 45,5%	51 51%				

* Test du Chi² de Pearson

** Un médecin a rendu une réponse erronée concernant son éloignement avec un gynécologue, ses réponses ont donc été exclues.

Tableau 19 : Analyse des différentes motivations à la pratique gynécologique selon les caractéristiques des médecins généralistes

- Approche globale de la patiente

La pratique de la gynécologie pour l'approche globale de la patiente motive significativement plus les femmes ($p = 0.03$), les médecins estimant leur FI comme suffisante ($p < 0.01$) et ceux ayant réalisé une FC ($p < 0.01$) (tableau 19).

Les femmes sont 64,4% à avoir répondu être motivées contre 35,6% pour les hommes.

Les médecins estimant leur FI comme suffisante sont 55,6% à être motivés versus 44,4% pour ceux l'estimant comme non suffisante.

Et les médecins ayant réalisé une FC sont 62,2% à avoir répondu être motivés contre 37,8% pour ceux n'en ayant pas réalisé.

- Diversification de l'exercice

La diversification de l'exercice apportée par l'activité gynécologique intéresse, elle aussi, significativement plus les femmes ($p < 0.01$), les médecins estimant leur FI comme suffisante ($p < 0.01$) et ceux ayant réalisé une FC ($p < 0.01$) (tableau 19).

Les femmes sont 65% à avoir répondu être motivées par cette polyvalence dans leur pratique contre 35% pour les hommes.

Cet aspect motive 52,5% des médecins estimant leur FI comme suffisante versus 47,5% pour ceux l'estimant comme non suffisante.

Concernant les médecins ayant réalisé une FC, ils sont 57,5% à avoir répondu y trouver une motivation contre 42,5% pour leurs confrères n'en ayant pas réalisé.

- Intérêt personnel

Les femmes ($p < 0.01$), les médecins estimant leur FI comme suffisante ($p < 0.01$) et ceux ayant réalisé une FC ($p < 0.01$) sont significativement plus nombreux à trouver un intérêt personnel à la pratique de la gynécologie (tableau 19).

Les femmes sont 78,1% à avoir répondu être intéressées contre 21,9% pour les hommes.

De même, cette pratique intéresse plus les médecins ayant réalisé une FC (68,8%) que leurs confrères non formés (31,2%).

Les médecins jugeant leur FI comme non suffisante sont 76,1% à ne pas être intéressés par cette pratique contre seulement 23,9% pour ceux l'estimant comme suffisante.

- Pratique de gestes

Les femmes (81%) sont significativement plus enthousiasmées par la gynécologie que les hommes (19%) pour l'opportunité de pratiquer des gestes ($p < 0.01$).

De même pour les praticiens ayant réalisé une FC. Ils sont 76,2% à avoir répondu être motivé par l'occasion d'effectuer des gestes contre 23,8% pour ceux n'ayant pas fait de FC ($p < 0.01$).

- Obligation de soins

Le profil du médecin n'exerce aucune influence significative sur les réponses concernant la pratique de la gynécologie par obligation de soins.

- Intérêt financier

Aucun médecin n'estime l'aspect financier comme étant une motivation à la pratique de la gynécologie.

8. Projection sur la demande

Accepteriez-vous de faire davantage de gynécologie si la demande était plus forte ?	Effectifs (%)
Oui	92 (63)
Non	53 (37)
Total	145

Tableau 20 : Répartition des médecins selon leur volonté de faire davantage de gynécologie si la demande était plus forte

Catégories	Effectifs (%)	Demande		<i>p</i> *	
		Oui	Non		
Sexe	Femmes	n = 74 (51)	53 (72)	21 (28)	0.04
	Hommes	n = 71 (49)	39 (55)	32 (45)	
Age	25 – 40 ans	n = 41 (28)	33 (80)	8 (20)	0.03
	41 – 59 ans	n = 62 (43)	36 (58)	26 (42)	
	> 60 ans	n = 42 (29)	33 (55)	19 (45)	
Proximité avec un gynécologue	< 15 min	n = 73 (51)	49 (67)	24 (33)	0.32
	> 15 min	n = 71 (49)	42 (59)	29 (41)	
Formation initiale	Satisfaisante	n = 43 (30)	32 (74)	11 (26)	0.08
	Non satisfaisante	n = 102 (70)	60 (59)	42 (41)	
Formation complémentaire	Réalisée	n = 57 (39)	42 (74)	15 (26)	0.04
	Non réalisée	n = 88 (61)	50 (57)	38 (43)	

* Test du χ^2 de Pearson

Tableau 21 : Répartition de la demande selon les différentes caractéristiques des médecins généralistes

Les femmes, les jeunes praticiens et ceux ayant réalisés une FC feraient significativement plus de consultations gynécologiques que leurs confrères si la demande était plus forte (respectivement $p = 0.04$, $p = 0.03$ et $p = 0.04$; test du Chi^2 de Pearson).

En effet, 53 femmes ont répondu qu'elles en feraient davantage (soit 72%) alors que les hommes ne seraient « que » 39 (soit 55%).

Chez les praticiens de 25 - 40 ans, ils sont 33 à avoir répondu qu'ils en feraient davantage (soit 80%) alors qu'ils sont 36 chez les 41 – 59 ans (soit 58%) et 33 chez les > 60 ans (soit 55%).

Sur les 57 médecins ayant réalisé une FC, 42 accepteraient d'adapter leur pratique gynécologique à la demande (soit 74%), alors que sur les 88 médecins n'en ayant pas réalisé seuls 50 d'entre eux accepteraient (soit 57%).

En revanche, la proximité avec un gynécologue et l'avis des médecins sur leur FI n'ont pas montré de différence significative sur leur volonté d'adapter leur pratique gynécologique à la demande.

DISCUSSION

I. Analyse des résultats

1. Données démographiques

La représentativité de notre échantillon a été évaluée selon l'atlas de démographie médicale du CNOM paru en 2019 ⁽¹²⁾.

L'âge moyen des médecins installés est de 50,4 ans avec un pourcentage de > 60 ans de 21,8% et de < 40ans de 21,1%. L'échantillon de cette étude est constitué de 29% de > 60 ans et de 28,3% de < 40 ans. Ces tranches d'âge sont donc surreprésentées par rapport à la population, il perd donc en représentativité.

2. Étude des résultats

La pratique gynécologique globale

Il existe une hétérogénéité dans l'activité gynécologique des médecins généralistes selon le motif des consultations (figure 2) (tableau 10) (Annexe 9).

Ils pratiquent régulièrement l'instauration et le renouvellement de contraception et occasionnellement les bilan d'IST, la vaccination HPV et le suivi de ménopause.

En revanche, les gestes techniques ne sont quasiment jamais réalisés.

Les FCV, le suivi de grossesse et l'examen gynécologique sont quant à eux plus souvent réalisés que les gestes techniques de la contraception mais sans nette mobilisation pour autant.

L'étude de N. Lauchet et M. Prevost réalisée en Haute-Vienne en 2010 montre que la pose et/ou le retrait d'implant ou DIU sont très rarement pratiqués. La pose de spéculums, les FCV et le TV sont quant à eux réalisés de manière peu fréquente ⁽¹³⁾.

Dans leur travail effectué en 2016, A. Lagneau et G. Maltrasi ont observé que 83% des généralistes des Alpes Maritimes et Alpes de Haute-Provence ne réalisent pas de gestes techniques de la contraception et 61% ne pratiquent pas le FCV ⁽¹⁴⁾.

De même pour C-E. Guillaume qui montre que 53% des médecins généralistes issus des promotions 2012 et 2013 de l'Université de Bordeaux ne réalisent jamais de FCV et seulement 8% posent les DIU dont 41% ne se sentant pas à l'aise avec ce geste ⁽¹⁵⁾.

Pour P. Bidet, la difficulté technique du geste et le manque de demande en sont les principales raisons selon son étude réalisée en 2013 auprès des jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil ⁽¹⁶⁾.

Les femmes médecins généralistes pratiquent davantage la gynécologie que leurs confrères masculins

L'étude révèle que les femmes réalisent significativement plus d'examen gynécologique, de prescription de contraception et de bilan d'IST que leurs confrères masculins (tableau 11).

Elles effectuent également significativement plus de FCV que les hommes.

Au contraire, le genre du praticien n'exerce aucune influence sur la réalisation des consultations concernant le suivi de grossesse, la ménopause, la vaccination HPV ou les gestes techniques de la contraception (implants et DIU).

La thèse de S. Dias réalisée en Ile-de-France en 2010 met également en évidence l'investissement plus important des femmes dans cette discipline. Le pourcentage de consultation gynécologique atteint 12,6% de l'activité globale des femmes médecins alors qu'il n'est que de 4,8% chez les hommes ⁽¹⁷⁾.

L'étude de A. Lagneau et G. Malatrasi (Alpes Maritimes et Alpes de Haute-Provence, 2016) montre aussi que les femmes ont une activité gynécologique plus importante que leurs confrères masculins notamment en ce qui concerne la réalisation des FCV (61% des femmes réalisent les FCV contre 28% des hommes) ⁽¹⁴⁾. Ces données sont confirmées par la thèse de L. Desmond dans l'Indre en 2013 avec 95% des femmes réalisant le FCV contre 70% des hommes ⁽¹⁸⁾.

Ces résultats sont également en accord avec plusieurs études similaires réalisées dans d'autres départements ^{(19), (20), (21)}, dont celle de N. Mauran réalisée dans les Landes en 2006 ⁽²²⁾.

La médecine générale s'est fortement féminisée ces dernières années. Entre 2010 et 2020, la part des femmes passe de 39.2 % (2010) à 50.4% % (2020) soit une augmentation de 11 points en 10 ans ⁽²³⁾.

Cependant les femmes déclarent travailler moins que les hommes. En effet, leur temps de travail hebdomadaire est inférieur de 10 % à celui des hommes (53h et 59h respectivement). De plus elles réalisent 24 % de consultations en moins, en raison notamment d'une durée plus longue des consultations. Elles effectuent également moins de gardes (50% des femmes en font contre 64% des hommes). Autre fait intéressant, un quart des femmes travaillent en temps partiel. Il a été observé une différence dans le mode d'exercice de la profession entre les sexes, les femmes privilégient plus le secteur salarié et le milieu urbain que leurs confrères masculins ^{(24), (25)}.

Dans sa thèse en 2017, C. Morgane démontre que les futurs médecins de sexe féminin issues du DES de médecine générale de la faculté de Poitiers envisagent une pratique médicale plus souple en termes de quantité de travail afin de donner plus d'importance à la vie personnelle ⁽²⁶⁾.

Dans notre étude, les résultats semblent suivre cette tendance sans toutefois être significatifs (tableau 6).

Les femmes sont donc globalement plus sensibilisées à la pratique gynécologique que les hommes mais ne réalisent pas plus de gestes techniques en dehors du FCV. On peut envisager une augmentation du suivi gynécologique si on associe l'attrait plus important des femmes à cette pratique avec la féminisation de la profession. En revanche celles-ci travaillent moins que les hommes donc la place des hommes est primordiale et il faudrait plus les sensibiliser.

L'âge du praticien n'exerce aucune influence sur l'activité gynécologique

Notre étude montre que l'âge du praticien n'influe pas sur la réalisation des différents actes de gynécologie (tableau 12).

Nos données sont en accord avec la thèse de M. Saidani réalisée en Bourgogne en 2016 ; toutefois, ces résultats sont à pondérer au vu de son faible taux de réponse de 17,5% ⁽²⁷⁾.

Les données de la littérature retrouvent des résultats divergents à ce sujet.

Certaines études montrent que la gynécologie est davantage pratiquée par les jeunes praticiens. C'est le cas pour cette enquête réalisée dans les Alpes Maritimes et Alpes de Haute Provence, qui établit que le profil « jeune femme exerçant en milieu rural » a une pratique de la gynécologie plus développée que ses confrères ⁽¹⁴⁾.

La thèse de S. Dias (Île-de-France, 2010) constate que les jeunes médecins âgés de 30-39 ans effectue significativement plus de consultations gynécologiques (la part de leur pratique gynécologique représente plus de 10% de leur activité globale pour 63,2% d'entre eux). Ils prescrivent également plus de nouveaux moyens contraceptifs (patch, anneau vaginal...) que les praticiens plus âgés qui restent fidèles à la prescription des contraceptifs oraux ⁽¹⁷⁾.

La thèse de I. Bonhomme et C. Moretti réalisée en Savoie et Haute-Savoie en 2017 retrouve cet engouement des jeunes praticiens pour les nouveaux contraceptifs. Les jeunes praticiens pratiquent davantage la pose et le retrait d'implant contraceptif ⁽²⁰⁾. L'implant ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché en 1999 et commercialisé en 2000, on peut supposer que les généralistes plus âgés soient moins sensibilisés à ce type de contraception ou moins (voire pas) formés à la technique de pose ⁽²⁸⁾. En revanche, les médecins plus âgés font plus de consultations de ménopause que leurs confrères plus jeunes. Leur expérience personnelle et professionnelle plus importante dans ce domaine les rendant peut-être plus à l'aise ⁽²⁰⁾.

A contrario, l'âge du praticien est un facteur facilitant la réalisation des actes techniques dans la thèse de R. André réalisée en Bourgogne en 2012 ⁽¹⁹⁾. L'étude de N. Lauchet et M. Prevost (Haute-Vienne, 2010) retrouve une pratique gynécologique plus importante chez les 50 – 59 ans par rapport à leur confrères plus jeunes ⁽¹³⁾.

Dans notre étude, l'âge du praticien n'exerce aucune influence sur la pratique de la gynécologie. Pourtant dans notre échantillon, les femmes étant significativement plus jeunes que les hommes et ayant une activité gynécologique plus importantes que les hommes ; on aurait pu s'attendre à ce que nos résultats valident l'hypothèse d'une activité plus importante chez les médecins jeunes (tableau 2). Le découpage par tranches d'âge dans le questionnaire a peut-être contribué à ces résultats. Une question ouverte concernant l'item « âge » des répondants aurait pu être préférée.

L'activité gynécologique du médecin généraliste ne dépend pas de son éloignement avec le gynécologue

Dans notre étude, la moitié des médecins déclarent être en proximité immédiate avec un gynécologue. Les médecins exerçant en milieu rural ont répondu avoir plus difficilement accès à un gynécologue que leurs confrères exerçants en milieu urbain.

Cela laisse supposer que les gynécologues sont préférentiellement installés en milieu urbain et que les médecins exerçant loin d'un gynécologue ont une activité gynécologique plus développée.

Pour autant cette hypothèse n'a pas été vérifiée dans cette étude car aucune différence significative n'a été démontrée entre la pratique gynécologique des médecins généralistes et leur éloignement avec le gynécologue (tableau 3 et 12).

Ces résultats concordent avec les études similaires réalisées en Haute-Vienne⁽¹³⁾, en Bourgogne⁽²⁷⁾, en Ile-de-France⁽¹⁷⁾ et en Savoie-Haute Savoie⁽²⁰⁾.

On peut s'interroger sur l'éventualité que les femmes, quels que soient leurs lieux d'habitations, feraient le déplacement vers le gynécologue spécialiste.

La thèse de C. Terris et T. Farge ayant interrogée 12 patientes de la région Rhône-Alpes-Auvergne en 2017⁽²⁹⁾ et celle de F. Cretin auprès de patientes d'Île-de-France en 2014⁽³⁰⁾ révèlent que le gynécologue est l'interlocuteur privilégié des femmes pour leur suivi. Elles le considèrent plus qualifié mais surtout méconnaissent les compétences des médecins généralistes dans ce domaine. Deux tiers d'entre elles ne savaient pas que leur médecin pouvait exercer la gynécologie. Elles seraient donc prêtes à consulter leur médecin traitant si besoin. Leur motivation principale étant une meilleure accessibilité avec des délais de rendez-vous plus courts car elles font face à une indisponibilité croissante des gynécologues.

Un autre aspect qui freine les patientes à consulter leur médecin généraliste est le sentiment de pudeur qu'elle éprouve envers celui-ci. En effet comme le montre la thèse de A. Gambiez-Joumard réalisée en 2011 dans le département de la Loire⁽³¹⁾, elles déclarent éprouver une gêne liée aux discussions touchant à leur intimité/sexualité, à un aspect tabou de l'examen ou encore à la perception d'une relation trop familière avec leur généraliste. Celui-ci étant souvent le médecin de famille et connu de longue date, elles se sentent plus à l'aise avec une personne neutre comme le spécialiste.

Une meilleure communication sur l'aptitude du médecin généraliste à pratiquer la gynécologie est donc primordiale. Dans son étude réalisée en 2020 auprès de médecins généralistes dans les Bouches-du-Rhône, M. Plantevin propose l'élaboration d'affiches à positionner dans la salle d'attente ou encore d'un listing de médecins exécutant des consultations gynécologiques pouvant être mis à disposition des patientes et des autres professionnels de santé, vecteurs eux aussi de l'information ⁽³²⁾.

L'activité gynécologique des médecins généralistes selon leurs formations

Cette étude montre que la majorité des praticiens ne se sentent pas assez bien préparés à la gynécologie puisque 70,3% d'entre eux perçoivent leur formation initiale comme insuffisante (tableau 8).

Il est mis en évidence que les médecins jugeant leur formation initiale comme suffisante réalisent plus d'examen gynécologique et de FCV que leurs confrères l'estimant comme non suffisante (tableau 14).

Ces résultats montrent également que ceux ayant réalisé une formation complémentaire réalisent significativement plus d'examen gynécologique, de suivi de ménopause et de gestes techniques que les médecins n'ayant pas réalisé de formation complémentaire (tableau 15).

On peut donc constater que les praticiens mieux formés à la pratique de la gynécologie l'exercent davantage.

De façon contradictoire, les médecins évaluant leur formation initiale comme suffisante réalisent significativement plus de formation complémentaire que ceux la jugeant comme insuffisante (tableau 9).

Ces résultats laissent supposer qu'avec une meilleure formation initiale, les médecins sont plus sensibilisés à la pratique de la gynécologie et donc peut être plus motivés à s'approfondir dans ce domaine.

Étant donné que le médecin généraliste va devoir répondre à une demande potentiellement croissante en gynécologie au regard de la pénurie annoncée de spécialistes dans ce domaine, il est primordial qu'ils soient bien préparés à cette pratique.

Pourtant, plusieurs études montrent qu'il ne se sent pas armé pour cet exercice.

En 2006 dans les Landes, N. Mauran relevait déjà que 80% des médecins landais étaient insatisfaits de leur apprentissage pratique ⁽²²⁾. Les praticiens plus âgés dénoncent une formation inexistante dans les études médicales il y a 20 ou 30 ans.

Pour autant, la formation universitaire actuelle est toujours critiquée. En effet, une étude réalisée en 2018 auprès de jeunes médecins généralistes issus des promotions 2012 et 2013 de l'Université de Bordeaux montre que ceux-ci qualifient leur formation pratique en gynécologie médicale comme inadaptée, insuffisante voire inexistante ⁽¹⁵⁾. Dans le travail de thèse de L. Royer en 2010 ⁽³³⁾, 75% des internes en fin de cursus de la faculté d'Angers n'ont jamais prescrit ni suivi de traitement de la ménopause. Même constat dans l'étude de A. Delannoy-Eglinger en 2009 à la faculté Lille II qui souligne que seul 39% des étudiants en fin d'internat se sentent capables de prescrire un traitement hormonal substitutif et moins de 30% d'entre eux se sentent compétents pour les actes techniques de contraception (DIU, implant) ⁽²¹⁾.

Les médecins identifient donc avoir besoin d'une meilleure formation, notamment pour les familiariser à la réalisation des gestes techniques ^{(13), (16)}.

Dans sa thèse en 2016, M. Colchen ⁽³⁴⁾ a analysé l'influence de l'absence d'un stage en gynécologie au cours de l'internat de médecine générale sur la pratique des jeunes médecins installés en Picardie. Ils ont répondu que la pratique de la gynécologie était assez mal vécue à cause du manque d'expérience s'ils n'avaient pas réalisé de stage, qu'ils considèrent comme proche de leur pratique surtout s'il est réalisé en ambulatoire.

La réforme du troisième cycle du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale a rendu le stage en gynécologie obligatoire pour tous les internes, ce qui est une première avancée dans l'amélioration de la formation initiale ⁽³⁵⁾.

L'autre opportunité d'approfondir leurs compétences est la réalisation de formation complémentaires telles que les formations médicales continues (FMC) ou diplômes universitaires (DU).

Les attentes des médecins généralistes au cours des FMC sont d'approfondir leur connaissance en abordant les « petits trucs pratiques » et les nouveaux traitements, mais également se familiariser aux gestes techniques ^{(17), (36)}. Pourtant peu y participe, essentiellement par manque de temps et surcharge de travail ⁽³⁷⁾.

Dans leur thèse réalisée en 2017 en Savoie et Haute-Savoie, I. Bonhomme et C. Moretti montrent que 64% des médecins seraient intéressés par une formation pratique telle que « l'école de la gynécologie ». Cette formation consisterait à venir pratiquer gratuitement dans un centre

de planning familial, sur mannequin ou patiente, avec formation par compagnonnage entre confrères ⁽²⁰⁾.

Il existe également un « diplôme inter universitaire de gynécologie – obstétrique pour les médecins généralistes » proposé par certaines universités.

Selon les médecins ayant réalisé ce diplôme, cette formation apporte un panel de consultations plus varié et de l'aisance dans leur pratique ⁽¹⁹⁾. Toutefois, cette formation demande un réel investissement, pas forcément compatible avec l'activité du médecin libéral. Le diplôme requiert la réalisation de stages hospitaliers, la rédaction d'un mémoire et ne permet pas au médecin de justifier d'un titre en gynécologie, il s'agit uniquement d'un investissement personnel lui permettant de se sentir plus à l'aise dans sa pratique. Ces contraintes pourraient donc expliquer pourquoi les médecins généralistes installés seraient peu motivés par une telle démarche ⁽¹⁷⁾.

Pourtant il serait judicieux de le rendre plus attractif. Dans son étude réalisée en 2020 dans les Bouches-du-Rhône, N. Plantevin montre que 67% des femmes seraient incitées à consulter leur médecin généraliste si celui-ci avait cette formation supplémentaire ⁽³²⁾. De même, dans son étude réalisée en 2010 sur la vision de la consultation gynécologique en MG par 1000 patientes de Midi-Pyrénées, V. Megret montre que 45% des femmes préfèrent consulter le gynécologue car elles supposent la formation de leur médecin généraliste comme insuffisante. Or, elles sont 20% à signaler pouvoir changer d'opinion si leur médecin généraliste avait reçu une formation spécifique ⁽³⁸⁾.

Une meilleure communication, accessibilité et reconnaissance des formations complémentaires en gynécologie pourrait motiver un plus grand nombre de médecins généralistes souhaitant perfectionner leurs compétences et ainsi développer leur pratique de la gynécologie.

Freins et motivations à la pratique gynécologique des généralistes

Dans cette étude, les quatre principaux freins à la pratique de la gynécologie sont la proximité avec un autre professionnel exerçant cette activité (gynécologues, sages-femmes ...), le manque de demande de la part des patientes, le manque de temps et le manque de formation des médecins (tableau 16).

Les trois principales motivations sont quant à elles, l'opportunité d'avoir une approche globale de la patiente, la diversification de l'exercice et l'intérêt personnel des médecins pour cette pratique (tableau 18).

La proximité avec un autre professionnel exerçant la gynécologie est le premier frein cité par les médecins de notre étude. Il est rencontré par 59 praticiens (41%) et naturellement significativement plus exprimés par ceux ayant leur cabinet à moins de 15min du gynécologue ($p < 0.01$) (tableau 17).

Ce frein est également mis en avant dans d'autres études similaires, pas toujours en premier lieu mais faisant partie du trio de tête. Notamment dans l'étude de N. Brosset réalisée en 2013 en Indre-et-Loire⁽³⁹⁾ ou dans celle de R. Champeaux et M. Dominault réalisée la même année dans les Deux-Sèvres⁽⁴⁰⁾.

Ce frein est le premier cité dans la thèse de S. Dias réalisée en 2010 en rapportant 72,6% des suffrages⁽¹⁷⁾. Toutefois ce résultat est à considérer avec réserve puisque cette étude a été réalisée en Île-de-France donc en milieu très urbanisé, lieu d'installation de prédilection des gynécologues.

Dans la thèse de K. Lageyre réalisée en 2014 en région agenaise, les médecins généralistes se considèrent comme acteurs de la prise en charge gynécologique mais ils trouvent difficile de définir leur rôle de premier recours, regrettant que le gynécologue soit parfois le « *généraliste de la femme* »⁽⁴¹⁾. Peut-être qu'une définition plus précise des rôles de chacun des acteurs de la prise en charge gynécologique et une meilleure reconnaissance de leurs compétences par les spécialistes permettrait de favoriser cette pratique par les médecins de premier recours. Cela ne remettrait pas en question l'importance des gynécologues mais permettrait au contraire de valoriser leur rôle de médecin de deuxième voire troisième recours.

Le deuxième frein de l'étude est le manque de demande de la part des patientes. Il est rencontré par 52 médecins soit 35,9% (tableau 16). Comme on a pu le mettre en évidence précédemment, cela est la conséquence directe du manque de communication sur les aptitudes du médecin généraliste dans le domaine de la gynécologie et de la méconnaissance des patientes à consulter ce praticien qui en découle.

Selon N. Brosset en 2013, 42% des médecins généralistes d'Indre-et-Loire pensent qu'une meilleure information sur leurs compétences faciliteraient le suivi des femmes par eux-mêmes.

Ils proposent même une piste d'amélioration : la réalisation d'une campagne de sensibilisation de la part de la CPAM ⁽³⁹⁾.

Dans notre étude, les hommes se sentent moins sollicités et sont plus nombreux à déclarer ressentir une gêne vis-à-vis de leurs patientes pour les consultations d'ordre gynécologique par rapport aux médecins féminins ($p < 0.01$) (tableau 17).

Dans sa revue de la littérature en 2018, H. Guyomard analyse ce sentiment d'inconfort ⁽⁷⁾. Si la gêne des patientes est parfois réelle, elle paraît fantasmée comme une barrière dans le discours de certains médecins, reflétant sans doute par là leur propre pudeur. Cela est révélateur d'un sujet qui reste relativement tabou, y compris au sein d'une science qui semble pourtant affranchie de ce type d'obstacle. Le sexe masculin du praticien est un facteur souvent exprimé par les médecins pour expliquer la réticence des femmes. Effectivement la plupart des études montre que les femmes ont une préférence pour un médecin du même sexe pour leur suivi gynécologique ^{(29), (40), (42), (43)}.

Mais lorsque que l'on regarde dans le détail, le genre n'est peut-être pas aussi déterminant.

Par exemple l'étude de M. Saidani réalisée en 2016 en Bourgogne révèle que 60,5% des patientes estiment que le sexe du praticien n'a aucune importance ⁽²⁷⁾.

De même, dans son travail de thèse réalisé en 2014 en Île-de-France, F. Cretin montre que 43% des patientes interrogées préfèrent un médecin femme, 24% un homme et 30.5% n'ont pas de préférence. Soit 54.5% des femmes qui pourraient ainsi potentiellement être suivies par un médecin généraliste de sexe masculin ⁽³⁰⁾.

Les médecins rapportent également un frein à leur pratique gynécologique qui n'a pas été mentionné dans notre étude : le risque médico-légal de la discipline auquel s'ajoute la peur de l'accusation d'attouchement pour les praticiens de genre masculin ^{(14), (17), (44)}.

Le troisième frein énoncé dans cette étude est celui du manque de temps, rencontré par 47 médecins soit 32,4% (tableau 16). Celui-ci est davantage exprimé par les médecins exerçant à >15min d'un gynécologue ($p < 0.01$), ceux estimant leur FI comme non suffisante ($p = 0.055$) et ceux n'ayant pas réalisé de FC ($p = 0.046$) (tableau 17).

Les praticiens installés à >15min d'un gynécologue ont tous répondu exercer en milieu semi-rural ou rural. Ils sont donc plus isolés avec moins de structures de soins, de spécialistes mais aussi de confrères généralistes autour d'eux. On peut donc supposer que leur charge de travail

globale est plus importante, avec parfois des visites au domicile lointaines. Ceci leur permet peut-être difficilement d'y ajouter la pratique de la gynécologie.

Les médecins estimant être moins bien formés dans ce domaine sont sûrement moins à l'aise à la réalisation des consultations ou aux gestes techniques. Cela peut leur prendre plus de temps n'y étant pas habitués, ce qui en fait un frein pour eux.

Le manque de temps est un frein fréquemment énoncé dans la littérature. L'obstacle majeur est le caractère chronophage des consultations, lié au temps nécessaire à la délivrance de messages de prévention ou lors des grossesses, mais également à l'examen et à la réalisation des actes techniques.

Dans la thèse de B. Dien-Bergeard réalisée en 2013, huit médecins d'Indre-Et-Loire interrogés sur neuf considéraient les consultations d'ordre gynécologique plus longues et cinq d'entre eux prenaient d'emblée une demi-heure pour ce type de consultations au lieu de quinze ou vingt minutes habituellement ⁽⁴⁴⁾.

Dans le travail de N. Brosset réalisé lui aussi en 2013 en Indre-Et-Loire, le deuxième frein rencontré par les généralistes est le rapport rémunération/ temps passé et matériel ⁽³⁹⁾. Les médecins interrogés considéraient les consultations à motif gynécologique comme chronophages et que c'était un argument important pour revaloriser les actes CCAM ou mieux rémunérer les actes de gynécologie (même tarif que les gynécologues de ville) afin d'obtenir une reconnaissance tarifaire. Celle-ci permettrait au médecin de s'équiper en matériel et d'obtenir une rémunération en fonction du temps passé et des éventuels actes techniques pratiqués. Ils seraient alors plus incités à y consacrer plus de temps.

Dans leur thèse en 2016, A. Lagneau et G. Maltrasi ⁽¹⁴⁾ ont interviewé les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et Alpes de Haute-Provence à ce sujet et certaines réponses sont assez éloquentes. L'un d'entre eux déclare « J'ai longtemps fait des frottis cervico-utérins, des consultations de gynécologie de dépistage, des prélèvements locaux à visée infectieuse, etc... Mais grosse perte de temps pour une cotation inexistante ». Un autre avoue « Les facteurs financiers, temps et contraintes ne sont pas les seuls critères pour refuser les actes de gynécologie : c'est le côté méprisant qu'il y a à nous rémunérer si peu ou pas du tout. Donc comme c'est facile d'aller voir le gynécologue où ce sera très bien fait (et pour beaucoup plus cher), je n'hésite pas ».

Dans notre étude les freins « manque de matériel » et « manque de rémunération » sont les derniers rencontrés par les médecins (respectivement 9% et 6,2%) mais aucun d'entre eux ne l'a cité comme un facteur motivant la pratique (tableau 16 et 18) ! Une revalorisation de cette activité encouragerait donc les médecins généralistes à la pratiquer davantage.

En quatrième position arrive le frein du manque de formation avec 42 répondants soit 29% (tableau 16). Celui-ci est logiquement plus avancé par les médecins estimant leur FI comme non suffisante ou n'ayant pas réalisé de FC ($p < 0.01$) (tableau 17).

De plus, les médecins ayant réalisé une FC sont significativement plus motivés par la pratique de gestes techniques que leurs confrères n'en ayant pas faite ($p < 0.01$) (tableau 19).

Comme on a pu le détailler précédemment, ces résultats démontrent l'importance d'une formation solide (tant sur le plan initial que complémentaire) pour impliquer davantage les médecins généralistes dans cette pratique.

Cela est confirmé par les réponses des médecins concernant l'intérêt qu'ils portent à cette discipline. En effet, les médecins formés ont répondu qu'ils pratiquaient la gynécologie par motivation et intérêt personnel tandis que les non formés le voient plutôt comme un frein et sont 89,5% à avoir répondu ressentir un manque d'intérêt dans ce domaine (tableau 17 et 19).

On peut donc conclure que l'intérêt que portent les généralistes pour la gynécologie dépend de la qualité de leur formation.

De façon générale, les médecins sont principalement séduits par la diversification de l'exercice (27,6%) et l'approche globale de la patiente (31%) qu'apporte l'activité gynécologique (tableau 18). Les plus intéressés et motivés pour cette pratique sont les femmes et les médecins s'estimant comme mieux formés.

Projection sur la demande

Dans cette étude 63% des médecins affirment être favorables à pratiquer davantage de gynécologie si la demande était plus forte (tableau 20). Les femmes, les jeunes praticiens et ceux ayant réalisés une formation complémentaire étaient significativement plus nombreux à répondre par l'affirmative que leurs confrères (tableau 21).

Ces constatations ont également été mises en évidence dans des études similaires réalisées en Ile-de-France⁽¹⁷⁾, en Bourgogne⁽²⁷⁾ et dans l'Indre⁽¹⁸⁾.

Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que les femmes et les médecins mieux formés ont une activité gynécologique plus importante et se sentent également plus concernés par ce domaine.

Les deux principaux freins à cette pratique énoncés par les médecins généralistes sont la proximité avec un gynécologue et le manque de demande. Ils ne semblent pas être réfractaires à la pratique de la gynécologie puisque seul 13,1% d'entre eux rapportent éprouver un manque d'intérêt envers celle-ci.

On peut supposer qu'avec la diminution du nombre de gynécologues dans les années à venir, les généralistes désireux de faire davantage de gynécologie pourraient répondre à la demande de consultations.

Pour autant, l'effectif de médecins généralistes menaçant également de s'appauvrir, ce qui risque d'augmenter leur charge de travail global : seront-ils en mesure de recevoir ces femmes ? Il est légitime de se poser cette question puisque le 3^{ème} frein à l'activité gynécologique cité par les médecins est celui du manque de temps.

II. Critiques méthodologiques

1. Biais de sélection

Le choix de la population a été restreint aux médecins généralistes landais, les résultats permettent donc d'établir un profil départemental mais ne permettent pas l'extrapolation à un profil national.

L'étude présente un biais de sélection par le recrutement des médecins de l'échantillon. En effet, les médecins n'ayant pas pu être contactés ou non informatisés auraient pu être des inclus potentiels.

Il existe également un biais de sélection par le mode de réponse au questionnaire, basé sur le volontariat. Lors des appels téléphoniques, plusieurs médecins ont soulevé qu'ils ne répondraient peut-être pas au questionnaire faute de temps ou du fait d'une surcharge de travail. On peut se demander si les médecins qui étaient plus intéressés ou impliqués dans la pratique de la gynécologie ont pu se montrer plus motivés et ont probablement répondu plus facilement au questionnaire. Et au contraire, les médecins ne pratiquant pas de gynécologie ont pu ne pas y répondre pensant, malgré le démenti de l'enquête, que cette étude ne les concernait pas.

2. Biais d'interprétation

L'analyse des réponses a mis en évidence les limites du questionnaire, notamment dans certaines formulations des questions peut être trop imprécises.

Les types d'exercice « rural », « semi-rural » et « urbain » n'ont pas été explicités dans la question, les médecins ont donc répondu en fonction de leurs interprétations. Cela aurait pu être précisé afin d'éviter toute subjectivité et permettre aux réponses d'être davantage comparables. De même, le terme de « formation initiale » aurait mérité plus de précision ou des choix de réponses plus détaillées. Comme différencier formation théorique et pratique ou encore stage d'externat et d'internat. Certains médecins ont pu se demander si un stage d'externat était « suffisant » pour répondre par l'affirmative alors que d'autres ont pu y répondre par la négative considérant uniquement le stage d'internat comme formateur.

La formulation de la question sur la fréquence de réalisation des actes de gynécologie a pu orienter les réponses. L'association du nombre d'actes et d'un adverbe tel que « peu », « régulièrement » ou « beaucoup » a pu influencer les médecins dans leurs réponses.

3. Biais de déclaration

L'étude étant réalisée par questionnaire de manière dématérialisée et anonyme, les réponses obtenues illustrent donc la pratique déclarative des médecins et non leur pratique réelle de la gynécologie.

La formulation ou les réponses proposées dans le questionnaire ont pu influencer le médecin répondant. Un questionnaire à réponses ouvertes ou des entretiens semi-dirigés auraient pu minimiser ce biais.

A contrario, le caractère anonyme du questionnaire a pu permettre au médecin de répondre en toute franchise sans crainte du jugement.

III. Atouts de l'étude

Nous avons obtenu un taux de réponse au questionnaire plutôt satisfaisant de 51,2%.

Même si l'échantillon n'est pas complètement représentatif des médecins généralistes des Landes, il est suffisamment important pour indiquer une tendance et orienter les perspectives pour l'amélioration de la pratique gynécologique et donc favoriser la prise en charge globale des patientes.

CONCLUSION

Les médecins généralistes sont les acteurs principaux des soins primaires et jouent un rôle primordial dans la prise en charge globale du patient. La pratique de la gynécologie fait partie intégrante de leur activité par la nécessité d'assurer le suivi de la femme tout au long de sa vie. Ils doivent faire face à une demande croissante dans ce domaine devant la pénurie de leurs confrères gynécologues et seront donc à l'avenir en première ligne pour les actes courants de gynécologie.

Cette étude, réalisée par un questionnaire envoyé aux médecins généralistes installés dans le département des Landes, a permis d'évaluer leur pratique de la gynécologie.

Il existe une hétérogénéité dans l'activité gynécologique des généralistes selon le motif des consultations, le sexe du praticien et son niveau de formation. Si les actes courants de gynécologie sont globalement pratiqués, la réalisation des gestes techniques est quant à elle inexistante.

Les femmes médecins ont une activité gynécologique plus développée que celle des hommes. Si on associe cet attrait plus important des femmes médecins avec la féminisation de la profession, on peut envisager un meilleur suivi gynécologique des patientes. En revanche celles-ci travaillent moins que leurs confrères masculins, la place des hommes reste importante et nécessite de les sensibiliser.

Cette étude montre que la majorité des praticiens ne se sentent pas assez bien préparés à la pratique de la gynécologie puisque 70,3% d'entre eux perçoivent leur formation initiale comme insuffisante. Les praticiens mieux formés à l'exercice de la gynécologie y sont plus sensibilisés, l'exercent davantage et sont plus motivés à s'approfondir dans ce domaine. Il est donc primordial qu'ils soient bien préparés à cette pratique.

Une première avancée dans l'amélioration de la formation initiale est la réalisation d'un stage de gynécologie durant l'internat, rendu obligatoire par la réforme du troisième cycle du DES de médecine générale. De plus, une meilleure communication, accessibilité et reconnaissance des formations complémentaires en gynécologie pourrait motiver un plus grand nombre de

médecins généralistes souhaitant perfectionner leurs compétences et ainsi développer leur pratique de la gynécologie.

Dans notre étude, les médecins ont prouvé qu'ils étaient intéressés par l'exercice de la gynécologie puisque 63% d'entre eux ont déclarés être favorables à la pratiquer davantage. Leurs principales motivations étaient l'opportunité d'avoir une approche globale de la patiente et la diversification de l'exercice, ce qui est en parfaite adéquation avec leur rôle de médecin généraliste.

En revanche, les deux freins principaux à cet engouement sont le manque de demande et la proximité avec un gynécologue. Une meilleure information de la patiente sur les aptitudes du médecin généraliste dans le domaine de la gynécologie et une répartition plus précise des rôles de chacun des acteurs de la prise en charge gynécologique (gynécologues obstétriciens, gynécologues médicaux et médecins généralistes) valoriserait l'activité gynécologique des médecins généralistes. Cela permettrait également aux patientes d'avoir un meilleur suivi gynécologique avec des consultations plus facile d'accès, ce qui est un argument indéniable en termes de santé publique.

Un autre frein souvent relevé dans cette étude est celui du manque de temps, avec un caractère chronophage des consultations gynécologiques ce qui décourage les médecins à les pratiquer. Une revalorisation tarifaire permettrait au médecin d'obtenir une reconnaissance en fonction du temps accordé, des actes techniques pratiqués ainsi que de s'équiper en matériel. Ils seraient alors incités à y consacrer plus de temps.

Pour autant, l'effectif de médecins généralistes tendant à baisser et leur charge de travail à augmenter, on peut se demander s'ils seront en mesure de recevoir ces femmes. Il est donc important d'établir une collaboration étroite entre professionnels de santé en intégrant également les sages-femmes. Si leur rôle dans le cadre du suivi de la femme enceinte et du post-partum est bien établi, leur aptitude à réaliser le suivi des femmes en bonne santé est moins connu des patientes. Une meilleure information des patientes sur les compétences de chacun des acteurs de la prise en charge gynécologique permettrait d'améliorer la qualité et la régularité du suivi des femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. L'assurance maladie – Ameli. Dispositif du médecin traitant. 29/12/2020. [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/landes/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
2. Allen J, Crebolder H, Gay B, Heyrman J, Ram P, Svab I. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle de médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste. WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002.
3. La prise en charge des femmes françaises, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Source : Observatoire Thalès Étude 2769, septembre 1999 : fréquence annuelle de consultation des femmes chez le généraliste.
4. Sénat. Pénurie de gynécologues médicaux – 15^{ème} législature – JO Sénat du 11/04/2019 - page 1906. [Internet]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ190409911.html>
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2018 [Internet]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
6. Purgues S, Fourneyron E. Synthèse de l'étude La prise en charge gynécologique en Nouvelle-Aquitaine par les professionnels libéraux URPS Médecins libéraux Nouvelle-Aquitaine. Étude commandée par Dr S. Brugère, Présidente de la commission « Organisation des soins en gynécologie médicale », Union régionale des Médecins Libéraux de Nouvelle-Aquitaine (URPS MLNA). Février 2019. [Internet]. Disponible sur : https://www.urpsml-na.org/uploads/images/1569846744_etude-gyneco-urpsml-HD-web.pdf
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Situation au 1^{er} janvier 2018 [Internet]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/12u58hp/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf

8. Sénat. Compte rendu intégral des débats du 21 juillet 2015. Question N°1176.
[Internet]. Disponible sur :
https://www.senat.fr/seances/s201507/s20150721/s20150721001.html#cribkmk_quest_ionorale_1176_440868
9. Papon S, Beaumel S. Bilan démographique 2019. Division Enquêtes et études démographiques – Insee Première – N°1789 – Paru le 14/01/2020. [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618>
10. Gatin B. Le CNGOF ouvre ses portes aux généralistes. Panorama du médecin, Novembre 2006, n°5038, p.65.
11. Guyomard H. État des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de littérature. [Thèse de médecine générale]. Université d'Angers ; 2018. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127032/2018MCEM9882/fichier/9882F.pdf>
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Situation au 1^{er} janvier 2019 [Internet]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1rg5kdp/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
13. Lauchet N, Prevost M. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne : obstacles et besoins de formations identifiés. [Thèse de médecine générale]. Université de Limoges ; 2010.
14. Lagneau A, Malatrasi G. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et Alpes de Haute-Provence : analyse des pratiques. [Thèse de médecine générale]. Université de Nice Sophia Antipolis ; 2016.
15. Guillaume C-E. Évaluation des compétences cliniques et techniques en gynécologie médicale acquises au cours du DES de médecine générale : enquête auprès des nouveaux médecins généralistes issus des promotions 2012 et 2013 de l'Université de Bordeaux. [Thèse de médecine générale]. Université de Bordeaux ; 2018.
16. Bidet P. Pratique des gestes et techniques de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil. [Thèse de médecine générale]. Université Paris XII ; 2013.
17. Dias S. État des lieux de la pratique de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes d'Île-de-France. [Thèse de médecine générale]. Université Paris VII ; 2010.
18. Desmond L, Turpin G. Analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre. [Thèse de médecine générale]. Université de Tours ; 2013.

19. André R. Pratique de la gynécologie par les médecins généralistes libéraux bourguignons : état des lieux, analyse et éléments de réflexion. [Thèse de médecine générale]. Université de Bourgogne ; 2012.
20. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative. [Thèse de médecine générale]. Université Grenoble Alpes ; 2017.
21. Delannoy-Eglinger A. À propos du suivi gynécologique : médecin généraliste ou spécialiste ? Étude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie. [Thèse de médecine générale]. Université Lille II ; 2009.
22. Mauran N. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique. [Thèse de médecine générale]. Université de Bordeaux ; 2006.
23. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2020 [Internet]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
24. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DRESS, ORS, URPSML. Mars 2012. N°797. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er797-2.pdf>
25. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociologies pratiques. 1er sept 2007 ;14(1) :19-30. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2007-1-page-19.htm>
26. Couffinhall M. La féminisation de la médecine générale : entre attente des internes et réalité de la pratique actuelle. [Thèse de médecine générale]. Université de Poitiers ; 2017. Disponible sur : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/59008>
27. Saidani M, Lemoine T. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins. [Thèse de médecine générale]. Université de Bourgogne ; 2016.
28. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence du 6 Juillet 2005 - Implanon. [Internet]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ct031887.pdf>

29. Terris C, Farge T. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? Étude qualitative auprès des patientes. [Thèse de médecine générale]. Université de Lyon ; 2017.
30. Cretin F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique [Thèse de médecine générale]. Université Pierre et Marie Curie (Paris) ; 2014.
31. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. Revue Francophone Exercer. Médecine Générale. Oct 2011;(98) :122-8.
32. Plantevin M. Connaissances des patientes concernant les compétences gynécologiques des médecins généralistes. [Thèse de médecine générale]. Université de Aix-Marseille ; 2020. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02967664>
33. Royer L. État des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire. [Thèse de médecine générale]. Université d'Angers ; 2011.
34. Colchen M, Pierre-Duval P. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie. [Thèse de médecine générale]. Université de Picardie ; 2016.
35. Réforme de 3ème cycle – SRP-IMG. 20 aout 2017. [Internet]. Disponible sur : <https://www.srp-img.com/archives/2052>
36. Costes M., Louzeau-Arnal G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. [Thèse de médecine générale]. Université de Toulouse ; 2006.
37. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. Que disent les médecins généralistes sur leurs besoins de formation en gynécologie ? Pédagogie Médicale 2002, 19-24.
38. Megret V. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale. [Thèse de médecine générale]. Université de Toulouse ; 2010.
39. Brosset M, Renoux C. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale : une enquête quantitative. [Thèse de médecine générale]. Université de Tours ; 2013.
40. Champeaux R, Dominault M. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins

généralistes et de patientes : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. [Thèse de médecine générale]. Université de Poitiers ; 2013.

41. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale. [Thèse de médecine générale]. Université de Bordeaux ; 2014.
42. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. *Revue Francophone Exercer Médecine Générale*. Mai-Juin 2013;(107) :114-20.
43. Daveaux S. L'acceptation par les femmes des gestes techniques courants de gynécologie médicale en médecine générale. [Thèse de médecine générale]. Université de Picardie Jules Verne ; 2013.
44. Dien-Bergeard B, Renoux C. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-Et-Loire dans le suivi gynéco-obstétrical : une enquête qualitative. [Thèse de médecine générale]. Université de Tours ; 2013.

ANNEXES

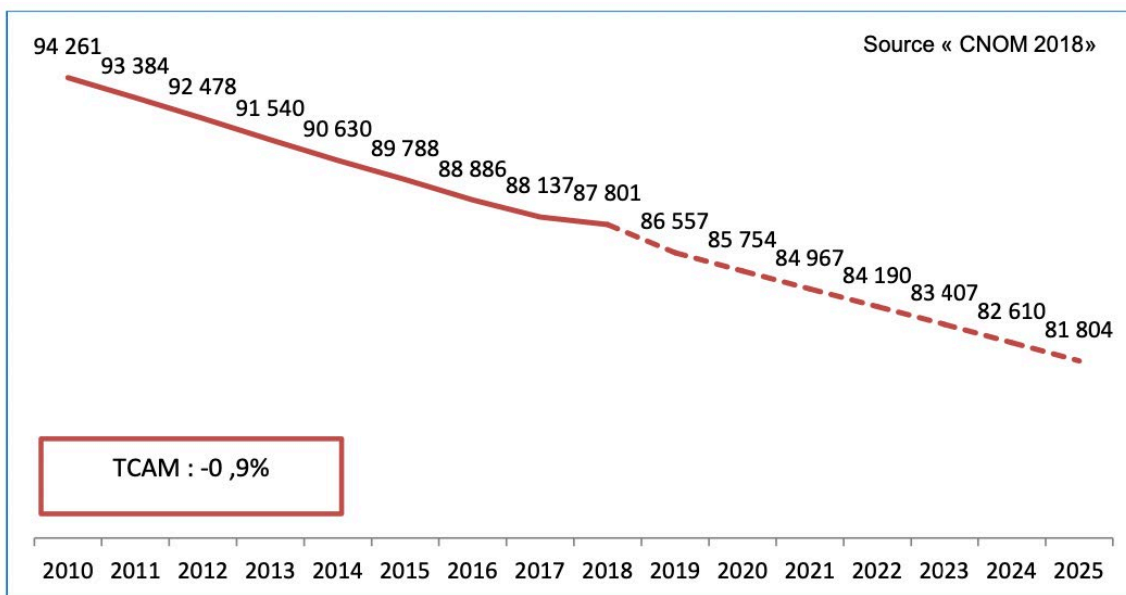
Annexe 1 : Variations départementales 2017-2018 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (%)

Départements	%
Ain	-0,83
Aisne	-5,56
Allier	-0,48
Alpes-de-Haute-Provence	1,98
Hautes-Alpes	4,68
Alpes-Maritimes	-0,37
Ardèche	0,54
Ardennes	2,02
Ariège	-1,34
Aube	-3,86
Aude	2,51
Aveyron	-1,80
Bouches-du-Rhône	-0,61
Calvados	0,71
Cantal	-0,47
Charente	-3,66
Charente-Maritime	0,21
Cher	-0,35
Corrèze	-0,62
Côte-d'Or	0,00
Côtes-d'Armor	-1,11
Creuse	-7,30
Dordogne	-2,74
Doubs	-2,57
Drôme	-0,46
Eure	-6,72
Eure-et-Loir	-1,47
Finistère	0,60
Corse-du-Sud	-1,30
Haute-Corse	-0,44
Gard	-1,04
Haute-Garonne	1,17
Gers	-0,83

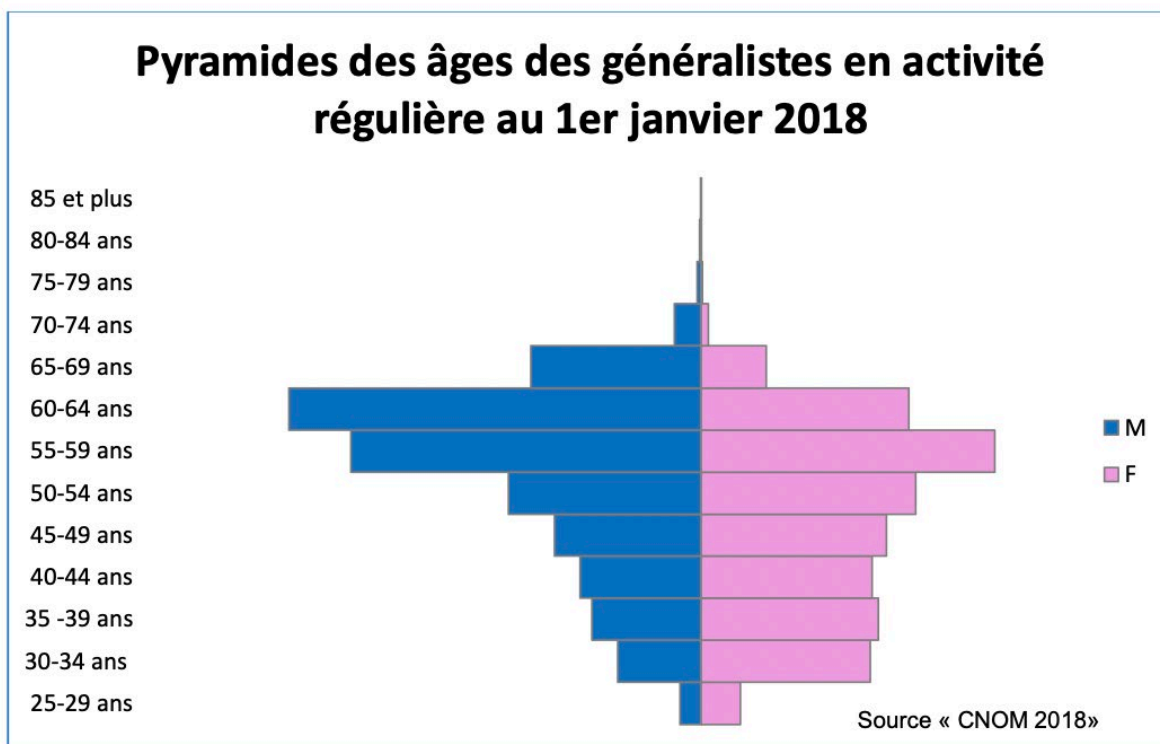
Départements	%
Gironde	2,68
Hérault	0,24
Ille-et-Vilaine	0,36
Indre	0,91
Indre-et-Loire	1,20
Isère	1,08
Jura	-2,36
Landes	-1,40
Loir-et-Cher	-2,57
Loire	-0,47
Haute-Loire	2,11
Loire-Atlantique	2,59
Loiret	-3,03
Lot	-3,46
Lot-et-Garonne	0,00
Lozère	-3,37
Maine-et-Loire	-0,09
Manche	-2,56
Marne	-2,37
Haute-Marne	1,37
Mayenne	-3,39
Meurthe-et-Moselle	0,73
Meuse	-3,57
Morbihan	1,57
Moselle	-0,72
Nièvre	0,00
Nord	-0,44
Oise	-3,08
Orne	0,00
Pas-de-Calais	-0,96
Puy-de-Dôme	-0,56
Pyrénées-Atlantiques	1,21
Hautes-Pyrénées	-0,25
Pyrénées-Orientales	-2,24

Départements	%
Bas-Rhin	0,61
Haut-Rhin	-1,29
Rhône	0,61
Haute-Saône	2,97
Saône-et-Loire	-1,29
Sarthe	-4,76
Savoie	3,06
Haute-Savoie	0,95
Paris	-0,65
Seine-Maritime	-1,70
Seine-et-Marne	-0,96
Yvelines	-1,10
Deux-Sèvres	-0,64
Somme	-0,82
Tarn	0,20
Tarn-et-Garonne	0,99
Var	1,76
Vaucluse	-0,93
Vendée	0,14
Vienne	-3,42
Haute-Vienne	-1,56
Vosges	-2,21
Yonne	-5,67
Territoire de Belfort	4,76
Essonne	-2,49
Hauts-de-Seine	-1,05
Seine-Saint-Denis	-2,57
Val-de-Marne	0,13
Val-d'Oise	-3,79
Guadeloupe	1,16
Martinique	0,00
Guyane	1,90
Réunion	1,63
Mayotte	-3,60

Annexe 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (en valeurs absolues)



Annexe 3 : Pyramides des âges des généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2018



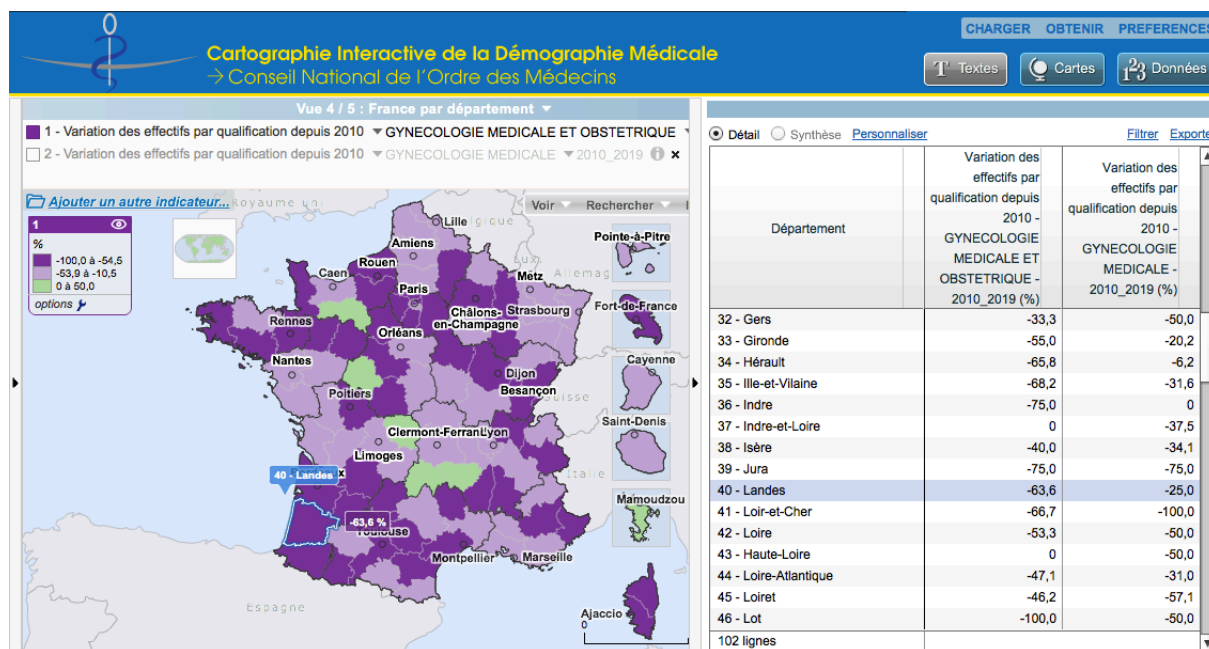
Annexe 4 : Tableau de densité de médecins généralistes et gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Densité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans	Médecins généralistes ¹	Gynécologues médicaux ¹	Gynécologues obstétriciens ¹
Charente	437,9	24,3	16,7
Charente-Maritime	582,9	11,7	16,7
Corrèze	541,0	9,2	18,3
Creuse	574,2	15,7	5,2
Deux-Sèvres	424,1	6,9	13,9
Dordogne	488,2	12,6	14,0
Gironde	482,2	27,4	20,9
Landes	548,1	17,8	12,7
Lot-et-Garonne	410,6	14,4	12,8
Pyrénées-Atlantiques	556,5	23,7	20,0
Vienne	466,8	3,2	21,5
Haute-Vienne	613,8	22,4	14,5
Nouvelle-Aquitaine	502,4	18,8	17,4
France métropolitaine	418,4	16,4	18,9

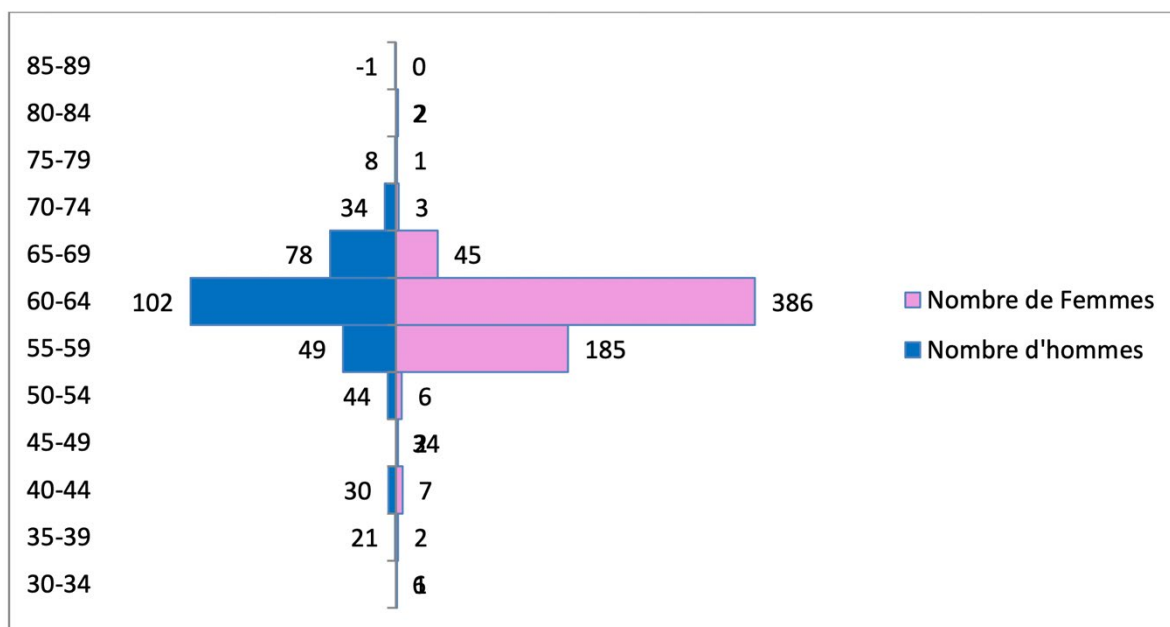
1- Source : DREES, (RPPS, 2018)

2- Source : ARS Nouvelle Aquitaine (RPPS, 2017)

Annexe 5 : Variations des effectifs de gynécologues depuis 2010 par département selon le CNOM



Annexe 6 : Pyramides des âges des gynécologues selon le rapport du CNOM 2018



Annexe 7 : Texte d'introduction au questionnaire sur la plateforme Google Forms

Google Forms

Chers confrères, chères consœurs,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse pour l'obtention du diplôme de médecin généraliste ; celle-ci porte sur la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes.

Le remplissage de ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes puisqu'il ne comporte que 11 questions, et concerne même les médecins ne pratiquant pas de gynécologie.

Je vous remercie par avance de votre collaboration à mon projet et du temps que vous y consacrerez.

Mathilde VANDERSTRAETEN

Analyse de la pratique gynécologique des médecins généralistes du département des Landes

Devant la pénurie annoncée de gynécologues dans les prochaines années, nous aurons davantage de demandes de consultation de gynécologie. Je voudrais donc réaliser un état des lieux de la pratique de la gynécologie des médecins généralistes des Landes par le biais d'une étude quantitative descriptive.

REPLIR LE FORMULAIRE

Annexe 8 : Questionnaire

Analyse de la pratique gynécologique des médecins généralistes du département des Landes

Devant la pénurie annoncée de gynécologues dans les prochaines années, nous aurons davantage de demandes de consultation de gynécologie. Je voudrais donc réaliser un état des lieux de la pratique de la gynécologie des médecins généralistes des Landes par le biais d'une étude quantitative descriptive.

***Obligatoire**

Sexe *

- Femme
- Homme

Âge *

- 25 - 40 ans
- 41 - 59 ans
- > 60 ans

Mode d'exercice *

- Rural
- Semi - rural
- Urbain

A quelle distance se trouve le gynécologue le plus proche (libéral ou en centre hospitalier) ? *

- < 15 min
- 16 - 30 min
- 31 min - 1h
- > 1h

Estimez-vous votre formation initiale comme suffisante pour pratiquer le suivi gynécologique ? *

- Oui
- Non

Avez-vous réalisé un stage ou une formation à la pratique de gestes gynécologiques ? (DU, DPC ...) *

- Oui
- Non

Nombre de consultations de médecine générale tous motifs confondus en moyenne par SEMAINE : *

- < 50 / semaine
- 51 - 100 / semaine
- 101 - 150 / semaine
- > 150 / semaine

Fréquence MENSUELLE de réalisation des actes de gynécologies suivant : *

	0 / mois (Pas)	1 - 5 / mois (Peu)	5 - 10 / mois (Régulièrement)	> 10 / mois (Beaucoup)
Prescription contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan IST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi ménopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi de grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen gynécologique (TV...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frottis cervico-vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pose / retrait implant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pose / retrait stérilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccination HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si VOUS NE PRATIQUEZ PAS ou peu d'actes de gynécologie, quelles sont pour vous les principales raisons ?

- Manque de formation
- Manque de temps / consultation chronophage
- Manque de demande de la part des patientes
- Manque d'intérêt personnel
- Manque de matériel / équipement
- Manque de rémunération
- Relation médecin de famille – patiente (gène vis-à-vis de la patiente)
- Présence à proximité d'un gynécologue / CH / Sage-femme pratiquant la gynécologie

Si VOUS PRATIQUEZ la gynécologie, quelles sont pour vous les principales raisons ?

- Intérêt personnel
- Diversification de l'exercice ou de la patientèle
- Occasion de pratiquer des gestes
- Par « obligation » afin d'assurer les soins
- Intérêt financier
- Pour l'approche globale de la patiente

Accepteriez-vous de faire davantage de gynécologie si la demande était plus forte ? *

- Oui
- Non

Annexe 9 : Tableau de répartition des actes gynécologiques effectués par les médecins de l'étude selon leur fréquence de réalisation détaillée

Actes réalisés	Effectifs en %			
	Pas du tout <i>Sous total</i>	Peu	Régulièrement	Beaucoup
Ex. gynécologique	46 <i>82</i>	36	13 <i>18</i>	5
Contraception	2 <i>52</i>	50	43 <i>48</i>	5
Bilan IST	6 <i>74</i>	68	24 <i>26</i>	2
Vaccination HPV	6 <i>78</i>	72	19 <i>22</i>	3
Suivi ménopause	17 <i>81</i>	64	15 <i>19</i>	4
Suivi grossesse	60 <i>98</i>	38	2 <i>2</i>	0
Réalisation FCV	61 <i>86</i>	25	9 <i>14</i>	5
Pose / Retrait implant	85 <i>98</i>	13	1 <i>2</i>	1
Pose / Retrait DIU	90 <i>97</i>	7	1,5 <i>3</i>	1,5

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 leurs 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.
Reçu 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 et méprisé si j'y manque.*

