

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

**ANNEE 2013**

Thèse n°

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement

le 10 juillet 2013 à Poitiers

par **Rémi CHAMPEAUX**

*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*

**Président** : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

**Membres** : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA  
Madame le Docteur Virginie MIGEOT  
Monsieur le Docteur Michel DOMINAULT

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Michel DOMINAULT

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

ANNEE 2013

Thèse n°

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement

le 10 juillet 2013 à Poitiers

par **Rémi CHAMPEAUX**

*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*

**Président** : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

**Membres** : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA  
Madame le Docteur Virginie MIGEOT  
Monsieur le Docteur Michel DOMINAULT

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Michel DOMINAULT



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et Pharmacie



*Le Doyen,*

Année universitaire 2011 - 2012

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, Bactériologie-Virologie
2. ALLAL Joseph, Thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, Neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, Néphrologie
6. BURUCOA Christophe, Bactériologie-Virologie-Hygiène
7. CARRETIER Michel, Chirurgie générale
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DAGREGORIO Guy, Chirurgie plastique et Reconstructrice
11. DEBAENE Bertrand, Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale
12. DEBIAIS Françoise, Rhumatologie
13. DORE Bertrand, Urologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, Physiologie
16. FAUCHERE Jean-Louis, Bactériologie- Virologie (**surnombre**)
17. FAURE Jean-Pierre, Anatomie
18. FRITEL Xavier, Gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, Anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, Chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, Génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, Immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, Anatomie et Cytologie Pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, Hématologie et Transfusion
26. GUILLET Gérard, Dermatologie
27. HADJADJ Samy, Endocrinologie et Maladies métaboliques
28. HANKARD Régis, Pédiatrie
29. HAUET Thierry, Biochimie
30. HERPIN Daniel, Cardiologie et Maladies vasculaires
31. HOUETO Jean-Luc, Neurologie
32. INGRAND Pierre, Biostatistiques, Informatique médicale
33. IRANI Jacques, Urologie
34. KEMOUN Gilles, Médecine physique et Réadaptation (**détachement**)
35. KITZIS Alain, Biologie cellulaire
36. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
37. KRAIMPS Jean-Louis, Chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, Chirurgie infantile
40. LEVILLAIN Pierre, Anatomie et Cytologie pathologiques
41. MAGNIN Guillaume, Gynécologie-obstétrique (**surnombre**)
42. MARCELLI Daniel, Pédopsychiatrie (**surnombre**)
43. MARECHAUD Richard, Médecine interne
44. MAUCO Gérard, Biochimie et Biologie moléculaire
45. MENU Paul, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
46. MEURICE Jean-Claude, Pneumologie
47. MIMOZ Olivier, Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale
48. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, Hépatogastro-Entérologie
49. NEAU Jean-Philippe, Neurologie
50. ORIOT Denis, Pédiatrie
51. PACCALIN Marc, Gériatrie
52. PAQUEREAU Joël, Physiologie
53. PERAULT Marie-Christine, Pharmacologie clinique
54. PERDRISOT Rémy, Biophysique et Traitement de l'Image
55. PIERRE Fabrice, Gynécologie et obstétrique
56. POURRAT Olivier, Médecine interne
57. PRIES Pierre, Chirurgie orthopédique et traumatologique
58. RICCO Jean-Baptiste, Chirurgie vasculaire
59. RICHER Jean-Pierre, Anatomie
60. ROBERT René, Réanimation médicale
61. ROBLOT France, Maladies infectieuses, Maladies tropicales
62. ROBLOT Pascal, Médecine interne
63. RODIER Marie-Hélène, Parasitologie et Mycologie
64. SENON Jean-Louis, Psychiatrie d'adultes
65. SILVAIN Christine, Hépatogastro- Entérologie
66. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, Rhumatologie
67. TASU Jean-Pierre, Radiologie et Imagerie médicale
68. TOUCHARD Guy, Néphrologie
69. TOURANI Jean-Marc, Cancérologie Radiothérapie, option Cancérologie (type clinique)
70. TURHAN Ali, Hématologie-transfusion
71. VANDERMARQC Guy, Radiologie et Imagerie Médicale
72. WAGER Michel, Neurochirurgie

**Maitres de Conférences des Universités-Praticiens hospitaliers**

1. ARIES Jacques, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
2. BEBY-DEFAUX Agnès, Bactériologie-Virologie-Hygiène
3. BEN-BRIK Eric, Médecine du travail
4. BOINOT Catherine, Hématologie et Transfusion
5. BOUNAUD Jean-Yves, Biophysique et Traitement de l'Image
6. BOURMEYSTER Nicolas, Biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, Bactériologie-Virologie- Hygiène
8. CATEAU Estelle, Parasitologie et Mycologie
9. CREMNITER Julie, Bactériologie, Virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
11. DIAZ Véronique, Physiologie
12. FAVREAU Frédéric, Biochimie et Biologie moléculaire
13. GRIGNON Bernadette, Bactériologie-Virologie-Hygiène
14. GUILLARD Olivier, Biochimie et Biologie moléculaire
15. HURET Jean-Loup, Génétique
16. JAAFARI Nematollah, Psychiatrie d'adultes
17. KARAYAN-TAPON Lucie, Cancérologie
18. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
19. MIGEOT Virginie, Santé publique
20. ROUMY Jérôme, Biophysique, Médecine nucléaire
21. ROY Lydia, Hématologie
22. SAPANET Michel, Médecine légale
23. TALLINEAU Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
24. TOUGERON David, Hépto-Gastro-Entérologie

**Professeur associé**

SCEPI Michel, médecine d'urgence

**Professeurs associés de Médecine générale**

GAVID Bernard  
GOMES DA CUNHA José

**Maitres de Conférences associés de Médecine générale**

BINDER Philippe  
BIRAULT François  
PARTHENAY Pascal  
VALETTE Thierry

**Professeur certifié d'Anglais**

DEBAIL Didier

**Professeurs émérites**

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, Maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, Cancérologie Radiothérapie
3. GIL Roger, Neurologie
4. LAPIERRE Françoise, Neurochirurgie

**Professeurs et Maitres de Conférences honoraires**

1. ALCALAY Michel, Rhumatologie
2. BABIN Michèle, Anatomie et Cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, Anatomie et Cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, Chirurgie générale
5. BARRIERE Michel, Biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, Biophysique, Médecine nucléaire
7. BONTOUX Daniel, Rhumatologie
8. BURIN Pierre, Histologie
9. CASTETS Monique, Bactériologie-Virologie – Hygiène
10. CAVELLIER Jean-François, Biophysique et médecine nucléaire
11. CHANSIGAUD Jean-Pierre, Biologie du développement et de la reproduction
12. CLARAC Jean-Pierre, Chirurgie orthopédique
13. DESMAREST Marie-Cécile, Hématologie
14. DEMANGE Jean, Cardiologie et Maladies vasculaires
15. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie
16. GOMBERT Jacques, Biochimie
17. JACQUEMIN Jean-Louis, Parasitologie et Mycologie médicale
18. KAMINA Pierre, Anatomie
19. LARSEN Christian-Jacques, Biochimie et biologie moléculaire
20. MAIN de BOISSIERE Alain, Pédiatrie
21. MARILLAUD Albert, Physiologie
22. MORIN Michel, Radiologie, Imagerie médicale
23. PATTE Dominique, Médecine interne
24. PATTE Françoise, Pneumologie
25. POINTREAU Philippe, Biochimie
26. REISS Daniel, Biochimie
27. RIDEAU Yves, Anatomie
28. SULTAN Yvette, Hématologie et transfusion
29. TANZER Joseph, Hématologie et transfusion

# **REMERCIEMENTS**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT,

**Monsieur le Professeur Xavier FRITEL**

Professeur de Gynécologie-Obstétrique au CHU de Poitiers

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de Thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

**Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA**

Professeur de Médecine Générale

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Je vous exprime toute ma gratitude et mon plus profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

**Madame le Docteur Virginie Migeot**

Docteur en santé publique. Maître de conférences des universités.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Je vous exprime toute ma gratitude et mon plus profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR,

**Madame le Docteur Michel DOMINAULT**

Docteur en médecine générale

Je vous remercie pour votre implication, votre disponibilité, votre spontanéité et votre gentillesse.

Merci aussi pour l'image active et engagée de la médecine générale que vous m'avez inculqué.

Je vous exprime toute ma gratitude et mon plus profond respect.

Merci à mes parents qui m'ont permis la réalisation de ces études, pour leur soutien et leur patience.

Merci à ma sœur qui m'a toujours soutenu et aider dans ces longues années d'études ainsi que Stéphane et la petite Louise.

Merci à Célia qui a su me supporter, me soutenir, patienter et m'encourager pour la réalisation de ce travail.

Merci à Antonin, mon fils, qui m'a permis de m'apporter joie et réconfort.

Merci à tweenie, ma petite chienne (toujours présente et sage).

Une pensée pour tous les membres de la famille qui n'ont pas pu venir et ceux qui sont partis trop tôt pour être là.

Merci à Sylvie, Gwénaëlle, Laure, Vincent, Yannick pour leur bonne humeur au cours des différents stages.

Merci à tous ceux qui m'ont fait aimer ce métier, m'ont encouragé et soutenu pendant mes études (personnels médicaux, para médicaux).

# TABLE DES MATIERES

<b><u>GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS</u></b> .....	14
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	15
<b><u>SUIVI GYNECOLOGIQUE :</u></b> .....	18
<b><u>I-DEFINITION:</u></b> .....	19
<b><u>II-LES FEMMES ET LE SUIVI GYNECOLOGIQUE :</u></b> .....	20
A) <b><u>Epidémiologie et démographie des Femmes :</u></b> .....	20
B) <b><u>Suivi gynécologique des femmes :</u></b> .....	21
<b><u>III-LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LE SUIVI GYNECOLOGIQUE :</u></b> .....	23
A) <b><u>Démographie des gynécologues :</u></b> .....	23
B) <b><u>Démographie des médecins généralistes :</u></b> .....	24
C) <b><u>Formation des médecins généralistes et des gynécologues :</u></b> .....	24
C.1) <i>Formation commune universitaire :</i> .....	24
C.2) <i>Formation des médecins généralistes :</i> .....	24
C.3) <i>Formation des gynécologues :</i> .....	24
<b><u>IV-PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE :</u></b> .....	26
A) <b><u>Pratique des médecins généralistes :</u></b> .....	26
B) <b><u>Pratique des Sages femmes :</u></b> .....	27
C) <b><u>Pratique des gynécologues médicaux et obstétriciens :</u></b> .....	28
<b><u>V- RECOMMANDATIONS ACTUELLES CONCERNANT LE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE LA FEMME :</u></b> .....	29
A) <b><u>Prévention du cancer du col de l'utérus :</u></b> .....	29
A.1) Réalisation du Frottis cervico-utérin :.....	29
A.2) La vaccination anti-papillomavirus :.....	30
B) <b><u>Prévention du cancer du sein :</u></b> .....	31
C) <b><u>Suivi de grossesse :</u></b> .....	32

<b><u>METHODOLOGIE</u></b> .....	34
<b><u>I-Objectifs de l'enquête :</u></b> .....	35
<b><u>II-Méthode utilisée pour l'enquête :</u></b> .....	35
A) <b><u>Elaboration des questionnaires</u></b> .....	35
A.1) <i>Le questionnaire destiné aux médecins généralistes</i> .....	35
A.2) <i>Le questionnaire des patientes</i> .....	36
B) <b><u>Sélection des médecins et des patientes :</u></b> .....	36
B.1) <i>Sélection des médecins :</i> .....	36
B.2) <i>Sélection des patientes :</i> .....	37
<b><u>III-Analyse statistique :</u></b> .....	37
<b><u>RESULTATS :</u></b> .....	38
<b><u>PARTIE I : RESULTATS ENQUETE MEDECINS</u></b> .....	39
<b><u>I- ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES REPONDANTS :</u></b> .....	39
A) <b><u>Genre, âge et ancienneté du médecin :</u></b> .....	39
B) <b><u>Exercice professionnel des médecins :</u></b> .....	40
B.1) <i>Milieu d'exercice :</i> .....	40
B.2) <i>Mode d'exercice :</i> .....	41
B.3) <i>Distance avec un gynécologue :</i> .....	42
C) <b><u>Formation des médecins généralistes en gynécologie :</u></b> .....	43
<b><u>II- ACTIVITE DES MEDECINS GENERALISTES :</u></b> .....	44
A) <b><u>Nombre de consultations hebdomadaires :</u></b> .....	44
B) <b><u>Nombre de consultations gynécologiques par semaine :</u></b> .....	45
B.1) <i>Influence du sexe du médecin par rapport aux actes de GO par semaine :</i> ...46	
B.2) <i>Influence de l'âge du médecin par rapport aux actes de GO par semaine :</i> ...46	
<b><u>III- PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE :</u></b> .....	47
A) <b><u>Types de consultations de gynécologie-obstétrique :</u></b> .....	47
A.1) <i>Influence du lieu d'installation du praticien par rapport aux types de consultations gynécologiques :</i> .....	48

A.2) <i>Influence du sexe du praticien par rapport aux types de consultations gynécologiques :</i> .....	49
<b>B) <u>Evolution du nombre de consultations de gynécologie-obstétrique depuis 3 ans :</u></b> .....	49
B.1) <i>Variation de l'activité gynécologique selon le sexe :</i> .....	50
B.2) <i>Variation de l'activité gynécologique selon l'âge :</i> .....	51
B.3) <i>Variation de l'activité gynécologique selon la distance d'un gynécologue :</i> ...52	
<b>C) <u>Actes de gynécologies non effectués en cabinet :</u></b> .....	53
<b>D) <u>Rôle du médecin généraliste dans la santé des femmes :</u></b> .....	54
D.1) <i>Influence du rôle du médecin généraliste pour la santé de la femme selon le sexe du praticien :</i> .....	54

**IV- ETUDE DES FACTEURS DE MOTIVATION ET DES FREINS A LA PRATIQUE DE LA GYNECO-OBSTETRIQUE EN MEDECINE GENERALE :**.....56

<b>A) <u>Facteurs de motivation :</u></b> .....	56
A.1) <i>Influence des facteurs de motivation des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon le sexe du praticien :</i> .....	57
A.2) <i>Influence des facteurs de motivation des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon l'âge du praticien :</i> .....	58
<b>B) <u>Freins à la pratique de la gynécologie en médecine générale :</u></b> .....	59
B.1) <i>Influence des freins des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon le sexe du praticien :</i> .....	60
B.2) <i>Influence des freins des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon l'âge du praticien :</i> .....	62
B.3) <i>Influence des freins des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon la distance au gynécologue le plus proche :</i> .....	63

<b><u>V-CONCLUSION du questionnaire médecin :</u></b> .....	64
A) <b><u>Nécessité à pratiquer la gynécologie en médecine générale :</u></b> .....	64
B) <b><u>Formation des futurs médecins :</u></b> .....	66

**PARTIE II : RESULTATS ENQUETE PATIENTES**.....68

<b><u>I- ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTES :</u></b> ...68	
<b><u>II- SUIVI GYNECOLOGIQUE DE LA PATIENTE :</u></b> .....	69

<b><u>III- MOTIVATIONS ET FREINS DU SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN GYNECOLOGUE :</u></b>	70
A) <b><u>Motivations :</u></b>	70
A.1) <i>Influence des facteurs de motivation des femmes à être suivi par un gynécologue selon l'âge de la patiente :</i>	71
A.2) <i>Influence des facteurs de motivation des femmes à être suivi par un gynécologue selon la distance à un gynécologue :</i>	72
B) <b><u>Freins :</u></b>	73

<b><u>IV- MOTIVATIONS ET FREINS DU SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR LE MEDECIN TRAITANT :</u></b>	73
A) <b><u>Motivations :</u></b>	73
A.1) <i>Influence des facteurs de motivation des femmes à être suivi par un médecin traitant selon l'âge de la patiente :</i>	74
A.2) <i>Influence des facteurs de motivation des femmes à être suivi par un médecin traitant selon la distance à un gynécologue :</i>	74
B) <b><u>Freins :</u></b>	75

<b><u>V-CONCLUSION DU QUESTIONNAIRE PATIENTE :</u></b>	76
--	----

<b><u>DISCUSSION :</u></b>	78
----------------------------	----

<b><u>PARTIE I : DISCUSSION ENQUETE MEDECINS :</u></b>	79
--	----

<b><u>I-CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE ET DU QUESTIONNAIRE :</u></b>	79
A) <b><u>Biais de sélection</u></b>	79
B) <b><u>Biais d'analyse</u></b>	80
C) <b><u>Biais de mesure</u></b>	81

<b><u>II-ACTIVITE ET PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES EN GYNECOLOGIE :</u></b>	81
A) <b><u>Profil de la population étudiée :</u></b>	81
B) <b><u>Activités des médecins généralistes :</u></b>	81

B.1) <i>Consultations hebdomadaires</i> :	81
B.2) <i>Consultations gynécologiques</i> :	82
B.3) <i>Pratique de la gynécologie</i> :	83

### **III-MOTIVATIONS DES MEDECINS GENERALISTES**

<b><u>A PRATIQUER LA GYNECOLOGIE</u></b> :	83
A) <b><u>1<sup>er</sup> facteur de motivation : les gestes techniques</u></b>	83
B) <b><u>2<sup>ème</sup> facteur de motivation : l'intérêt personnel</u></b>	84
C) <b><u>3<sup>ème</sup> facteur de motivation : la diversification de la patientèle</u></b>	84
D) <b><u>Autres facteurs de motivation</u></b>	85

### **IV- FREINS DES MEDECINS GENERALISTES**

<b><u>A PRATIQUER LA GYNECOLOGIE</u></b> :	85
A) <b><u>1<sup>er</sup> frein : La réticence des patientes</u></b>	85
B) <b><u>2<sup>ème</sup> frein : La présence d'un gynécologue à proximité</u></b>	86
C) <b><u>3<sup>ème</sup> Frein : le manque de temps</u></b>	86
D) <b><u>Autres freins</u></b>	87

### **V- REPRESENTATION DES MEDECINS GENERALISTES**

<b><u>SUR LE ROLE DANS LE SUIVI DES FEMMES</u></b> :	88
--	----

## **PARTIE II : DISCUSSION ENQUETE PATIENTES**

<b><u>I-CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE ET DU QUESTIONNAIRE</u></b> :	90
---	----

A) <b><u>Biais de sélection</u></b>	90
B) <b><u>Biais d'analyse</u></b>	90
C) <b><u>Biais de mesure</u></b>	91

<b><u>II-DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES</u></b> :	91
---	----

<b><u>III-LE SUIVI GYNECOLOGIQUE</u></b> :	91
--	----

<b><u>IV-FREINS ET MOTIVATIONS DU SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN GYNECOLOGUE</u></b> :	93
--	----

A) <b>Motivations :</b> .....	93
A.1) <i>La compétence du spécialiste :</i> .....	93
A.2) <i>La gêne envers le médecin traitant :</i> .....	93
A.3) <i>Une meilleure prise en charge et suivi :</i> .....	94
A.4) <i>Autres facteurs de motivations :</i> .....	94
B) <b>Freins :</b> .....	95
<b><u>V-FREINS ET MOTIVATIONS DU SUIVI</u></b>	
<b><u>GYNECOLOGIQUE PAR UN MEDECIN GENERALISTE :</u></b> .....	95
A) <b>Motivations :</b> .....	95
A.1) <i>La confiance envers le praticien :</i> .....	95
A.2) <i>L'accessibilité des consultations et du praticien :</i> .....	96
A.3) <i>La compétence du médecin généraliste :</i> .....	96
B) <b>Freins :</b> .....	97
<b><u>VI-CONCLUSION discussion patientes:</u></b> .....	97
<b><u>CONCLUSION GENERALE :</u></b> .....	98
<b><u>BIBLIOGRAPHIE :</u></b> .....	100
<b><u>ANNEXES :</u></b> .....	106
<b><u>ANNEXE 1 : LETTRE AUX MEDECINS GENERALISTES</u></b> .....	107
<b><u>ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ENQUÊTE MEDECIN</u></b> .....	108
<b><u>ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ENQUÊTE PATIENTES</u></b> .....	111
<b><u>RESUME ET MOTS CLEFS :</u></b> .....	114
<b><u>SERMENT D'HYPPOCRATE :</u></b> ..... ;.....	115

## **GLOSSAIRE des ABREVIATIONS**

CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CNGOF : Conseil national des Gynécologues-Obstétriciens Français  
DDL : Degré De Liberté  
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisés  
DIU : Dispositif Intra-Utérin  
DMG : Département de Médecine Générale  
DREES : Direction de Recherche des Etudes et des Evaluations Statistiques  
DRC : Dictionnaire des Résultats des Consultations  
ECN : Examen National Classant  
FCU : Frottis Cervico-Utérin  
FMC : Formation Médicale Continue  
FNCGM : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale.  
GO : Gynécologie-Obstétrique  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique  
HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoires  
HPV : Human PapillomaVirus  
INC : Institut National du Cancer  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse  
OPE : Organe, Personne, Environnement  
PMI : Protection Maternelle Infantile  
RSCA : Récits de Situations Complexes Authentiques  
SFMG : Société Française de Médecine Générale

# **INTRODUCTION**

La gynécologie-obstétrique est une spécialité médico-chirurgicale qui consiste à prendre en charge tous les problèmes gynécologiques notamment médicaux pendant toute la vie d'une femme en particulier la contraception, l'éducation, la prévention et le dépistage des cancers génitaux (frottis cervico-utérins et palpation mammaire) [1].

Selon une enquête de la fédération nationale des collèges de gynécologie médicale de 2008 [2], environ 70% des femmes consultent un gynécologue au moins une fois par an ; les motifs de recours les plus fréquents étant la prévention et le dépistage des cancers gynécologiques ainsi que le suivi de grossesse.

Cependant, aujourd'hui, nous assistons à une diminution du nombre de gynécologues sur notre territoire [3], les effectifs ayant régressé de 16% en 5 ans.

Selon une étude menée en 1999 par les Assises hospitalo-universitaires sur la projection démographique des gynécologues [4], même avec 200 internes en gynécologie formés chaque année, cela suffirait à peine à remplacer les départs à la retraite ; or, ce chiffre correspond au nombre de postes ouverts actuellement à l'Examen National Classant (ECN) en 2012 [5]. Ceci devrait donc induire dans les prochaines années à une stagnation du nombre de ces praticiens puisque les arrivées compenseraient les départs.

Dans ce contexte, ces éléments soulèvent un problème potentiel de santé publique lié à cette diminution des gynécologues médicaux et gynécologues obstétriciens. L'évolution démographique de la population féminine (accroissement de la population et augmentation de l'espérance de vie) implique au contraire un accroissement des besoins en matière de suivi médical. Ce dernier évoluant de plus durant les différentes phases de la vie féminine. Nous percevons ainsi, la difficulté dans un futur proche à couvrir la totalité des soins dans cette spécialité.

La population en région Poitou-Charentes compte au 1er janvier 2010 [6], 1 793 942 habitants répertoriés dans 96 bassins de vie (90% de ces bassins de vie sont considérés comme ruraux car possédant moins de 30.000 habitants). Ces territoires de vie ont été définis par la Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires). On dénombre ainsi, d'après l'Atlas de la Démographie Médicale de 2012 [3], 2522 omnipraticiens et 69 gynécologues soit 30 fois plus de médecins généralistes avec une répartition territoriale plus homogène que les spécialistes.

D'autre part, la récente évolution de la formation des médecins généralistes et leurs obligations en matière de formation médicale continue (article 11 du code de déontologie médicale) peuvent être une solution à ce problème. La formation actuelle des médecins

généralistes comporte l'acquisition en tant que compétence clinique de la prise en charge gynécologique et obstétricale des patientes [7]. Cet élément est d'ailleurs validé par le Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) de médecine générale.

De plus, le Conseil National de Gynécologie Obstétrique Français précise que «les spécialistes de la gynécologie-obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens systématiques et de dépistage, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause » [8].

Aujourd'hui, la gynécologie fait néanmoins déjà partie intégrante de la compétence des médecins généralistes. C'est ainsi qu'une femme consulte en moyenne 3,6 fois par an son médecin traitant pour des questions d'ordre gynécologique [4].

Aussi, le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC), développé par la Société Française de Médecine Générale (SFMG), liste les 16 problèmes de gynécologie qui représentent au moins 1% des consultations. Les plus fréquents sont la contraception, le suivi de grossesse et les vulvo-vaginites.

Par conséquent, nous supposons que le médecin généraliste va jouer un rôle important dans les futures années dans la pratique d'actes et le suivi gynécologique au vu des éléments démographiques décrits ci-dessus.

Plusieurs travaux ont déjà été réalisés pour étudier la pratique en gynécologie des médecins généralistes et la formation des internes en médecine.

Après une analyse complète de toutes ces études, est née l'idée de rédiger une thèse sur les freins et les motivations du médecin généraliste à effectuer le suivi gynécologique et en parallèle, de réaliser une étude de même ordre sur les patientes afin de mettre en avant leurs attentes envers les médecins généralistes dans ce domaine.

Cette étude aurait donc trois objectifs :

- comprendre les facteurs influençant la pratique du suivi gynécologique
- concevoir les modifications à générer pour améliorer ce suivi.
- appréhender les facteurs influençant les patientes pour leur suivi gynécologique en médecine générale.

**LE SUIVI**  
**GYNECOLOGIQUE**

## **I-DEFINITION:**

L'étymologie du mot gynécologie, du grec ancien, gyné, « femme » et de -logos « sciences » correspond donc à l'étude de la femme [9]. C'est une spécialité médico-chirurgicale qui s'occupe de la physiologie et des affections du système génital de la femme.

En France, il existe deux spécialités distinctes dans ce domaine :

-la gynécologie médicale s'occupant de toutes les pathologies gynécologiques et mammaires, endocriniennes, cancéreuses et suivi gynécologique classique.

-la gynécologie obstétrique s'occupant des grossesses pathologiques, accouchements et qui prend en charge chirurgicalement les pathologies gynécologiques comme les cancers.

Cette division en deux domaines date de 2003 suite à la publication au journal officiel d'un décret du 30 janvier 2003 réorganisant ainsi la gynécologie. Cette notion était déjà existante avant la réforme de l'internat de 1984 [10].

Aujourd'hui, le suivi gynécologique systématique des patientes est recommandé mais il n'est pas obligatoire (contrairement au suivi des grossesses par exemple). Ainsi, beaucoup de patientes ne consultent leur gynécologue qu'en cas de problème.

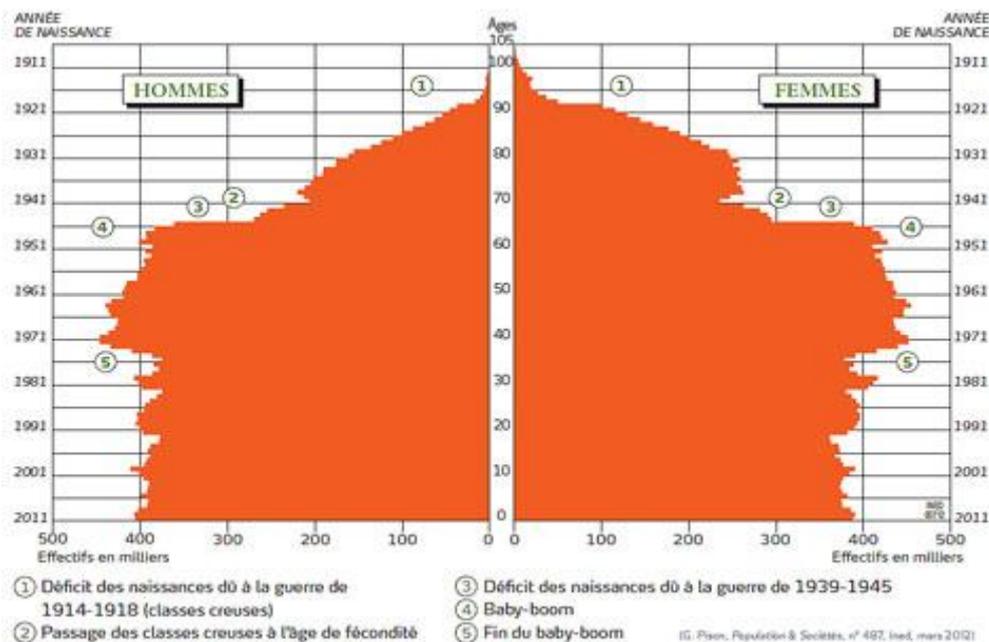
Il existe cependant de nombreuses campagnes incitatives afin que ce suivi puisse avoir lieu dans les meilleures conditions. Dans la majorité des départements français, des campagnes pour le dépistage systématique du cancer du sein sont réalisées avec la possibilité de faire des mammographies tous les 2 ans prises en charge entièrement par la sécurité sociale à partir de 50 ans. De même, dans le cadre du plan cancer 2009-2013, la Haute Autorité de Santé recommande depuis juillet 2010 à toutes les femmes de 25 à 65 ans de se soumettre à un frottis cervico-utérin (FCU) tous les 3 ans (après deux FCU normaux réalisés à un an d'intervalle) [11].

## II-LES FEMMES ET LE SUIVI GYNECOLOGIQUE :

### A) Epidémiologie et démographie des Femmes :

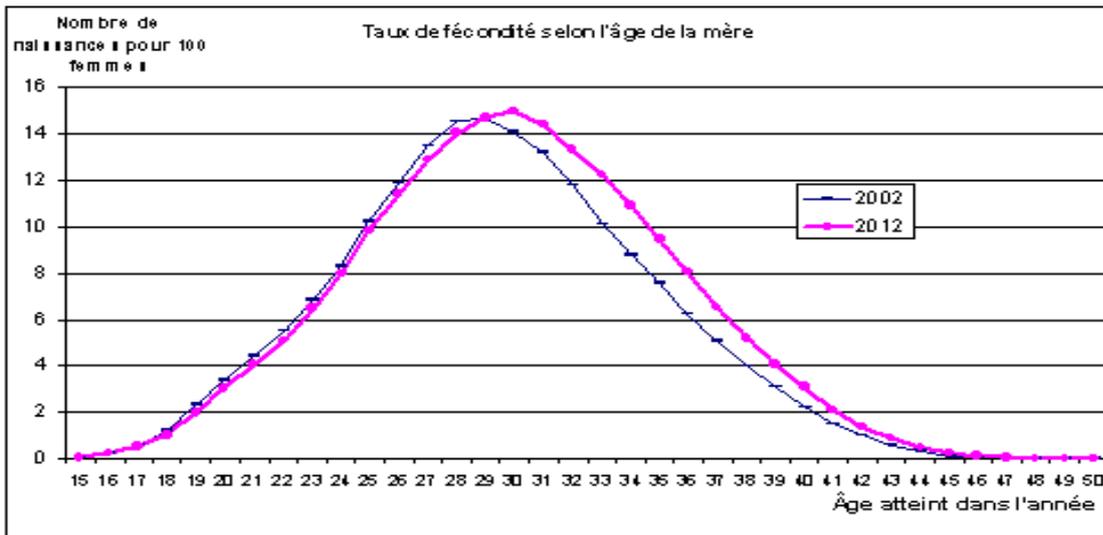
Selon des sources de l'Insee au 1<sup>er</sup> janvier 2013 [12], la France compte 33,8 millions de femmes dont 19,2 Millions ont entre 20 et 64 ans.

**SCHEMA 1 : Population de la France au 1er janvier 2012**



(G. Pison, *Population & Sociétés* n° 487, Ined, mars 2013)Source : Insee

En 2012, il y a eu 822.000 naissances en France [13]. L'indicateur de fécondité est d'environ deux enfants par femme soit le taux le plus important d'Europe (Schéma 2).



Champ : France hors Mayotte

Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population

**SCHEMA 2 : Représentation du taux de fécondité selon l'âge de la mère**

On note l'évolution des comportements avec des femmes qui ont des enfants plus tardivement (vers 30,1 ans en 2012 contre 29,4 ans en 2002) [13]. Ce phénomène est probablement lié aux habitudes de vie, à des raisons sociales et économiques et à l'allongement des études.

Au sein du Poitou-Charentes, on dénombrait 896 100 femmes en 2007 tandis que l'évolution démographique prévoit en 2025 environ 1 million de femmes dont la moitié serait âgées entre 20 et 64 ans selon les données de l'INSEE.

**B) Suivi gynécologique des femmes :**

Selon une étude réalisée en 2008 [14], Le suivi gynécologique des femmes est largement répandu puisque 85% des personnes interrogées déclarent avoir un suivi gynécologique dont 70% d'entre elles par un gynécologue (47% par un gynécologue médical, 23% par un gynécologue-obstétricien). Le suivi est réalisé dans 15% des cas par un médecin généraliste. Ce sont les catégories les plus jeunes (15-24 ans) et les plus âgées (les plus de 65 ans) qui sont les moins assidues mais avec des taux avoisinant tout de même 70% pour l'ensemble de ces catégories.

Les préférences pour le suivi gynécologique par un gynécologue sont liées pour la majorité des patientes au fait qu'elles les trouvent plus compétents que les médecins généralistes avec une meilleure formation. Elles déplorent de fait la diminution du nombre de gynécologues dans les années à venir et considèrent que cela représente un risque pour leur santé. En effet, elles reconnaissent la nécessité et l'importance d'un suivi gynécologique.

Une autre étude, menée en 2003, nommée « Epilule » [15], apportait des résultats légèrement différents avec un recours au médecin généraliste et au gynécologue de manière équivalente soit 30% pour chacun pour la prescription de contraceptifs, un autre tiers consultant de manière alternative l'un ou l'autre selon les disponibilités. D'une manière générale, il était mis en avant que les suivis gynécologiques assurés par le médecin généraliste augmentaient avec l'éloignement d'un cabinet de gynécologie. En outre, les médecins femmes généralistes étaient plus souvent sollicités que les hommes.

Enfin, une dernière étude « Opinionway » [16] a été réalisée en 2010. Elle met alors en évidence que 68% des patientes ont un suivi gynécologique régulier dont 56% par un gynécologue et 12% par un médecin généraliste. Cependant, 19% des femmes de 16 à 60 ans n'ont aucun suivi gynécologique. Cette population concernée est constituée en majorité par les femmes jeunes (parmi les 15-24 ans, 35% n'ont aucun suivi), les inactifs, les célibataires et les personnes n'ayant pas de mutuelles (42%).

Parmi les femmes suivies, 64% ont vu leur praticien dans l'année venant de s'écouler.

Enfin, il faut noter que 42% des patientes ont eu un FCU dans l'année mais que 11% soit une femme sur 10 n'a jamais eu de frottis dans sa vie. Les principaux motifs étaient semblables à ceux qui n'ont aucun suivi.

Dans l'ensemble de ces études, un point commun a été mis en évidence : les femmes ne souhaitent pas seulement voir leur médecin généraliste jouer un rôle de prévention mais qu'il devienne un véritable acteur en matière de santé gynécologique.

### **III-LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LE SUIVI GYNECOLOGIQUE :**

Le Collège National de Gynécologie-Obstétrique Français (CNGOF) [8] précise que les spécialistes de la gynécologie obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens de dépistage et systématique, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause. Cette réaction intervient dans un contexte où nous assistons à une diminution du nombre de gynécologues (notamment gynécologues médicaux) et du nombre de médecins traitants mais dans une moindre mesure.

#### **A) Démographie des gynécologues :**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2012, selon l'Atlas démographique des médecins [17], la France dispose de 1775 gynécologues-obstétriciens (815 hommes et 960 femmes) et 1533 gynécologues médicaux (106 hommes et 1427 femmes). Ces chiffres étaient respectivement en diminution par rapport à 2007 de 16% et de 21%.

Il n'est pas prévu d'amélioration dans les années à venir. En 2017 [17], il n'y'aura plus que 1547 gynécologues obstétriciens et 1259 gynécologues médicaux.

Ainsi, malgré une augmentation du nombre de postes à l'Examen National Classant (ENC), le déficit en gynécologie ne devrait pas s'améliorer avant 2020 voire 2025 selon des projections réalisées par la Direction de Recherche des Etudes et des Evaluations Statistiques (DREES) [18].

Au sein du Poitou-Charentes, au 1<sup>er</sup> janvier 2012 [17], on dénombrait 42 gynécologues-obstétriciens (20 hommes et 22 femmes) et 27 gynécologues médicaux (4 hommes et 23 femmes). Ces chiffres sont également en diminution comme sur le plan national dans des proportions similaires.

Au 1<sup>er</sup> juin 2011, La densité de gynécologues s'élevait à 0,5 gynécologue médical pour 5000 femmes [6]. La région Poitou-Charentes se révèle être dans la moyenne pour les

gynécologues-obstétriciens soit environ 4,6 pour 100000 habitants mais présente une faible densité pour les gynécologues médicaux.

Il est à noter que 41% des gynécologues médicaux de la région sont âgés de plus de 60 ans et sont donc susceptibles de partir à la retraite dans les 5 ans à venir.

## **B) Démographie des médecins généralistes :**

Sur le plan national, au 1<sup>er</sup> janvier 2012 [17], 92.477 médecins généralistes sont dénombrés soit une densité moyenne de 140,4 pour 100.000 habitants.

De même que pour les gynécologues, il est mis en évidence une diminution des effectifs d'environ 5% en 5 ans.

Au niveau du Poitou-Charentes [6], 2523 médecins généralistes sont recensés au 1<sup>er</sup> juin 2011 dont 38,4% de femmes. La répartition entre les départements est inégale avec une densité de 130 médecins pour 100.000 habitants dans les Deux Sèvres et la Charente et de 150 Médecins pour 100.000 habitants dans la Vienne et la Charente Maritime.

La moyenne d'âge est de 53 ans et nous assistons à une féminisation de la population médicale avec 56% des femmes parmi les médecins âgés de moins de 40 ans.

## **C) Formation des médecins généralistes et des gynécologues :**

### *C.1) Formation commune universitaire :*

Les études médicales se déroulent en 3 cycles et la durée varie de 9 ans pour la médecine générale à 12 ans pour certaines spécialités.

Tous les étudiants ont la même formation pendant les 6 premières années (1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycle). C'est après avoir passé l'Examen National Classant (ECN) qu'ils deviennent internes et se spécialisent dans la discipline qu'ils ont choisi d'exercer (3<sup>ème</sup> cycle).

### *C.2) Formation des médecins généralistes :*

Au cours du troisième cycle, le futur médecin généraliste va aborder, comprendre, et intégrer son métier.

Pendant 3 ans, l'étudiant en médecine générale va effectuer 6 stages selon une maquette définie au plan national [19]. Cet apprentissage comporte 5 stages obligatoires (Pédiatrie OU Gynécologie-obstétrique, Gériatrie OU Médecine polyvalente, Urgences, un stage au CHU dont l'étudiant dépend, un stage chez un médecin généraliste) et 1 stage dit « libre » où l'étudiant peut approfondir ses connaissances dans le domaine qu'il souhaite.

De ce fait, on s'aperçoit que la formation en gynécologie-obstétrique n'est pas impérative. Ce n'est qu'au cours du 2<sup>ème</sup> cycle, qu'un stage dans le service est obligatoire pour acquérir les connaissances et pratiques élémentaires.

Bien qu'il soit étudiant et sous la responsabilité d'un senior, l'interne est déjà un professionnel autonome puisqu'il peut prescrire. Il s'agit d'une expérience professionnelle débutante.

Au terme de ces années de formation pratique du 3<sup>ème</sup> cycle, une thèse d'exercice est requise pour obtenir le droit d'exercer en tant que docteur en médecine en France.

### C.3) Formation des gynécologues :

Nous nous sommes particulièrement intéressés dans cette partie à la formation des gynécologues médicaux.

Le 3<sup>ème</sup> cycle de formation en gynécologie médicale dure 4 ans. Comme pour les internes en médecine générale, il est sanctionné par l'obtention d'un Diplôme d'Etudes Spécialisé (DES) associée à une thèse.

Au cours de ces 8 semestres, certains stages sont obligatoires répondant à la maquette suivante [20]:

- 3 semestres dans des services de gynécologie-obstétrique agréés par le DES de gynécologie-obstétrique.
- 3 semestres dans des services agréés pour les diplômes d'études spécialisées de gynécologie médicale, d'endocrinologie et métabolismes, d'oncologie ou pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine de la reproduction ; un de ces semestres peut également être effectué dans un service où sont réalisées des explorations fonctionnelles et agréé pour les diplômes d'études spécialisées de radiodiagnostic et imagerie médicale, ou d'anatomie et cytologie pathologiques ou

pour les diplômes d'études spécialisées complémentaires de biologie de la reproduction, de biologie hormonale et métabolique, de biologie moléculaire ou de cytogénétique humaine.

- 2 semestres sont libres pour compléter la formation.

## **IV-PRACTIQUE DE LA GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE :**

### **A) Pratique par les médecins généralistes :**

Plusieurs travaux et thèses de médecine générale ont déjà été effectués sur ce sujet et permettent d'avoir une idée du travail du médecin généraliste sur sa pratique en gynécologie.

En 2002, Gwénola Levasseur [21], dans son travail sur « l'activité des médecins généralistes en Bretagne », met alors en évidence que les 3 principaux motifs de consultation étaient la contraception (64%), les traitements hormonaux substitutifs (18,4%) et les infections de l'appareil génital (9,2%). Plus de 90% des répondants pratiquaient plus de 4 actes par semaine. Il n'était pas noté de différence de pratique entre les deux sexes.

En 2010, Sabine Dias [22] réalisait une thèse sur la pratique de la gynécologie-obstétrique chez les médecins généralistes d'Ile de France. On notait une différence significative de nombre d'actes entre les femmes et les hommes médecins (les femmes réalisant environ 3 fois plus d'actes que les hommes). Les principaux motifs de consultation étaient la contraception, les douleurs pelviennes et la prise en charge des pathologies infectieuses.

Une autre étude réalisée par Mathias Jules-Clément [23], met en évidence que l'acquisition des compétences gynécologiques bien que difficiles d'abord, restent accessibles aux étudiants « motivés ». Cependant, si la formation paraît suffisante pour certaines compétences comme la contraception, le dépistage des cancers gynécologiques et le suivi de grossesse, il persiste des difficultés pour la prise en charge de la ménopause, la pose de dispositif intra-utérin ou encore la réalisation d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse. Néanmoins, même si des stages sont possibles à différents niveaux, leur nombre de places paraît encore insuffisant et leur intérêt parfois remis en question.

De même, une thèse de médecine générale réalisée par Lise Royer [24] en 2011 mettait en évidence les mêmes conclusions.

Déjà, en 2002, dans le travail de G. Levasseur [21], il a été remarqué que les médecins installés souhaitaient des formations complémentaires notamment dans le cadre de la prescription du traitement hormonal substitutif mais aussi et de manière paradoxale par rapport aux études ci-dessus, dans la contraception pour une grande majorité d'entre eux.

## **B) Pratique des Sages femmes :**

L'article L.4151-1 du code de la santé publique dans sa version modifiée par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires : loi HPST) prévoit désormais que « l'exercice de la profession de sage femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ».

Chaque sage femme peut réaliser des consultations de gynécologie préventive auprès de toute femme en bonne santé : elles peuvent proposer la réalisation de frottis cervico-utérin de dépistage et prescrire des examens complémentaires utiles au bon suivi [25].

Les sages femmes sont également habilitées à prescrire :

- Des contraceptifs locaux et hormonaux
- Des contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes

Elles sont autorisées à effectuer des gestes techniques tels que :

- La 1<sup>ère</sup> pose de diaphragme et de cape
- L'insertion, le suivi et le retrait des DIU et implants contraceptifs (Article R4127-318 du code de Santé Publique)

Les modes d'exercice des sages-femmes sont très diversifiés:  
-Exercice sous la responsabilité d'un chef de service, leurs activités sont relatives aux différentes étapes du suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

- Exercice salarié en privé :

Ces sages-femmes préparent l'accouchement et assistent le médecin au moment de

la naissance. Elles n'effectuent que des consultations d'urgence et ne réalisent qu'exceptionnellement l'accouchement, quand le médecin n'est pas disponible.

- Exercice en PMI (protection maternelle et infantile) :

Cette activité varie selon les départements. Les sages-femmes y ont essentiellement un rôle de prévention par le biais d'une fonction à la fois sociale et médicale.

- Exercice libéral :

Ce mode d'exercice est encore limité, malgré l'augmentation des effectifs observée ces dernières années. L'activité des sages-femmes installées en libéral est très variée: préparation à la naissance, suivi des femmes ayant une grossesse à risque (afin d'éviter une hospitalisation), suivi postnatal (effectué ponctuellement, lors du retour précoce au domicile), accompagnement global de la femme en périodes pré- et postnatales.

**C) Pratique des gynécologues médicaux et obstétriciens :**

Selon une étude réalisée en 1999 par l'observatoire Thalès [4] (résultats montrés dans le tableau ci-après), la pratique des gynécologues est basée sur la contraception et le suivi de ménopauses.

États de santé	% des actes du gynécologue (d'après EPPM)	% des actes du médecin généraliste (d'après EPPM)	% des actes du médecin généraliste (d'après Thalès)
Contraception	59,5 %	53,1 %	36,9 %
Grossesse	4,3 %	0,5 %	19 %
Ménopause (et conséquences)	21,4 %	35 %	35,8 %
Affections bénignes du sein	5,9 %	5 %	2,9 %
Stérilité	4 %	0,6 %	0,1 %
MST (vulvovaginite, salpingite)	4,9 %	5,8 %	5,3 %
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Répartition des actes effectués par type de praticien  
 Contraception et ménopause représentent les actes gynécologiques le plus souvent effectués par le gynécologue et le médecin généraliste.

## **V- RECOMMANDATIONS ACTUELLES CONCERNANT LE SUIVI GYNECOLOGIQUE D'UNE FEMME :**

### **A) Prévention du cancer du Col de l'utérus :**

#### *A.1) Réalisation du Frottis cervico-utérin (FCU):*

Les recommandations actuelles dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus préconisent la réalisation d'un FCU tous les 3 ans après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle, pour les femmes de 25 à 65 ans asymptomatiques ayant ou ayant eu une activité sexuelle [11].

L'arrivée récente de la vaccination contre certains papillomavirus humains ne modifie en rien cette stratégie. Ainsi, pour les femmes de 25 à 65 ans, le dépistage reste l'unique moyen de prévention contre le cancer.

Aujourd'hui le dépistage individuel ou spontané par FCU tous les 3 ans a atteint ses limites. En effet, son taux de couverture stagne à 57% depuis plusieurs années avec des disparités économiques et géographiques sur notre territoire. De ce fait, il est encore enregistré 3000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus invasif chaque année et 1000 décès lui sont imputés par an [11].

Dans ce contexte, La Haute Autorité de Santé (HAS) propose que le médecin traitant soit placé au cœur du dispositif en coordonnant le dépistage pour chacune de ces patientes : son rôle étant de sensibiliser les femmes concernées à la nécessité de se faire dépister et à les inciter à le faire tous les 3 ans. Le médecin référant peut d'ailleurs réaliser lui-même le FCU ou adresser la patiente à un confrère généraliste ou à un gynécologue. Aujourd'hui, 1 frottis sur 10 est pratiqué par omnipraticien.

Pour autant, même si nous assistons à une stagnation du dépistage, il n'est pas préconisé de prévoir un programme national comme il existe actuellement pour le cancer du sein ou du colon en France (par l'intermédiaire de mammographies ou test Hémocult®). Un système plus simple mais complexe à mettre en place consisterait en l'envoi de courrier aux femmes n'ayant pas de médecin traitant ou consultant de manière irrégulière : ce projet n'est qu'à la phase d'études parmi d'autres éléments évoqués.

Des expérimentations de dépistage de cancer du col de l'utérus existent actuellement dans 4 départements (Isère, Bas Rhin, Haut Rhin et Martinique). Selon l'organisation choisie par

chacun, les femmes reçoivent périodiquement de la part de la structure de gestion une invitation pour réaliser ce dépistage [26].

Enfin, il faut noter que le FCU est pris en charge par l'assurance maladie sur prescription médicale et remboursé, en général à hauteur de 70% sur la base du tarif conventionnel [26]. Certains médecins ou spécialistes installés en secteur 2 ou avec des majorations d'honoraires peuvent constituer un frein économique et une barrière pour la pratique de cet examen.

#### A.2) La vaccination anti-papillomavirus :

La vaccination contre le cancer du col de l'utérus et autres maladies causées par les virus HPV est recommandée, par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) [27], mais non obligatoire pour toutes les adolescentes entre 11 et 14 ans [28]. Depuis avril 2013, seules 2 doses de vaccin suffisent si la vaccination est commencée avant la date du 15<sup>ème</sup> anniversaire. Un rattrapage de la vaccination est possible et recommandé entre 15 et 19 ans sous forme de 3 injections en 6 mois. Pour les jeunes femmes de plus de 19 ans n'ayant pas eu de vaccination, elles peuvent être vaccinées contre les virus HPV responsables du cancer du col de l'utérus, même si elles ont déjà eu des relations sexuelles ; le vaccin restant actif contre les virus HPV qui n'ont pas été contractés avant la vaccination. L'utilité de la vaccination diminue lorsque le risque d'avoir déjà été infecté est grand. Cette décision doit donc être prise de manière individuelle.

Ces modifications font suite à la prise en compte par le HCSP, du suivi de la couverture vaccinale vis-à-vis du papillomavirus humain. Ce suivi montre que les taux de couverture vaccinale au 31 décembre 2011, calculés sur l'échantillon généraliste des bénéficiaires pour les jeunes filles nées en 1993 (18 ans), 1994 (17 ans), 1995 (16 ans) et 1996 (15 ans), sont pour une dose, respectivement de 53,0%, 53,8%, 46,8% et 35,8% et pour trois doses, respectivement de 36,9%, 39,0%, 31,2% et 20,2% [27]. Ces taux se sont révélés relativement bas et insuffisants. De plus, une étude a montré la suffisance de 2 doses pour permettre une protection vis-à-vis de ces virus [29].

Même si la personne a été vaccinée dans les temps recommandés par l'HAS, cela n'exclut pas la réalisation de FCU selon les instructions émises dans le chapitre ci-dessus, la vaccination ne protégeant pas contre l'ensemble des papillomavirus.

Ainsi, le rôle du médecin généraliste, souvent au 1<sup>er</sup> plan, et premier contact de l'adolescente avec le monde médical est primordial pour informer, éduquer les jeunes filles sur les effets, les intérêts et la nécessité de poursuivre malgré la vaccination, la réalisation de FCU dans leur vie future.

## **B) Prévention du Cancer du sein :**

Le cancer du sein est le premier cancer féminin en termes de fréquence avec plus de 50.000 nouveaux cas estimés chaque année. L'âge médian au diagnostic est de 61 ans. Il représente plus du tiers de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez la femme. Son incidence a augmenté de manière constante entre 2000 et 2005 (puis s'est stabilisé par la suite avec en parallèle une diminution de sa mortalité) [30].

Il bénéficie d'un pronostic à long terme favorable d'autant qu'il est diagnostiqué dès la phase initiale de la maladie et pris en charge précocement. Ainsi, la survie moyenne à 5 ans est estimée à près de 85%.

Il existe actuellement un dépistage organisé dans l'ensemble de la France s'inscrivant notamment dans le cadre du plan cancer 2009-2013 qui a redéfini les objectifs du dépistage.

Le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en 2004 à l'ensemble de la population des femmes de 50 à 74 ans. Il a permis en 2005 la découverte de 12.413 cancers du sein soit 42% des cancers du sein découverts cette année-là. Un dépistage individuel sur prescription médicale subsiste (notamment pour les femmes de moins de 50 ans ayant des antécédents familiaux de cancer du sein précoces ou agressifs, des maladies génétiques familiales avec les pathologies BRCA 1 et 2). On estime à 10% la part des femmes concernées effectuant un dépistage individuel.

Le taux de participation au dépistage obligatoire était de 52% en 2011 [31] (l'objectif du plan cancer 2009-2013 étant de 65%). Le dépistage organisé n'est pas obligatoire mais fortement recommandé par L'HAS : en effet, le cancer du sein représentait la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité par cancer chez la femme en 2008 [30].

Le rôle du professionnel de santé est de convaincre les patientes des bénéfices à effectuer une mammographie tous les 2 ans à partir de l'âge de 50 ans et de mettre en avant les avantages procurés par la découverte précoce d'une tumeur au sein.

### **C) Suivi de Grossesse et Recommandations :**

Les objectifs du suivi de grossesse ont pour but de réduire la mortalité et morbidité maternelle et fœtale. Il est obligatoire et nécessite une déclaration avant la 16<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

Selon les recommandations HAS [32], les médecins généralistes et les gynécologues médicaux ainsi que les sages femmes (acteurs de santé de soins primaires) ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risques des femmes et d'en référer, en cas de présence de facteur de risque auprès des gynéco-obstétriciens (acteurs de santé secondaires). (Schéma 3)

Ces facteurs de risque sont à rechercher :

- avant la grossesse si la patiente parle d'un désir de grossesse (par l'intermédiaire notamment de l'interrogatoire, de ces antécédents personnels et familiaux et obstétricaux, conduites addictives...).
- Au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse : découverte de grossesse multiple à l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre, risque de trisomie 21 ou autre malformation....
- Au cours du 4<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> mois : la recherche de pathologies spécifiques de la grossesse et/ou de l'accouchement.

De ces éléments découlent le type de suivi qui doit être organisé pour une femme enceinte. S'il s'agit d'une grossesse normale dite à « bas-risque » (Suivi de type A) le médecin généraliste pourra suivre cette grossesse jusqu'au 7<sup>ème</sup> mois relayé par une sage femme auprès de l'établissement choisi pour l'accouchement (figure 1). Cependant, le médecin généraliste pourra, dans certaines situations définies par l'HAS, suivre une grossesse avec un risque plus important de manière conjointe avec un gynécologue-obstétricien pour une prise en charge globale de la patiente [32].

**DIFFERENTS SUIVIS ET DEMANDES D'AVIS POSSIBLES POUR LES GROSSESSES EN FONCTION DES SITUATIONS A RISQUE IDENTIFIEES (ACCORD PROFESSIONNEL)**

-**Suivi A** : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

→ **Avis A1** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et /ou d'un autre spécialiste est conseillé.

→ **Avis A2** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

-**Suivi B** : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

**Schéma 3**

Une enquête réalisée en 2009 auprès du pôle Mère-Enfant de l'hôpital de Bron [33] a montré que 30% des patientes était suivies au début de la grossesse par le médecin généraliste faisant de lui un acteur clé dans la prise en charge des patientes ainsi que dans l'orientation et la coordination en fonction des facteurs de risque détectés.

# **METHODOLOGIE**

## **I-Objectifs de l'enquête :**

Notre travail a pour but de répondre aux questions suivantes :

- Comprendre les facteurs influençant la pratique du suivi gynécologique
- Concevoir les modifications à générer pour améliorer ce suivi.
- Facteurs influençant les patientes pour leur suivi gynécologique en médecine générale.
- Savoir si la formation actuelle des médecins généralistes est compatible avec l'évolution démographique des gynécologues.

## **II-Méthode utilisée pour l'enquête :**

### **A) Elaboration des questionnaires :**

Nous avons réalisé deux types de questionnaires destinés d'une part aux médecins généralistes et d'autre part aux patientes permettant ainsi d'évaluer les freins et facteurs de motivations pour la pratique et le suivi gynécologique en médecine générale.

A.1) *Le questionnaire destiné aux médecins généralistes* (annexe 2) avait pour but de mettre en avant différents aspects permettant de répondre aux objectifs fixés par cette étude.

-Données socio-démographiques et parcours professionnels : âge, sexe, année et lieu d'installation, mode d'exercice, distance avec un gynécologue, nombre d'actes par semaine et formation(s) reçue(s) en gynécologie.

-Pratique de gynécologie : a pour but de savoir s'ils font de la gynécologie en cabinet, le type de consultation réalisé, l'évolution et explication du nombre de consultations gynécologiques effectuées ces dernières années, rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes.

-Freins et facteurs de motivations à la pratique de la gynécologie obstétrique en médecine générale : identifier les principaux paramètres expliquant ou non le suivi gynécologique en médecine générale.

-Conclusion : 2 questions fermées sur la nécessité ou non de faire de la gynécologie en médecine générale et sur l'actuelle formation des futurs médecins en matière de gynécologie-obstétrique.

Ce questionnaire a été soumis au Département de Médecine Générale de la faculté de médecine de Poitiers ce qui nous a permis de faire des modifications pertinentes pour le rendre plus abordable.

A.2) Le questionnaire des patientes (annexe 3) était divisé lui aussi en 4 grands axes afin de répondre au mieux aux objectifs fixés initialement.

-Données socio-démographiques : âge de la patiente, lieu d'habitation, distance avec le gynécologue et le médecin traitant.

-Suivi gynécologique de la patiente : savoir s'il existe un suivi gynécologique, comprendre les raisons s'il y en a aucun, et identifier les personnes qui font ce suivi, comprendre les freins et facteurs de motivation qui leur ont fait choisir le praticien.

-Conclusion : questionnement ouvert sur l'importance du suivi gynécologique et de la personne qui l'effectue.

Ce questionnaire a été testé auprès de cinq patientes situées dans trois cabinets de médecine générale différents permettant de modifier certaines questions et leurs abords.

## **B) Sélection des médecins et des patientes :**

### **B.1) Sélection des médecins :**

Les questionnaires ont été envoyés à 200 médecins des Deux Sèvres sélectionnés par tirage au sort dans les pages jaunes (une enveloppe réponse pré-timbrée était également jointe à l'envoi).

Ils ont été expédiés à partir du 17 Janvier 2013 et avons laissé un délai de réponse d'un mois, soit jusqu'au 15 Février 2013.

Chaque questionnaire était accompagné d'une lettre explicative présentant notre travail et son déroulement. (Annexe 1).

Les médecins étaient en mesure de nous contacter par mail si besoin.

### B.2) Sélection des patientes :

Les questionnaires ont été mis à la disposition de 3 cabinets médicaux des Deux Sèvres qui avaient préalablement donné leur accord. Ces cabinets médicaux étaient situés dans 3 zones différentes pour une meilleure représentation à savoir le milieu urbain, semi-rural et rural.

Les formulaires étaient remis soit par le médecin généraliste soit par l'enquêteur (moi-même) à des femmes faisant partie de leur patientèle.

Le praticien avait pour consigne de remettre le questionnaire à des patientes selon les critères d'inclusion suivants :

- Femmes âgées de 20 à 70 ans
- Femmes vues quelque soit le motif de consultation

Les patientes vues en visite et/ou « non-compliantes » à la réalisation de cette étude faisaient parties des critères d'exclusion.

### III-Analyse statistique :

Une base de données a été réalisée à l'aide du logiciel EXCEL.

L'analyse statistique du test Chi-Deux pour les comparaisons de variables qualitatives : le risque alpha a été choisi égal à 5% et un degré de liberté égal à 1.

Le test de Student a été utilisé pour les comparaisons de moyennes.

# **RESULTATS**

## **PARTIE I : RESULTATS ENQUETE MEDECINS**

A partir du 15 février 2013, nous avons procédé à l'analyse des réponses postales. Sur les 200 questionnaires envoyés aux médecins généralistes, 97 réponses ont été reçues dans les délais soit un taux de réponse de 48,5%.

7 réponses sont arrivées après la date limite qui avait été fixée et n'ont donc pas été prises en compte.

Les réponses aux items n'avaient pas toujours été données, ce qui a fait varier le nombre de réponses par question.

Aucun mail n'a été reçu pour explication ou demandes sur le questionnaire.

### **I- ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES REpondANTS :**

#### **A) Genre, âge et ancienneté du médecin :**

La population étudiée est composée à 67% d'hommes et 33% de femmes. La moyenne d'âge des médecins répondant est de 50,3 ans, les âges étant répartis entre 32 et 70 ans.

Les femmes ont une moyenne d'âge de 45,4 ans et les hommes de 55,1 ans.

Le sexe ratio dans notre étude (Homme/Femme) est de 2.03.

59,3% des femmes « invitées » à l'enquête ont répondu et 45,9% des hommes (différence non-significative ;  $\chi^2=3,4$ , ddl=1).

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage (%)</b>	<b>Moyenne d'âge (Ans)</b>
<b>Homme</b>	65	67	55,1
<b>Femme</b>	32	33	45,4
<b>Total</b>	97	100	50,3

**Tableau 1** : Répartition des médecins de l'étude selon le sexe

La répartition des médecins selon leur âge est décrite ci-dessous :

Age	Nombre	Pourcentage (%)
30-39 ANS	12	12,4
40-49 ANS	22	22,7
50-59 ANS	36	37,1
60 ET PLUS	27	27,8
TOTAL	97	100

**Tableau 2** : Répartition des médecins de l'étude selon l'âge

Les médecins sont installés depuis 20 ans en moyenne ; Les femmes depuis 15 ans et les hommes depuis 25 ans.

1 médecin n'a pas répondu à cette question.

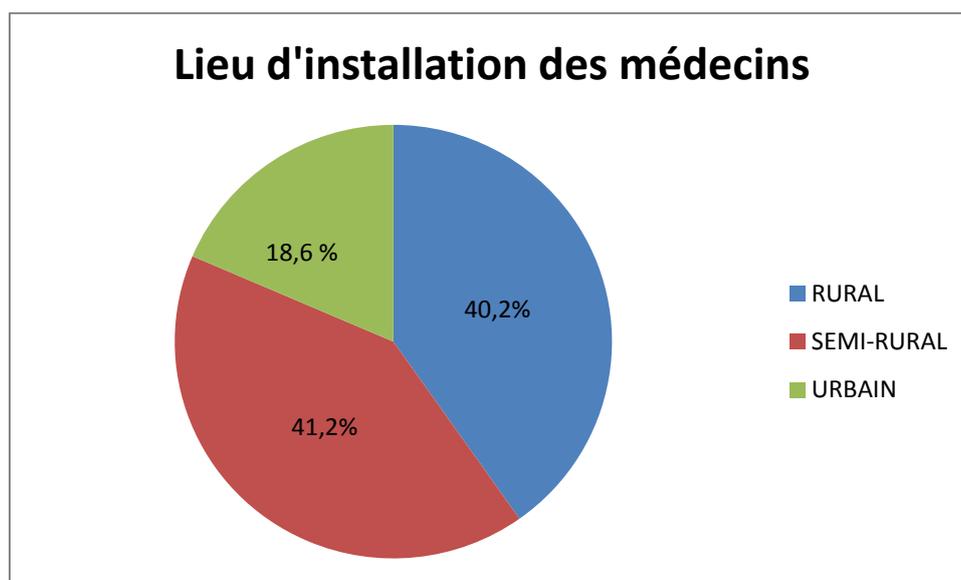
Année d'installation	Nombre	Pourcentage (%)
1970-1979	16	16,7
1980-1989	30	31,2
1990-1999	22	22,9
2000-2012	28	29,2
Total	96	100

**Tableau 3** : Répartition des médecins de l'étude selon l'année d'installation

## **B) Exercice professionnel des médecins :**

### **B.1) Milieu d'exercice :**

Le milieu d'exercice est représenté par la figure ci-après :



**Figure 1 :** Répartition des médecins de l'étude selon le lieu d'installation

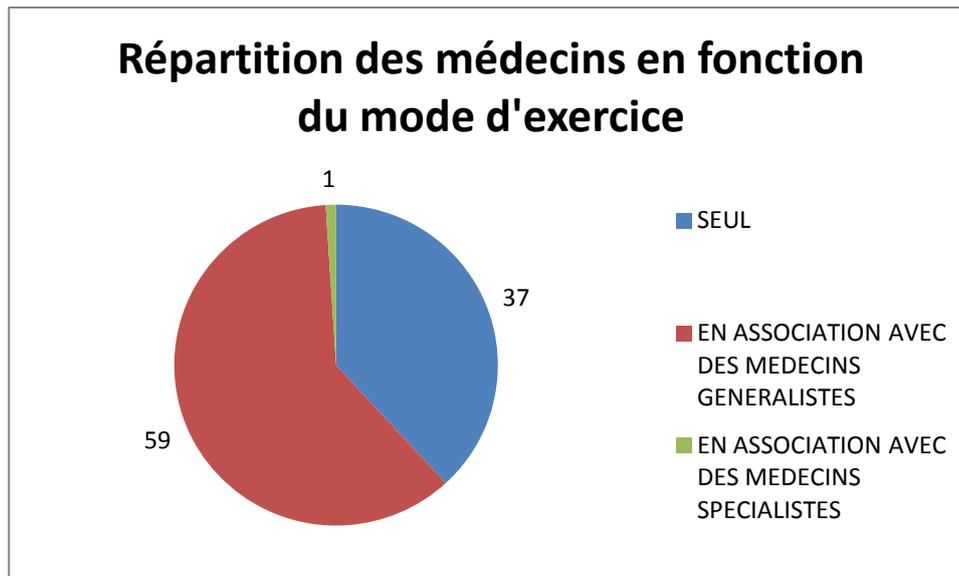
Nous avons eu moins de réponses en milieu urbain correspondant ainsi aux caractéristiques du département des Deux Sèvres qui est ancré dans la ruralité.

#### B.2) Mode d'exercice :

La répartition des médecins selon leur mode d'exercice est la suivante :

Mode d'exercice	Nombre	Pourcentage (%)
SEUL	37	38,1
En Groupe avec Médecin Généraliste	59	60,8
En Groupe Avec Médecin Spécialiste	1	1,1
Total	97	100

**Tableau 4 :** Répartition des médecins de l'étude selon le mode d'exercice



**Figure 2** : Répartition des médecins de l'étude selon le mode d'exercice

### B.3) *Distance avec un gynécologue :*

Nous avons voulu connaître par cette question la distance séparant les médecins généralistes du gynécologue le plus proche (libéral ou hospitalier) : indication intéressante pour concevoir l'impact d'un gynécologue situé à proximité ou non sur la pratique de la gynécologie en cabinet.

Les résultats sont regroupés dans le tableau suivant :

Distance avec un gynécologue	Nombre	Pourcentage (%)
Inférieure à 5 Kms	29	29,9%
Entre 5 ET 10 Kms	9	9,3%
Entre 10 ET 20 Kms	37	38,1%
Supérieure à 20 Kms	22	22,7%

**Tableau 5** : Répartition des médecins de l'étude selon la distance au gynécologue le plus proche

Ainsi, 39,2% des répondants sont situés à moins de 10 Kms, 60,8% étant à plus de 10 Kms. Plus d'un tiers des médecins sont localisés entre 10 et 20 Kms.

### **C) Formation des médecins généralistes en gynécologie :**

55,7% des médecins déclarent avoir eu au moins une formation sur le thème de la gynécologie, 44,3% disent ne pas en avoir eu.

Les résultats sont regroupés dans le tableau suivant :

<b>Formations en gynécologie</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>OUI</b>	54	55,7
<b>NON</b>	43	44,3
<b>Total</b>	97	100

**Tableau 6 :** Répartition des médecins de l'étude selon leur formation en gynécologie

Nous avons observé par l'intermédiaire des réponses qu'il y avait 3 types de formations principales : la formation médicale continue (FMC), la réalisation du Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de Gynécologie-Obstétrique et enfin, les études médicales avec la réalisation de stage en gynécologie.

Près de 6 médecins sur 10 (59,2%) sont formés par l'intermédiaire du stage d'interne et ¼ des personnes formées ont le DIU de gynécologie-obstétrique.

Les résultats sont regroupés dans le tableau suivant :

<b>Types de Formation</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>FMC</b>	9	16,7
<b>DIU Gynéco</b>	13	24,1
<b>Formations perso (internat, externat)</b>	32	59,2
<b>Total</b>	54	100

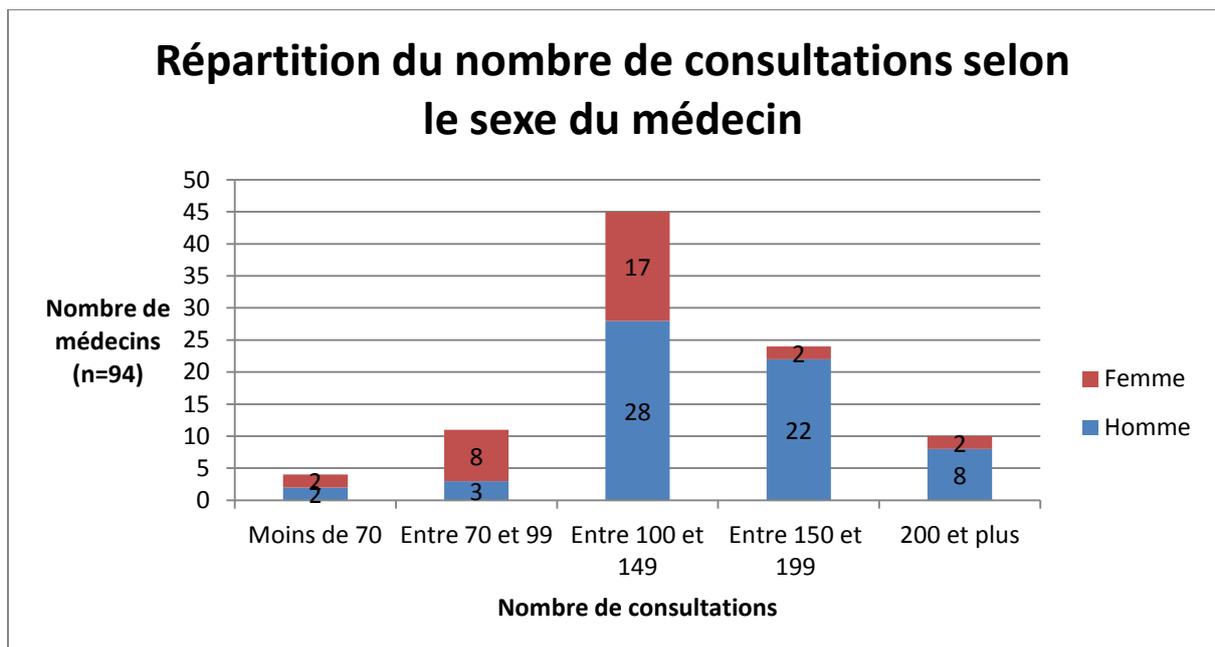
**Tableau 7 :** Répartition des médecins de l'étude selon le type de formation en gynécologie

Parmi les personnes formées, 61,1% sont des hommes et 38,9% des femmes. De ce fait, nous observons que, dans notre étude, 50,1% des hommes sont formés et 65,5% des femmes (différence non significative ;  $\chi^2=1,91$ , ddl=1).

## II- ACTIVITE DES MEDECINS GENERALISTES :

### A) Nombre de consultations hebdomadaires :

Les médecins interrogés réalisent en moyenne 128 actes de médecine générale par semaine. Les femmes ont une activité plus faible que les hommes (112,5 actes contre 143,5 actes par semaine soit 21,6% d'actes en moins) statistiquement significative ( $\chi^2=16,5$ ,  $ddl=4$ ,  $p<0.05$ )  
3 médecins n'ont pas répondu à cette question.



**Figure 3 :** Répartition du nombre de consultations selon le sexe du médecin

Près d'1 répondant sur 2 (47,9%) déclare effectuer entre 100 et 149 actes par semaine et 25,5% entre 150 et 199 actes par semaine. Les pourcentages des généralistes qui ont une activité inférieure à 100 actes ou supérieure à 200 actes par semaine étaient relativement proches.

Les résultats sont regroupés dans le tableau ci-après :

Nombre de Consultations (par semaine)	Nombre	Pourcentage (%)
< 70	4	4,3
Entre 70 et 99	11	11,7
Entre 100 et 149	45	47,9
Entre 150 et 199	24	25,5
≥ 200	10	10,6
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

**Tableau 8 :** Nombre moyen d'actes de médecine générale par semaine des médecins généralistes

**B) Nombre de consultations gynécologiques par semaine :**

Cette question permettait de nous renseigner sur la part d'activité de gynécologie-obstétrique dans l'activité globale des médecins généralistes.

8 personnes n'ont pas répondu à cet item.

Part de GO dans l'activité globale (%)	Nombre de médecins (n=88)	Pourcentage (%)
Moins de 5%	26	29,5
Entre 5 et 9.9%	25	28,4
Entre 10 et 14,9%	24	27,3
Entre 15 et 19.9%	8	9,1
20% et plus	5	5,7
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

**Tableau 9 :** Part d'actes de gynécologie-obstétrique dans l'activité des médecins généralistes

57,9% des médecins déclarent faire moins de 10% d'actes de gynécologie-obstétrique (GO) sur la globalité de leur activité médicale de cabinet.

Le taux de consultation gynécologique par semaine est de 9,3% en moyenne, la répartition étant de 7,25% de consultation gynécologique par semaine pour les hommes contre 11,35% pour les femmes.

**B.1) Influence du sexe du médecin par rapport aux actes de GO par semaine :**

La majorité des hommes (61,7%) ont une activité inférieure à 10% d'actes de GO, les femmes sont à 50%. Ainsi, Seul 38, 3% des hommes ont une activité supérieure à 10% contre 50% des femmes. Il n'y a cependant pas de différence statistiquement significative du nombre d'actes de GO selon le sexe du médecin. ( $\chi^2=1$ ,  $ddl=1$ ).

<b>Part de GO dans l'activité globale (%)</b>	<b>Homme (n=60)</b>	<b>Pourcentage Hommes (%)</b>	<b>Femme (n=28)</b>	<b>Pourcentage Femmes (%)</b>
<b>Moins de 5%</b>	22	36,7	4	14,3
<b>Entre 5 et 9.9%</b>	15	25	10	35,6
<b>Entre 10 et 14,9%</b>	19	31,7	5	17,9
<b>Entre 15 et 19.9%</b>	3	5	5	17,9
<b>20% et plus</b>	1	1,6	4	14,3
<b>Total</b>	60	100	28	100

**Tableau 10 :** Part d'actes de gynécologie-obstétrique dans l'activité des médecins généralistes selon le sexe

**B.2) Influence de l'âge du médecin par rapport aux actes de GO par semaine :**

67,7% des personnes de moins de 50 ans effectuent moins de 10% de consultations de GO par semaine contre 52,8% pour les répondants de plus de 50 ans. Cependant, on ne note pas de différence significative sur un plan statistique ( $\chi^2=1,87$  ;  $ddl=1$ ).

	<b>30-39</b>	<b>%</b>	<b>40-49</b>	<b>%</b>	<b>50-59</b>	<b>%</b>	<b>60 Ans</b>	<b>%</b>
	<b>Ans</b>		<b>Ans</b>		<b>Ans</b>		<b>et plus</b>	
<b>Moins de 5%</b>	5	45,4	7	35	9	26,5	5	21,7
<b>Entre 5 et 9.9%</b>	3	27,3	6	30	13	38,2	3	13
<b>Entre 10 et 14,9%</b>	2	18,2	2	10	8	23,5	12	52,3
<b>Entre 15 et 19.9%</b>	0	0	4	20	1	2,9	3	13
<b>≥20% et plus</b>	1	9,1	1	5	3	8,9	0	0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

**Tableau 11 :** Part d'actes de gynécologie-obstétrique dans l'activité des médecins généralistes selon l'âge.

### **III- PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE :**

Dans un premier temps, il s'agissait de savoir si les médecins réalisaient des consultations de gynécologie dans leur cabinet médical.

Sur les 97 répondants, 96,3% ont répondu positivement contre 3,1% déclarent ne faire aucune consultations de gynécologie. Les médecins déclarant ne faire aucune consultation sont uniquement des hommes.

#### **A) Types de consultations de gynécologie-obstétrique :**

Il s'agissait de connaître quelles étaient les circonstances le plus souvent rencontrées amenant la patiente à consulter son médecin généraliste pour motif gynécologique.

Plusieurs réponses étaient possibles. Près d'1 répondant sur 2 (45,2%) cite le renouvellement de traitement (contraceptif, traitement hormonal substitutif) comme le type de consultation le plus fréquent devant le suivi régulier et les consultations d'urgence.

2 Médecins n'ont pas répondu à cet item.

Les résultats sont regroupés dans le tableau suivant :

Types de consultation du Médecin (n=95)	Nombre Cités	Fréquence de citations (%)
Urgente	33	34,7
Suivi régulier	64	67,4
Renouvellement de Traitement	80	82,5
<b>Nombre de réponses</b>	<b>177</b>	

**Tableau 12 :** nature des consultations de gynécologie-obstétrique effectué par le médecin généraliste

A.1) Influence du lieu d'installation du praticien par rapport aux types de consultations gynécologiques :

Par ailleurs, nous avons observé l'absence de différence statistique selon le lieu d'exercice avec des pourcentages très proches. Le renouvellement de traitement était dans les 3 cas (rural, semi-rural et urbain) le plus fréquemment cité.

Le tableau ci-après met en avant ces chiffres :

Types de consultation Du médecin (n=95)	RURAL (nb de citations)	% Rural (fréquence citations)	SEMI RURAL (nb de citations)	% Semi Rural (fréquence citations)	URBAIN (nb de citations)	% Urbain (fréquence citations)
Urgente	9	23,7	19	47,5	5	29,4
Suivi régulier	27	71	26	65	11	64,7
Renouvellement de traitement	32	84,2	32	80	16	94,1
<b>Total (nb cités)</b>	<b>38</b>		<b>40</b>		<b>17</b>	

**Tableau 13 :** Nature des consultations de gynécologie-obstétrique effectué par le médecin généraliste selon le lieu d'exercice

A.2) Influence du sexe du praticien par rapport aux types de consultations gynécologiques :

Les médecins hommes citent en première intention le renouvellement de traitement comme type de consultation les plus fréquentes (88,9%) contrairement aux femmes qui nomment le suivi régulier (84,4%).

Il n'existe pas de différence statistique significative au niveau des consultations urgentes ou pour le renouvellement de traitement mais par contre, la différence est significative au sein du suivi régulier, les femmes considérant en voir de manière plus fréquente que les hommes (84,4% vs 58,7%)[chi2=6,24, ddl=1].

Les résultats sont résumés dans le tableau ci contre :

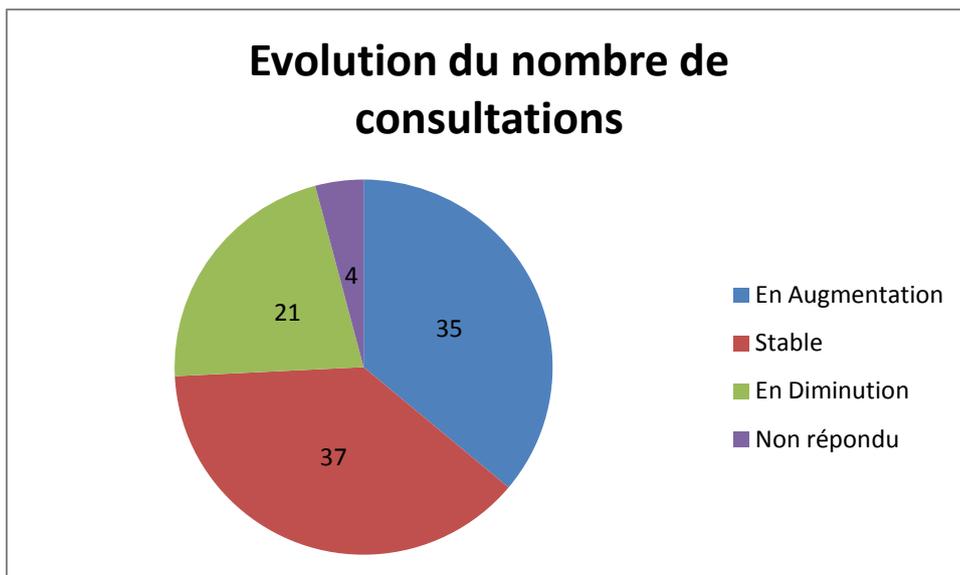
Types de consultation médecin (n=95)	Homme (nb citations)	% Homme de (fréquence citations)	Femme (nb citations)	% Femme de (fréquence citations)
Urgente	24	38,1	9	28,1
Suivi régulier	37	58,7	27	84,4
Renouvellement de traitement	56	88,9	24	75
Total	63		32	

**Tableau 14 :** Nature des consultations de gynécologie-obstétrique effectué par le médecin généraliste selon le sexe

**B) Evolution du nombre de consultations de gynécologie-obstétrique depuis 3 ans :**

L'intérêt de cette question est de savoir s'il existe actuellement une demande accrue des consultations en gynécologie avec la diminution progressive mais constante du nombre de gynécologues notamment en libéral.

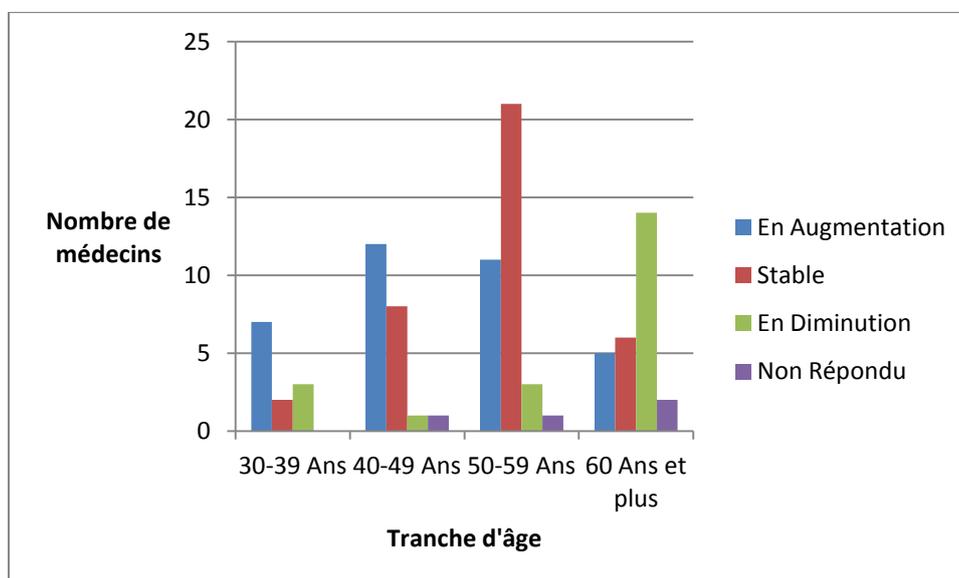
L'activité est dite stable ou en augmentation chez 77,4% des répondants (4 médecins n'ont pas répondu à cet item). Elle est donc en diminution dans 22,6% des cas.



**Figure 4 :** Evolution du nombre des consultations gynécologiques depuis 3 ans

B.1) *Variation de l'activité gynécologique selon le sexe :*

Le sexe est ici discriminant puisque les femmes considèrent à 93,5% que le nombre de consultations gynécologiques est stable (25,8%) ou en augmentation (67,7%) alors que les hommes ne sont que 69,4% à l'évoquer ( $\chi^2=18,7$ , ddl=2).



**Figure 5 :** Evolution du nombre des consultations gynécologiques depuis 3 ans selon l'âge du médecin

Par ailleurs, comme indiqué précédemment, la diminution des consultations gynécologiques est de 22,6%. Les hommes sont majoritaires puisqu'ils représentent 90,5% de ce cas de figure.

Dans les cas de diminution, la question, était à quoi l'attribuez-vous ? Ils l'expliquent dans un premier temps par une demande de la part des femmes d'un suivi spécialisé, par la présence pour ceux qui sont en groupe, d'une collègue féminine dans le cabinet et enfin, ils notent le manque de demande.

Les principales causes de baisse sont les suivantes (plusieurs réponses étaient possibles) :

Facteurs de baisse (n=21)	Nombre de citations	Pourcentage (%)
Demande mais manque de temps	6	17,1
Gynécologues proches	4	11,4
Collègue féminine dans un même cabinet médical	7	20
Demande de suivi spécialisé	8	22,9
Pas d'intérêt personnel	3	8,6
Viellissement de la patientèle	2	5,7
Rôle des sages femmes et hôpital	3	8,6
Prescription sur 1 an	2	5,7
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Tableau 15 :** Facteurs expliquant la diminution du nombre de consultations gynécologiques des médecins généralistes

### B.2) *Variation de l'activité gynécologique selon l'âge :*

Il existe une différence statistique significative entre les médecins de moins de 50 ans et de plus de 50 ans : En effet, nous avons observé une augmentation de l'activité des médecins de moins de 50 ans par rapport à ceux de plus de 50 ans (57,6% vs 26,7%)[chi2=8,7, ddl=1].

De même, pour la baisse du nombre de consultations, seul 12,1% des moins de 50 ans le précise contre 28,3% des plus de 50 ans. Cependant, la différence est non-significative (chi2=3,3, ddl=1).

Variation de l'activité gynécologique (n=93)	de	Moins de 50 ans	% Moins De 50 ans	Plus de 50 ans	% Plus De 50 ans
<b>EN AUGMENTATION</b>		19	57,6	16	26,7
<b>STABLE</b>		10	30,3	27	45
<b>EN DIMINUTION</b>		4	12,1	17	28,3
<b>Total</b>		33	100	60	100

**Tableau 16 :** Evolution du nombre des consultations gynécologiques depuis 3 ans selon l'âge

*B.3) Variation de l'activité gynécologique selon la distance d'un gynécologue :*

Au cours de notre étude, nous avons voulu savoir si la distance d'un gynécologue fait varier l'activité gynécologique des médecins traitants.

Cependant, nous n'avons remarqué aucune différence statistique significative dans les 3 variables que sont l'augmentation, la stabilité ou la diminution et ceux malgré une augmentation de consultations gynécologiques plus marquée lorsque la distance est supérieure à 10 Kms du gynécologue le plus proche (43,1% vs 28,6%).

Les résultats sont affichés ci-après :

Variation de l'activité gynécologique (n=93)	de	Moins de 10 Kms	% Moins De 10 Kms	Plus de 10 Kms	% Plus De 10 Kms
<b>EN AUGMENTATION</b>		10	28,6	25	43,1
<b>STABLE</b>		16	45,7	21	36,2
<b>EN DIMINUTION</b>		9	25,7	12	20,7
<b>Total</b>		35	100	58	100

**Tableau 17 :** Evolution du nombre des consultations gynécologiques depuis 3 ans selon la distance au gynécologue le plus proche

### C) Actes de gynécologies non effectués en cabinet :

Au cours de cet item, il ne s'agissait pas d'évaluer leur performance objective mais de recueillir leur opinion sur leur propre compétence.

Aussi, nous observons que 15,7% des répondants effectuent tous les gestes de gynécologie dans leur cabinet.

Les 3 gestes les moins réalisés sont les suivants : pose de DIU (64.9%), Pose d'implants contraceptifs (52.6%) et enfin mais dans une moindre mesure les frottis cervico-utérin (8.2%).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre hommes et femmes pour la pose de DIU et implants contraceptifs ( $\chi^2=2.94$ , ddl=1) qui sont les éléments les plus souvent cités par les médecins qui ont répondu à cet item.

Les résultats sont les suivants :

Actes de gynécologie non effectués en cabinet (n=97)	Nombre de citations	Pourcentage (Fréquence de citations en %)
Examen gynécologique simple	1	1
Pose d'un DIU	63	64.9
Réalisation d'un FCU	8	8.2
Pose d'un spéculum	4	4.1
Pose d'un implant contraceptif	51	52.6
Examen mammaire de prévention	2	2.1
Réalisation d'un Toucher Vaginal	0	0
Je les réalise tous	24	24.7
Total	153	

**Tableau 18 :** Actes de gynécologie-obstétrique non effectués en cabinet de médecine général

#### **D) Rôle du médecin généraliste dans la santé des femmes :**

Cette question interrogeait les représentations des médecins sur leur rôle dans le suivi des femmes.

Près de 6 généralistes sur 10 citent en 1<sup>ère</sup> intention, la prévention et le dépistage (59.8%). Les soins de premier recours ainsi que l'information et l'éducation suivent avec plus d'1 praticien sur 2 (respectivement 54.6% et 53.6%).

De manière paradoxale, la prise en charge globale de la patiente (Système OPE : Organe-Personne-Environnement), revendiquée par la profession et dont l'apprentissage est faite actuellement par l'intermédiaire des récits de situations complexes authentiques (RSCA) n'arrive qu'en dernière position (47.4%).

Les résultats sont décrits dans le tableau ci-joint :

<b>Rôle du médecin généraliste dans la santé des femmes</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Prévention et dépistage</b>	58	59,8
<b>Soins de premier recours</b>	53	54,6
<b>Information, Education</b>	52	53,6
<b>Coordination, Orientation</b>	47	48,5
<b>Prise en charge globale</b>	46	47,4
<b>Autres</b>	2	2
<b>TOTAL</b>	258	

**Tableau 19 :** Ressenti du rôle du médecin généraliste dans la santé des femmes

#### **D.1) Influence du rôle du médecin généraliste pour la santé de la femme selon le sexe du praticien :**

Les représentations du rôle du médecin traitant auprès de la santé de la femme diffèrent selon le sexe du praticien. En effet, les hommes considèrent qu'ils doivent s'occuper de la prévention, du dépistage et des soins de premier recours (52.3% chacun) puis de l'information et éducation (49.2%).

Chez les femmes médecins, 75% évoquent le rôle dans la prévention et le dépistage et 68.7% dans la prise en charge globale.

Les résultats sont repris dans le tableau suivant :

<b>Actes de gynécologie non effectués en cabinet (n=97)</b>	<b>Hommes (nb de citations)</b>	<b>% Hommes (Fréquence de citations en %)</b>	<b>Femmes (nb de citations)</b>	<b>% Femmes (Fréquence de citations en %)</b>
<b>Prévention et dépistage</b>	34	52.3	24	75
<b>Soins de premier Recours</b>	34	52.3	19	59.4
<b>Information, Education</b>	32	49.2	20	62.5
<b>Coordination, Orientation</b>	28	43.1	19	59.4
<b>PEC Globale (système OPE)</b>	24	36.9	22	68.7
<b>Autre(s)</b>	2	3.1	0	0
<b>Total</b>	154		104	

**Tableau 20 :** Ressenti du rôle du médecin généraliste dans la santé des femmes selon le sexe

Il y a une différence statistique significative au niveau de 2 rôles du médecin généraliste à savoir la prévention et le dépistage ( $\chi^2=4.7$ , ddl=1) et la prise en charge globale des patientes ( $\chi^2=8.55$ , ddl=1). Pour les autres rôles que peuvent avoir le médecin généraliste dans la prise en charge de la santé des femmes, il n'y a pas de différence significative.

#### **IV- ETUDE DES FACTEURS DE MOTIVATION ET DES FREINS A LA PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE EN MEDECINE GENERALE :**

##### **A) Facteurs de motivation :**

Cette question a pour but de comprendre quels sont les facteurs de motivation des médecins généralistes à faire des consultations de gynécologie et ce quelque soit le nombre de consultations qu'ils pratiquent dans cet exercice.

5 médecins n'ont pas répondu à cette question (5 hommes).

Les 3 principaux facteurs de motivation les plus souvent cités sont par ordre de fréquence :

- La pratique de gestes techniques (59,8%)
- L'intérêt personnel pour la discipline (58,7%)
- La diversification de la patientèle (56,4%)

Souvent interpellée comme un besoin pour pouvoir exercer ou mieux exercer avec les moyens médicaux adéquats, seul 1 répondant sur 10 cite la participation à des formations gynécologiques comme facteur de motivation.

Enfin, la reconnaissance des patientes à effectuer le suivi gynécologique motive 1 médecin sur 2.

Par ailleurs, nous avons remarqué que parmi les « autres réponses », 61,4% d'entre eux nomment le fait que la gynécologie fait partie de l'exercice de la médecine générale et donc de fait suffit à être un facteur de motivation.

Les résultats sont regroupés dans le tableau ci après (plusieurs réponses étaient possibles).

Facteurs de motivation des répondants (n=92)	Nombre de citations	Pourcentage (%)
Intérêt personnel	54	58,7
Pratique de gestes techniques	55	59,8
Diversification de la patientèle	51	55,4
Reconnaissance des patientes	48	52,2
Participation formation gynécologique	12	13
Application d'éléments pratiques	25	27,2
Autres réponses	13	14,1
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	

**Tableau 21 :** Facteurs de motivation des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie

*A.1) Influence des facteurs de motivation des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon le sexe du praticien :*

Les 3 principaux facteurs de motivation diffèrent selon le sexe.

Pour les hommes, ils sont les suivants :

- La diversification de la patientèle (61,7%)
- La reconnaissance des patientes (58,3%)
- La pratique de gestes techniques (55%)

Pour les femmes, ils sont les suivants :

- L'intérêt personnel (81,2%)
- La pratique de gestes techniques (68,8%)
- La diversification de la patientèle (43,7%)

Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans les facteurs de motivation selon le sexe du médecin en dehors de l'intérêt personnel pour la discipline ( $\chi^2=10,3$  ; ddl=1).

Les résultats sont indiqués ci-après :

Facteurs de motivation des répondants (n=92)	Homme (nb de citations)	% Homme (Fréquence de citations)	Femme (nb de citations)	% Femme (Fréquence de citations)
Intérêt personnel	28	46,7	26	81,2
Pratique de Gestes techniques	33	55	22	68,8
Diversification de la patientèle	37	61,7	14	43,7
Reconnaissance des patientes	35	58,3	13	40,6
Participation à des Formations gynécologiques	6	10	6	18,8
Application d'éléments pratiques	18	30	7	21,9
Autres	9	15	4	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>156</b>		<b>92</b>	

**Tableau 22** : Facteurs de motivation des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon le sexe

*A.2) Influence des facteurs de motivation des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon l'âge du praticien :*

Les 3 principaux facteurs de motivation diffèrent selon l'âge

Pour les moins de 50 ans, ils sont les suivants :

- L'intérêt personnel (78,1%)
- La pratique de gestes techniques (62,5%)
- La diversification de la patientèle (56,3%)

Pour les plus de 50 ans, ils sont les suivants :

- La pratique de gestes techniques (58,3%)
- La reconnaissance des patientes (58,3%)
- La diversification de la patientèle (55%)

Nous observons sur cette question, qu'il n'y a pas de différence statistique significative entre les différents items proposés pour les personnes de moins et de plus de 50 ans. Seule, la notion d'intérêt personnel montre un écart significatif statistique ( $\chi^2=7,58$ ,  $ddl=1$ ).

Variation de l'activité gynécologique (n=92)	Moins de 50 ans (nb de citations)	% Moins De 50 ans (n=32) (Fréquence de citations)	Plus de 50 ans (nb de citations)	% Plus De 50 ans (n=60) (Fréquence de citations)
Intérêt personnel	25	78,1	29	48,3
Pratique de Gestes techniques	20	62,5	35	58,3
Diversification de la patientèle	18	56,3	33	55
Reconnaissance des patientes	13	40,6	35	58,3
Participation à des formations gynécologiques	4	12,5	8	13,3
Application d'éléments pratiques	8	25	17	28,3
Autres	5	15,6	8	13,3
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>		<b>168</b>	

**Tableau 23 :** Facteurs de motivation des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon leur âge

### **B) Freins à la pratique de la gynécologie en médecine générale :**

Cet item a pour but de comprendre quels sont les freins actuels des médecins généralistes à faire des consultations de gynécologie au sein de leur cabinet.

5 médecins n'ont pas répondu à cette question (2 hommes et 3 femmes)

Les 3 principaux freins, par ordre de fréquence, sont:

- La réticence des patientes (59,8%)
- La présence de gynécologue à proximité (46,7%)
- Le manque de temps (46,7%)

Le reste des freins est cité dans la majorité des cas par un tiers des répondants.

Les résultats sont regroupés dans le tableau ci-dessous (plusieurs réponses possibles) :

Freins à la pratique de la gynécologie (n=92)	Nombre de citations	Pourcentage (%)
Manque de temps	43	46,7
Manque d'intérêt personnel	33	35,9
Manque de demandes	31	33,7
Manque de formations gynécologique	28	30,4
Manque de compétence	36	39,1
Manque d'équipements	23	25
Présence de gynécologues à proximité	43	46,7
Réticence des patientes	55	59,8
Gêne de votre part ou de la patiente	27	29,3
Age et/ou sexe du praticien	32	34,8
Poursuites judiciaires	13	14,1
<b>TOTAL</b>	<b>364</b>	

**Tableau 24 :** Freins des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie

*B.1) Influence des freins des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon le sexe du praticien :*

Les 3 principaux freins diffèrent selon le sexe.

Pour les hommes, ils sont les suivants :

- La réticence des patientes (68,2%)
- La présence de gynécologue à proximité (47,6%)
- le manque de temps (42,9%)

Pour les femmes, ils sont les suivants :

- Le manque de temps (55,2%)
- Le manque d'intérêt personnel (55,2%)
- Le manque de compétence ainsi que l'âge et le sexe du praticien (48,3%).

Il existe 2 points pour lesquels, nous remarquons des différences statistiques significatives à savoir le manque d'intérêt pour la discipline (les femmes le mettant plus en avant que les hommes ;  $\chi^2=6,84$ ,  $ddl=1$ ) et la réticence des patientes (les hommes l'évoquant plus que les femmes et de manière significative :  $\chi^2=5,87$ ,  $ddl=1$ ).

Pour le reste des items évoqués, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'homme et la femme.

Les résultats sont regroupés dans le tableau suivant (plusieurs réponses possibles) :

<b>Freins à la pratique de la gynécologie (n=92)</b>	<b>Homme (nb de citations)</b>	<b>% Homme (Fréquence de citations)</b>	<b>Femme (nb de citations)</b>	<b>% Femme (Fréquence de citations)</b>
<b>Manque de temps</b>	27	42,9	16	55,2
<b>Manque d'intérêt personnel</b>	17	27	16	55,2
<b>Manque de demandes</b>	25	39,7	6	20,7
<b>Manque de formations gynécologiques</b>	16	25,4	12	41,4
<b>Manque de compétence</b>	22	34,9	14	48,3
<b>Manque d'équipements</b>	14	22,2	9	31
<b>Présence de gynécologues à proximité</b>	30	47,6	13	44,8
<b>Réticence des patientes</b>	43	68,2	12	41,4
<b>Gêne de votre part ou de la patiente</b>	19	30,2	8	27,6
<b>Age et/ou sexe du praticien</b>	18	28,6	14	48,3
<b>Poursuites judiciaires</b>	9	14,3	4	13,8
<b>TOTAL</b>	<b>240</b>		<b>124</b>	

**Tableau 25 :** Freins des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon le sexe

B.2) Influence des freins des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie

selon l'âge du praticien :

Les 3 principaux freins diffèrent selon l'âge.

Pour les moins de 50 ans, ils sont les suivants : le manque de temps (62,5%), la réticence des patientes (53,1%) et l'âge et/ou le sexe du praticien (50%)

Pour les plus de 50 ans, ils sont les suivants : la réticence des patientes (63,3%), la présence de gynécologue à proximité (48,3%) et le manque de temps (38,3%).

Variation de l'activité gynécologique (n=92)	Moins de 50 ans (nb de citations)	% Moins De 50 ans (n=32) (Fréquence de citations)	Plus de 50 ans (nb de citations)	% Plus De 50 ans (n=60) (Fréquence de citations)
Manque de temps	20	62,5	23	38,3
Manque d'intérêt personnel	14	43,8	19	31,7
Manque de demandes	11	34,4	20	33,3
Manque de formation gynécologique	7	21,9	21	35
Manque de compétence	13	40,6	23	38,3
Manque d'équipements	6	18,8	17	28,3
Présence gynécologue à proximité	14	43,8	29	48,3
Réticence des patientes	17	53,1	38	63,3
Gêne de votre part ou de la patiente	14	43,8	13	21,7
Age et/ou sexe du praticien	16	50	16	26,6
Poursuites judiciaires	5	15,6	8	13,3
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>		<b>227</b>	

**Tableau 26** : Freins des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon leur âge

B.3) Influence des freins des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon la distance au gynécologue le plus proche :

Nous avons essayé à travers cette interrogation de savoir si la proximité ou l'éloignement d'un gynécologue avaient un impact sur les possibles freins à pouvoir exercer le suivi gynécologique en médecine générale.

Les 3 principaux freins diffèrent selon la distance au gynécologue.

Pour les médecins situés à moins de 10 Kms, ils sont les suivants par ordre de fréquence de citations:

- La présence de gynécologue à proximité (56,8%)
- La réticence des patientes (54,1%)
- Le manque de temps (48,6%)

Pour les médecins situés à plus de 10 Kms, ils sont les suivants par ordre de fréquence de citations :

- La réticence des patientes (63,6%)
- Le manque de temps (45,5%)
- L'âge et/ou le sexe du praticien (41,2%).

Nous nous apercevons que, chez les praticiens exerçant les plus proches d'un gynécologue, le frein principal est constitué par cette proximité. Or, la différence est non significative avec les médecins à plus de 10 Kms d'un spécialiste ( $\chi^2=2,47$ , ddl=1)

Par ailleurs, la seule différence qui est statistiquement significative dans les réponses données, c'est le manque de formation qui est ressenti par 38,2% des répondants travaillant à plus de 10 Kms contre seulement 18,9% pour ceux à moins de 10 Kms ( $\chi^2=3,93$ , ddl=1).

Variation de l'activité gynécologique (n=92)	Moins de 10 Kms (nb de citations)	% Moins De 10 Kms (n=37) (Fréquence de citations)	Plus de 10 Kms (nb de citations)	% Plus De 10 Kms (n=55) (Fréquence de citations)
Manque de temps	18	48,6	25	45,5
Manque d'intérêt personnel	11	29,7	22	40
Manque de demandes	11	29,7	20	36,4
Manque de formations gynécologique	7	18,9	21	38,2
Manque de compétence	14	37,8	22	40
Manque d'équipements	7	18,9	16	29,1
Présence gynécologue à proximité	21	56,8	22	40
Réticence des patientes	20	54,1	35	63,6
Gêne de votre part ou de la patiente	9	24,3	18	37,2
Age et/ou sexe du praticien	9	24,3	23	41,2
Poursuites judiciaires	7	18,9	6	10,9
<b>TOTAL</b>	<b>134</b>		<b>230</b>	

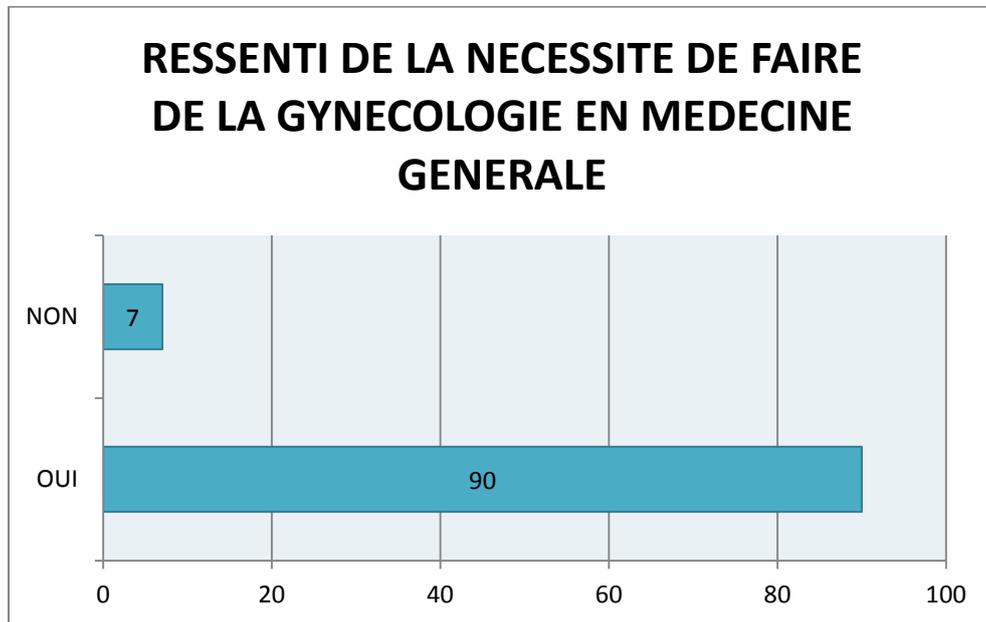
**Tableau 27 :** Freins des médecins généralistes à pratiquer la gynécologie selon la distance au gynécologue le plus proche

## **V-CONCLUSION :**

### **A) Nécessité à pratiquer la gynécologie en médecine générale :**

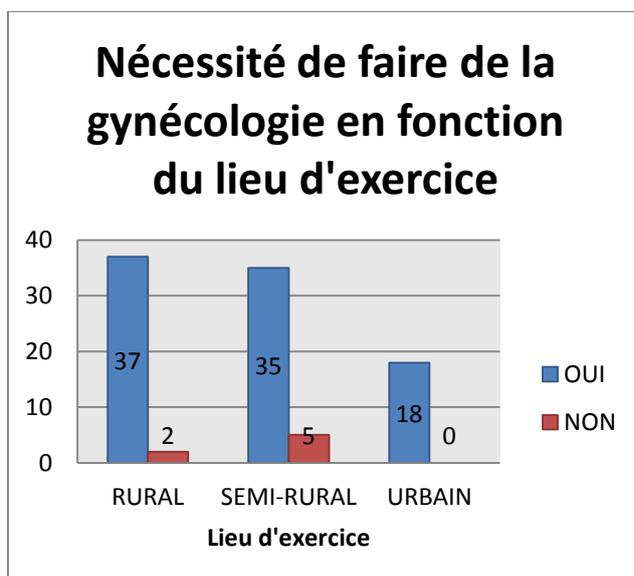
Cette question a pour but de comprendre si la pratique de la gynécologie en médecine générale est aujourd'hui perçue par les praticiens comme une nécessité.

92,8% des répondants affirment que c'est un besoin pour répondre à une activité de médecin généraliste qui englobe notamment la gynécologie comme une de ses branches d'activités.

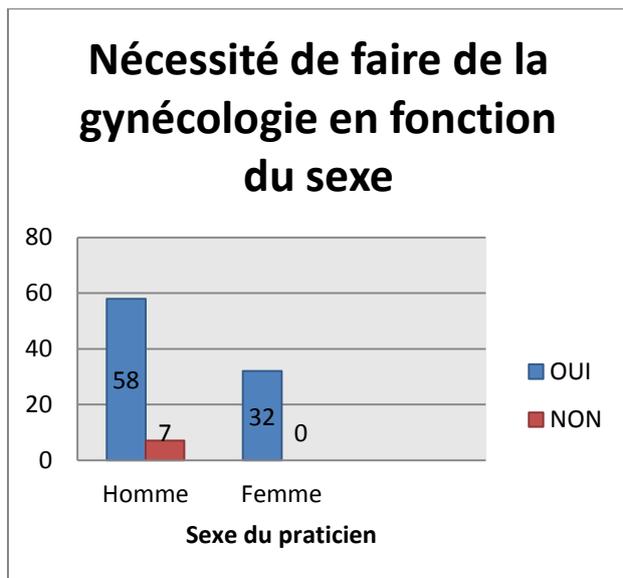


**Figure 6 :** Ressenti de la nécessité à pratiquer la gynécologie en médecine générale

Parmi les médecins qui ont répondu que ce n'était pas utile, ils sont à 100% des hommes et exercent en milieu rural et semi-rural. Pour autant, il n'y a pas de différence statistiquement significative de la nécessité de faire de la gynécologie en médecine générale selon le sexe ou le lieu d'exercice.



**Figure 7**



**Figure 8**

**B) Formation des futurs médecins :**

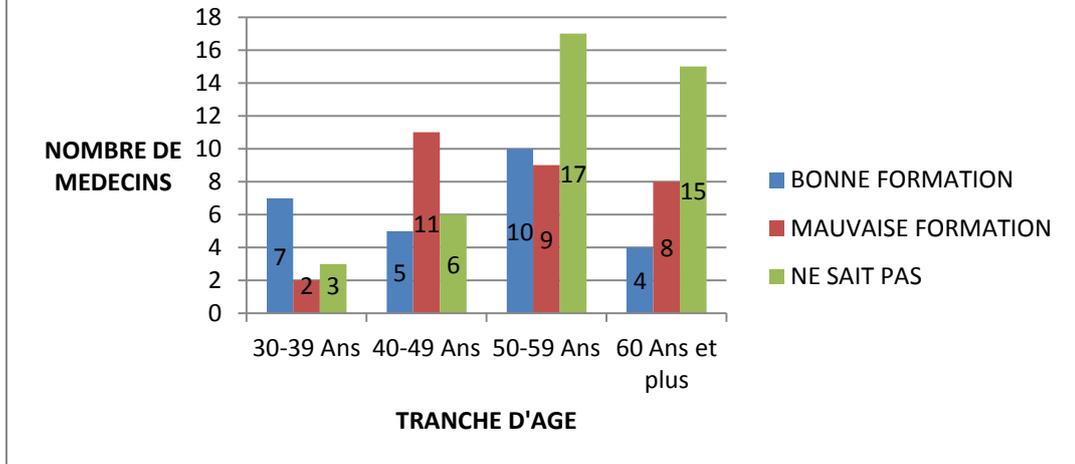
L'intérêt de cette question était de savoir si les médecins généralistes qui exercent actuellement, pensaient que les futurs médecins étaient bien formés pour pouvoir prendre en charge les patientes sur le plan gynécologique.

41 médecins n'ont pas répondu à cet item soit 41,3% du nombre de répondants total.

Parmi les répondants de notre échantillon, 46,4% pensent qu'ils sont suffisamment formés, 53,6% pensent l'inverse.

Par la suite, nous avons voulu savoir si l'âge des médecins avait un impact sur ce sujet. Or, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les personnes de moins de 50 ans et les plus de 50 ans puisqu'ils sont respectivement 48% et 45,4% à penser qu'ils sont bien formés ( $\chi^2=0.04$  ; ddl=1).

## AVIS DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA FORMATION DES FUTURS MEDECINS EN GYNECOLOGIE SELON L'AGE



**Figure 9:** Avis des médecins généralistes sur la formation des médecins généralistes sur la formation des futurs médecins à la pratique de la gynécologie selon leur âge.

## **PARTIE II : RESULTATS ENQUETE PATIENTES**

A partir du 29 mars 2013, nous avons procédé à l'analyse des réponses patientes. Au fil des semaines écoulées, nous avons donné le questionnaire à 70 patientes de cabinets médicaux différents exerçant en milieu rural, semi-rural et urbain selon les conditions émises au cours du chapitre « méthodologie ».

Les réponses aux items n'ont pas toujours été données ce qui a fait varier le nombre de réponses par question.

Nous avons parfois été sollicités par les patientes pour des explications complémentaires concernant les réponses attendues au questionnaire. Il avait pour but de déterminer les freins et les facteurs de motivation des femmes au sujet de leur suivi gynécologique.

### **I-ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTES :**

Les patientes interrogées sont âgées de 20 à 70 ans, correspondant ainsi aux recommandations émises par la Haute Autorité de Santé sur la santé gynécologique des femmes basés entre 15 et 75 ans.

La moyenne d'âge de notre population est de 44,5 ans. La répartition s'effectue comme suit :

<b>Age</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Moins de 25 ans</b>	8	11,4
<b>Entre 25 et 35 ans</b>	18	25,7
<b>Entre 35 et 45 ans</b>	13	18,6
<b>Entre 45 et 55 ans</b>	18	25,7
<b>Plus de 55 ans</b>	13	18,6
<b>TOTAL</b>	70	100

**Tableau 28 :** Répartition des patientes de l'étude selon leur âge

Nous nous sommes ensuite intéressés à la distance des patientes par rapport au gynécologue le plus proche ou à leur médecin traitant référant : Ces éléments permettaient de savoir, dans les suites du questionnaire, si cela pouvait avoir une influence dans leurs choix et modes de prise en charge de leur santé gynécologique. Ils sont répartis selon les données suivantes :

<u>Distance du Gynécologue</u>	<u>Nombre</u>	<u>Pourcentage (%)</u>
Inf. à 5 kms	14	20
Entre 5 et 10 kms	15	21,4
Entre 10 et 20 kms	25	35,7
Sup. à 20 kms	16	22,9
<b><u>Distance du MT</u></b>		
Inf. à 5 kms	36	51,4
Entre 5 et 10 kms	24	34,3
Entre 10 et 20 kms	10	14,3
Sup. à 20 kms	0	0

**Tableau 29 :** Répartition des patientes de l'étude selon la distance du médecin traitant et du gynécologue le plus proche

## **II-SUIVI GYNECOLOGIQUE DE LA PATIENTE :**

Le suivi gynécologique est sans surprise largement répandu auprès de la population féminine : la grande majorité des femmes interrogées (91,4%) déclare avoir un suivi gynécologique.

<u>Suivi gynécologique</u>	<u>Nombre</u>	<u>Pourcentage</u>
Oui	64	91,4
Non	6	8,6
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**Tableau 30 :** Répartition des patientes ayant un suivi gynécologique

Malgré un suivi très répandu pour l'ensemble des catégories, ce sont les plus jeunes (moins de 25 ans) et les plus âgées qui sont les moins suivies : respectivement 75% et 77% contre 91,4% pour l'ensemble des femmes de notre étude.

De même, si le suivi gynécologique reste majoritaire, quelque soit le lieu de résidence, il reste néanmoins plus diffusé chez les patientes résidant en milieu semi-rural.

Cependant, Il faut remarquer que 8,6% des femmes interrogées n'ont pas de suivi gynécologique : un chiffre minoritaire mais représentant tout de même presque 1 femme sur 10.

Nous avons voulu connaître les principales raisons de cette absence de suivi. Il en ressort que, dans les 2/3 des cas, elle est due à une négligence et/ou constat de bonne santé (donc absence d'intérêt pour se faire suivre). Cette notion est partagée quelque soit l'âge de la patiente, la distance à un gynécologue ou le lieu de résidence.

Ce suivi gynécologique est assuré pour la plupart par un gynécologue (76,6%) plutôt que par un médecin généraliste (23,4%).

Parmi les gynécologues, 44,9% sont des hommes et 55,1% des femmes. De même, les femmes médecins généralistes sont plus nombreuses à effectuer ce suivi que les hommes (cf tableau suivant).

Suivi gynécologique (n=64)	Praticien HOMME	Praticien FEMME	TOTAL
MT	5	10	15
Gynéco	22	27	49
TOTAL	27	37	64

**Tableau 31** : Répartition des patientes ayant un suivi gynécologique selon le sexe et le type de praticien

Ainsi, 57,8% des patientes sont suivies par une femme. Il n'y a pas de différence statistiquement significative selon la distance à un gynécologue ou l'âge de la patiente dans le choix du sexe du praticien qui effectue le suivi gynécologique.

Enfin, parmi les femmes qui déclarent se faire suivre,  $\frac{3}{4}$  d'entre-elles (76,6%) ont un suivi régulier (soit une visite au moins une fois par an). Cette régularité est légèrement plus importante pour les patientes suivies par un gynécologue que par un médecin traitant (77,6% vs 73,3%).

Fréquence de consultation pour motif gynécologique (n=64)	Nombre	Pourcentage (%)
Inf. à 1 fois par an	15	23,4
1 fois par an	38	59,4
2 fois par an	9	14,1
Sup à 2 fois par an	2	3,1
Total	64	100

**Tableau 32** : Fréquence de consultations d'un praticien pour motif gynécologique

### **III-MOTIVATIONS ET FREINS DU SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN GYNECOLOGUE :**

#### **A) Motivations :**

Les préférences pour le suivi gynécologique par un gynécologue sont liées aux compétences du spécialiste (81,6%), la pudeur envers le médecin traitant (49%) et une meilleure prise en charge (38,8%).

Facteurs de motivation pour être suivi par gynécologue (n=49)	Nombre de citations	Pourcentage (%)
Compétence	40	81,6
Meilleure PEC	19	38,8
Réputation	12	24,5
Pas de proposition du MT	9	18,4
Méconnaissance que le MT peut faire le suivi	5	10,2
Pas de matériel du MT	8	16,3
Age et/ou sexe du praticien	2	4
Gêne par rapport au MT	24	49
<b>Total</b>	<b>119</b>	

**Tableau 33** : Facteurs de motivation des patientes bénéficiant d'un suivi gynécologique par un gynécologue

Nous pouvons être interpellés par le fait que près de 9 femmes sur 10 citent la compétence comme 1<sup>er</sup> critère de motivation : est-ce lié aux études médicales plus longues ou au fait qu'il ne s'occupe que de cette discipline ?

Par ailleurs, nous notons, que la gêne et/ou pudeur envers le médecin traitant est le 2<sup>ème</sup> facteur de motivation. Il représente en parallèle, sans faire de contre sens, un frein de principe du suivi gynécologique d'une femme par son médecin traitant.

*A.1) Influence des facteurs de motivation des femmes à être suivi par un gynécologue selon l'âge de la patiente :*

Les 3 principaux facteurs de motivation pour les femmes ayant choisi leur suivi gynécologique par un gynécologue sont les mêmes que précédemment soit par ordre de fréquence : la compétence (77,4% pour les moins de 45 ans contre 88,9% pour les plus de 45 ans), la gêne par rapport au médecin traitant (51,4% vs 44,4%) et la meilleure prise en charge (38,7% vs 38,9%).

Il n'est donc pas observé de différence statistiquement significative quelque soit l'âge de la patiente dans les facteurs de motivation des femmes à choisir un gynécologue.

Facteurs de motivation pour être suivi par gynécologue (n=49)	Moins de 45 ans (n=31) (nb de citations)	% des moins de 45 ans	Plus de 45 ans (n=18) (nb de citations)	% des plus de 45 ans
Compétence	24	77,4	16	88,9
Meilleure PEC	12	38,7	7	38,9
Réputation	8	25,8	4	22,2
Pas de proposition du MT	5	16,1	4	22,2
Méconnaissance que le MT peut faire le suivi	2	6,4	3	16,7
Pas de matériel du MT	5	16,1	3	16,7
Age et/ou sexe du praticien	2	6,4	0	0
Gêne par rapport au MT	16	51,6	8	44,4

**Tableau 34** : Facteurs de motivation des patientes bénéficiant d'un suivi gynécologique par un gynécologue selon leur âge

*A.2) Influence des facteurs de motivation des femmes à être suivi par un gynécologue selon la distance à un gynécologue :*

Nous avons essayé à travers cette interrogation de savoir si la proximité ou l'éloignement d'un gynécologue avaient un impact sur les facteurs de motivation à effectuer le suivi gynécologique par un gynécologue.

Les 3 principaux facteurs de motivation diffèrent selon la distance au gynécologue.

Pour les femmes situées à moins de 10 Kms, ils sont les suivants :

- Compétence (70,6%)
- Gêne par rapport au médecin traitant (47,1%)
- Pas de proposition du médecin traitant (35,3%)

Pour les femmes situées à plus de 10 Kms, ils sont les suivants :

- Compétence (90,6%)
- Gêne par rapport au médecin traitant (50%)
- Meilleure prise en charge (46,9%)

La seule différence qui est statistiquement significative dans les réponses données, c'est l'absence de proposition qui est ressenti par 35,3% des répondantes résidant à moins de 10 Kms d'un gynécologue contre seulement 9,4% pour ceux à plus de 10 Kms.

## **B) Freins :**

Elle bénéficiait d'une question ouverte : ceci a induit un taux de réponse plus faible que les autres items. Ainsi, 6 personnes suivies par un médecin traitant n'ont pas répondu.

Les 3 principaux freins mis en avant sont les suivants :

- Manque d'accessibilité (délais de RDV, urgence gynécologique) (88,9%)
- Confiance envers le médecin traitant (44,4%)
- Sexe des gynécologues les plus proches (33,3%)

Le manque d'accessibilité est donc la première raison évoquée par près de 9 femmes sur 10 suivi par le médecin traitant. Elles lui témoignent ainsi une reconnaissance de prendre en charge rapidement les problèmes. Cette prise en charge s'intègre d'ailleurs parfaitement dans une relation de confiance qui est le 2<sup>ème</sup> frein pour être suivi par un gynécologue.

## **IV- MOTIVATIONS ET FREINS DU SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR LE MEDECIN TRAITANT :**

### **A) Motivations :**

Les préférences pour le suivi gynécologique par un médecin traitant sont liées à la confiance envers le médecin traitant (86,6%), l'accessibilité des consultations (66,6%) et la compétence (40%).

Nous pouvons donc constater que c'est en premier lieu la confiance accordée au médecin traitant qui représente le 1<sup>er</sup> facteur de motivation. Il met ainsi en avant la relation médecin-malade.

<b>Facteurs de motivation pour être suivi par médecin traitant (n=15)</b>	<b>Nombre de citations</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Economique</b>	2	13,3
<b>Confiance envers le MT</b>	13	86,6
<b>Compétence</b>	6	40
<b>Accessibilité des consultations</b>	10	66,6
<b>Age et/ou sexe praticien</b>	3	20
<b>Proposition par MT du suivi</b>	0	0
<b>Réputation du MT</b>	1	6,7

**Tableau 36 :** Facteurs de motivation des patientes bénéficiant d'un suivi gynécologique par un médecin traitant

A.1) Influence des facteurs de motivation des femmes à être suivi par un médecin traitant selon l'âge de la patiente :

Les 3 principaux facteurs de motivations pour les femmes ayant choisi leur suivi gynécologique par un médecin traitant sont les mêmes que précédemment soit par ordre de fréquence : la confiance envers le praticien (83,3% pour les moins de 45 ans contre 88,9% pour les plus de 45 ans), l'accessibilité (83,3% vs 55,5%) et la compétence (50% vs 33,3%).

Il n'est donc pas observé de différence statistiquement significative quelque soit l'âge de la patiente dans les facteurs de motivations des femmes à choisir sauf dans le cadre de l'accessibilité des consultations qui est plus remarquée chez les femmes jeunes. B\*

Facteurs de motivation pour être suivi par MT (n=15)	Moins de 45 ans (n=6) (Nb de citations)	% Moins de 45 ans	Plus de 45 ans (n=9) (Nb de citations)	% Plus de 45 ans
Economique	2	33,3	0	0
Confiance envers MT	5	83,3	8	88,9
Compétence	3	50	3	33,3
Accessibilité CSLT	5	83,3	5	55,5
Age et/ou sexe MT	2	33,3	1	11,1
Proposition du MT pour le suivi	0	0	0	0
Réputation du MT	0	0	1	11,1

**Tableau 37 :** Facteurs de motivation des patientes bénéficiant d'un suivi gynécologique par un médecin généraliste selon leur âge

A.2) Influence des facteurs de motivation des femmes à être suivi par un médecin traitant selon la distance à un gynécologue :

Nous avons essayé à travers cette interrogation de savoir si la proximité ou l'éloignement d'un gynécologue avaient un impact sur les facteurs de motivation à effectuer le suivi gynécologique par un gynécologue.

Les 3 principaux facteurs de motivation diffèrent selon la distance au gynécologue.

Pour les femmes situées à moins de 10 Kms, ils sont les suivants :

- Confiance envers le médecin traitant (87,5%)
- Accessibilité des consultations (62,5%)
- Compétence (25%)

Pour les femmes situées à plus de 10 Kms, ils sont les suivants :

- Confiance envers le médecin traitant (85,7%)
- Accessibilité des consultations (71,4%)
- Compétence (57,1%)

La seule différence qui est statistiquement significative dans les réponses données, c'est la compétence qui est ressentie par 57,1% des répondantes résidant à plus de 10 Kms d'un gynécologue contre seulement 25% pour ceux à moins de 10 Kms.

Facteurs de motivation pour être suivi par MT (n=15)	Moins de 10 Kms (n=8) (Nb de citations)	% Moins de 10 Kms	Plus de 10 Kms (n=7) (Nb de citations)	% Plus de 10 Kms
Economique	2	25	0	0
Confiance envers MT	7	87,5	6	85,7
Compétence	2	25	4	57,1
Accessibilité CSLT	5	62,5	5	71,4
Age et/ou sexe MT	1	12,5	2	28,5
Proposition du MT pour le suivi	0	0	0	0
Réputation du MT	0	0	1	14,2

**Tableau 38 :** Facteurs de motivation des patientes bénéficiant d'un suivi gynécologique par un médecin généraliste selon la distance avec le gynécologue le plus proche de lieu d'habitation.

## B) Freins :

Les 3 principaux freins qui ont été mis en avant sont les suivants :

- Suivi de grossesse (51,5%)
- Gène envers le médecin traitant (33,3%)
- Sexe du médecin traitant (27,3%)

Notre étude comportait au niveau des freins une question ouverte qui a induit un taux de réponse plus faible que les autres items. Ainsi, 16 personnes suivies par un gynécologue n'ont pas répondu.

Nous remarquons que le suivi de grossesse par un gynécologue est le 1<sup>er</sup> frein pour se faire suivre par son médecin traitant. Le gynécologue garde une image forte pour le suivi obstétrical.

Freins au choix du médecin traitant pour la santé de la femme (n=33)	Nombre de citations	Pourcentage (%)
Suivi de grossesse	17	51,5
Gène envers le médecin traitant	11	33,3
Sexe du médecin traitant	9	27,3
Mauvaise pédagogie du médecin traitant	3	9,1
Refus du médecin traitant de faire le suivi gynécologique	1	3
<b>Total</b>	<b>41</b>	

**Tableau 35** : Freins des patientes bénéficiant d'un suivi gynécologique par un médecin traitant

## V-CONCLUSION DU QUESTIONNAIRE :

Nous avons voulu savoir quel était le praticien le plus à même pour réaliser le suivi gynécologique.

7 patientes n'ont pas répondu à cette question.

Praticien devant faire le suivi gynécologique (n=63)	Nombre	Pourcentage (%)
Gynéco	42	66,7
MT	10	15,8
L'un ou l'autre	11	17,5
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Tableau 39** : Praticien considéré par la patiente comme le plus apte à effectuer le suivi de la santé des femmes.

Dans 2/3 des cas (66,7%), le gynécologue apparaît comme le mieux perçu pour la prise en charge de la santé gynécologique.

Les raisons expliquant ce choix sont résumées dans le tableau suivant :

<b>Etiologies du choix du gynécologue pour la santé de la femme (n=42)</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
« Il est Compétent »	27	64,3
« C'est un spécialiste »	32	76,2
« Il a du matériel spécifique »	5	11,9
Meilleure écoute	3	7,1
Meilleure prise en charge	15	35,7
Meilleure expertise	2	4,8
Pas de justification	3	7,1
<b>Total</b>	<b>87</b>	

**Tableau 40 :** Etiologies du choix du gynécologue par les patientes pour la prise en charge de la santé des femmes.

Il faut cependant noter que chez 1 patiente sur 5 (17,5%), ce suivi peut être réalisé par l'un ou l'autre des praticiens, la raison principale évoquée (90,9%) dans ce contexte étant la compétence identique et le fait qu'il s'agissait dans les 2 cas de médecins (bonne compétence et savoir dans le domaine, capacité du médecin à rediriger une patiente vers un professionnel si problème complexe apparaissait).

Enfin, 15,8% choisissent le médecin traitant pour le suivi d'une femme. Elles prennent en considération que c'est une personne qu'elles connaissent et ont confiance en lui. Cet élément est cité dans 90% des cas.

# **DISCUSSION**

# **PARTIE I : DISCUSSION ENQUÊTE MEDECINS**

## **I- CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE ET DU QUESTIONNAIRE :**

L'analyse des réponses nous a permis de constater les limites de notre questionnaire aussi bien dans la présentation que dans la formulation des questions.

Nous avons favorisé les questions fermées afin de faciliter les réponses et leur analyse. En effet, bien que testées au préalable, les questions ouvertes étaient plus difficiles à commenter, les médecins généralistes n'y répondant pas systématiquement. De plus, les réponses données souvent brèves et évasives ne permettaient pas une interprétation aisée.

Une enquête qualitative aurait sans doute permis d'approfondir certains items.

### **A) Biais de sélection :**

Plusieurs travaux ont été observés au niveau national et régional mais l'étude a été réalisée uniquement dans les Deux Sèvres (département privilégié pour des raisons personnelles : lieu d'habitation et d'exercice professionnel).

Cependant, ce département considéré comme rural (60 habitants/Km<sup>2</sup> versus 67h/Km<sup>2</sup> au sein du Poitou-Charentes et 113h/Km<sup>2</sup> sur le plan National) [34] entraîne des disparités importantes au niveau de l'offre de soins. Nous remarquons une concentration de gynécologues obstétriciens autour de 4 grands pôles de santé (Bressuire, Parthenay, Thouars et Niort). Par contre, la répartition des médecins généralistes est beaucoup plus harmonieuse.

D'autre part, la sélection des médecins par tirage au sort dans les Pages Jaunes n'a pas permis de déterminer le sexe. Notre étude a ainsi comporté une proportion de femmes de 33%. En 2012, la part des femmes médecins dans les Deux Sèvres s'élevait à 39,4% et à 41,2% au niveau national [17] soit légèrement plus que dans notre enquête.

Néanmoins, l'âge des médecins était relativement similaire à la moyenne nationale et régionale (50,3 ans versus 51,5 et 53 ans) [17].

## **B) Biais d'analyse :**

La participation de notre étude a été relativement satisfaisante avec un taux de réponse de 48,5%.

D'autres travaux menés sur des thèmes similaires ont donné des résultats équivalents (Thèse de Levasseur : 42% [21], Thèse de Dias : 42,5% [22], Thèse de Costes et Louzeau : 40% [35]) avec des méthodologies voisines consistant à une enquête réalisée par voie postale.

Nous supposons que les médecins répondants étaient les plus intéressés par le sujet. Ainsi, nous nous sommes aperçus que les femmes ont été plus motivées que les hommes : 59,3% des femmes invitées à participer ont répondu par rapport à 45,9% des hommes.

Le manque de réponses des hommes relève-t-il d'un moindre intérêt pour la pratique de la gynécologie ?

Par ailleurs, compte tenu de la répartition inégale des gynécologues obstétriciens dans le département, l'accès aux spécialistes est différent selon le territoire de vie (densité de 0,5 gynécologues pour 5.000 femmes au sein du Poitou-Charentes avec 78 bassins de vie sur 96 qui ne comptent aucun spécialiste) [6].

Cet élément a pu influencer la part de consultations gynécologiques des médecins généralistes, 80% d'entre eux étant installés en milieu rural et semi rural et 61% à plus de 10 Kms d'un spécialiste. Au contraire, d'autres études effectuées dans des régions plus urbanisées (Dias [22] en région parisienne où 85% des médecins généralistes ont un gynécologue à moins de 5Kms de leur cabinet, Levasseur [21] en Bretagne et Costes-Louzeau en région Midi- Pyrénées [35]) reflètent des résultats qui peuvent varier.

D'autre part, un autre biais peut-être relevé au niveau du terme « formation » gynécologique dans notre questionnaire. Nous pouvons noter une interprétation ambiguë puisque certains ont pu considérer comme formation, le stage acquis pendant l'externat et/ou internat et d'autres ont répondu par la négative. Ont-ils estimé que ces stages fassent partie du cursus universitaire ? Suffit-elle comme seule formation pour pratiquer correctement la gynécologie au sein de leur cabinet ?

Il faut cependant relativiser ces différents éléments dans la mesure où la validation actuelle du DES de médecine générale impose l'acquisition de compétences dans ce domaine [7].

### **C) Biais de mesure :**

L'enquête étant réalisée par courrier et sous forme anonyme, nous n'avions pas les moyens et/ou les instruments pour vérifier les compétences et la pratique de la gynécologie. Une étude semi-dirigée aurait permis une meilleure approche de ces informations.

## **II-ACTIVITE ET PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES EN GYNECOLOGIE :**

### **A) Profil de la population étudiée :**

Notre échantillon s'est révélé assez caractéristique de la représentation médicale dans les Deux Sèvres. Ainsi, parmi les médecins de moins de 40 ans, 56% sont des femmes au sein du Poitou-Charentes contre 58,3% dans notre étude (différence non-significative) [6].

De même, 24% des médecins sont âgés de plus de 60 ans dans le Poitou-Charentes contre 27,5% dans l'enquête, révélant dans l'ensemble un vieillissement de la population médicale [6].

La majorité des médecins résidait en milieu rural et semi-rural attestant bien ainsi la ruralité du département. Affirmation confirmée également par le fait que 60,8% des répondants exercent à plus de 10Kms d'un gynécologue.

### **B) Activités des médecins généralistes :**

#### **B.1) Consultations hebdomadaires :**

Dans notre étude, les médecins réalisent en moyenne 128 actes par semaine. Les femmes ont une activité significativement plus faible que les hommes (112,5 vs 143,5). En effet, près d'un homme sur deux (47,6%) effectuent plus de 150 actes hebdomadaires contre seulement 12% pour les femmes. Plusieurs études ont déjà mis en évidence cette constatation.

Ainsi, dans une étude réalisée dans la région parisienne [22], la moyenne d'acte était de 126,2 pour les hommes et de 108,6 pour les femmes (différence statistiquement significative confirmée par le test de Student). De même, en Bretagne, dans le travail de G. Levasseur [21], la moyenne était de 99 actes pour les femmes contre 126 pour les hommes. Enfin, Laurence

Wittke, au cours des journées SFMG remarquait que le travail des femmes était inférieur de 40% à celui des hommes souvent lié à des plages horaires plus courtes de 13% [36].

Les femmes médecins actuelles (souvent âgées de moins de 40 ans) en rapport avec notre société et l'évolution du mode de vie souhaitent plus de liberté et un emploi du temps aménagé leur permettant de mieux concilier vie professionnelle et personnelle.

C'est également le souhait des internes et des jeunes médecins (constaté dans le travail de A. Poppelier [37]) qui recherchent une qualité de vie avec des journées de travail moins chargées (90% des jeunes médecins femmes souhaiteraient travailler à temps partiel). C'est la raison pour laquelle actuellement 1 médecin généraliste sur 2 s'installe en mode salarié évitant ainsi les contraintes de gardes, permanences des soins et suractivité.

## B.2) Consultations gynécologiques :

Près de 60% des médecins généralistes effectuent moins de 10 actes gynécologiques par semaine (pas de différence significative entre hommes et femmes).

Nous nous sommes intéressés à la part d'activité de gynécologie dans la fonction globale du médecin généraliste afin de comparer ces résultats à des études similaires et arrivons à une moyenne de 9,3%.

S.Dias en 2010 [22] retrouvait une moyenne de 9,4% (soit une activité gynécologique similaire à notre étude bien que son travail ait été effectué en région parisienne avec densité médicale plus importante). Ces chiffres ont également été retrouvés dans une étude menée à Lille par Audrey Delannoy Eglinger en 2009 [38].

Contrairement, à ces travaux, aucune différence statistique n'est à noter au niveau du sexe du praticien, de même que le lieu, l'âge et le mode d'exercice. L'étude de l'activité gynécologique des praticiens en Bretagne retrouvait les mêmes conclusions [21].

Aussi, le fait d'être installé en groupe n'entraîne pas de majoration du nombre de consultations gynécologiques. Certains généralistes de notre enquête expliquaient la diminution du nombre de leurs consultations gynécologiques par la présence d'une femme au sein de leur cabinet (7 personnes ont cité cette notion soit 20% des médecins qui avait une baisse d'activité en gynécologie). Toutefois, cette remarque n'est pas vérifiée au cours de l'étude.

### B.3) Pratique de la gynécologie :

Plus de 96% des répondants déclarent pratiquer la gynécologie au sein de leur activité libérale. Les médecins qui n'en font jamais sont exclusivement des hommes.

Dans notre étude, nous ne sommes pas revenus sur les principaux motifs de consultations, déjà étudiés dans d'autres travaux médicaux.

Ainsi, en 1999 [4], dans l'écrit « étude gynécologique et santé des femmes », les motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale étaient la contraception (35%), les traitements de la ménopause (23,8%) et le suivi de grossesse (18,1%).

En 2001 [39], A. Mena confirmait que la contraception était le motif de consultation le plus fréquent suivi par les douleurs pelviennes et les pathologies infectieuses. En 2010 [22], à Paris, étaient identifiés ces mêmes motifs de consultation dans le même ordre de fréquence.

Enfin, Nadège Lauchet, en 2010 [40], attestait que la contraception restait le motif de consultation le plus fréquent pour les médecins généralistes.

## **III-MOTIVATIONS DES MEDECINS GENERALISTES A PRATIQUER LA GYNECOLOGIE :**

Suite à l'analyse des questionnaires, les 3 principaux facteurs de motivation évoqués sont les gestes techniques, l'intérêt personnel et la diversification de la patientèle : ils sont cités par près de 60% des répondants.

### **A) 1<sup>er</sup> facteur de motivation : les gestes techniques**

Les gestes techniques représentent actuellement le 1<sup>er</sup> facteur de motivation pour la pratique de la gynécologie en médecine générale.

L'exploitation des résultats n'a pas montré de différence statistiquement significative selon l'âge ou le sexe du praticien.

Dans les gestes pouvant être réalisés en médecine générale, nous retrouvons le FCU, DIU, l'implant contraceptif et la pose de spéculums.

Malgré tout, la majorité des médecins entendent par gestes techniques le frottis cervico-utérin (réalisé dans 91% des cas) et la pose de spéculum : les autres actes étant accomplis dans une moindre proportion.

Ces éléments sont confirmés par différents travaux : en 2010, N. Lauchet [40] mettait en évidence dans son enquête que l'examen sénologique était le geste le plus réalisé, les autres étant beaucoup moins cités. Cette information est confirmée par Catherine Dubois en 2007 [41].

Enfin, dans notre étude, nous avons remarqué que le DIU était le geste technique le moins réalisé (35% disaient l'avoir fait au moins une fois) : cette notion est corroborée par les thèses de Michelet-Bretonneau en 2010 [42] et Arino-Clouet en 2008 [43] où respectivement 20% et 10,7% pratiquaient ce geste. Une étude canadienne Stubb en 2008 [44] mettait en avant que 41% des médecins généralistes procédaient à ce geste : différence de formation ?

### **B) 2<sup>ème</sup> facteur de motivation : l'intérêt personnel**

En ce qui concerne l'intérêt personnel du suivi gynécologique, nous observons une différence très significative entre hommes et femmes (46,7% Vs 81,2%) en faveur de ces dernières. Noémie Mauran, dans son étude sur la place du médecin généraliste, montrait que 71% des médecins avait un intérêt pour la gynécologie [45].

Cette tendance est également vérifiée sur un plan statistique chez les médecins de moins de 50 ans, représentés en majorité par des femmes. Elles ont, en général, un contact et une approche plus aisée facilitant ces consultations.

Elles peuvent trouver un intérêt personnel à pratiquer la gynécologie puisqu'elles se sentent plus concernées donc plus sensibilisées pour répondre aux problèmes intimes de leurs patientes (comme peuvent l'être les hommes pour le sexe masculin).

La relation femme/femme peut aussi être un atout pour faire passer des messages d'information concernant la prévention et le dépistage même si l'ensemble des médecins est encouragé à le faire.

### **C) 3<sup>ème</sup> facteur de motivation : la diversification de la patientèle**

La diversification de la patientèle fait partie des facteurs essentiels de motivation. Nous n'avons pas relevé de différence significative selon l'âge ou le sexe du praticien.

Différents arguments peuvent être évoqués pour comprendre l'intérêt de cette motivation.

Compte tenu du vieillissement constant de la population (qui tient une place prépondérante dans l'activité quotidienne), l'apport d'une patientèle féminine pour un suivi gynécologique peut avoir un intérêt bénéfique pour rajeunir l'âge moyen des consultants.

Elle permet également de diversifier les actes, évitant ainsi une accoutumance au travail, tout en entretenant les connaissances acquises. Il est bien reconnu que « plus on pratique, plus on acquiert de meilleures compétences ».

La féminisation de la patientèle, principalement jeune, peut aussi favoriser une fidélisation de la famille avec notamment le suivi des enfants.

#### **D) Autres facteurs de motivation :**

Dans les autres facteurs de motivation, la reconnaissance des patientes intervient pour plus d'un praticien sur deux (les hommes étant plus sensibles que les femmes : 58,3% vs 40,6%). Ces dernières apprécient une prise en charge globale par leur médecin généraliste et surtout une grande disponibilité par rapport aux spécialistes.

L'application de la formation acquise au cours du cursus universitaire intervient dans 27% des cas.

La formation médicale est citée dans 13% des réponses. Des travaux réalisés sur ce thème évoquent ce manque de formation notamment dans certains domaines pouvant engendrer un moindre intérêt pour la pratique de la gynécologie.

### **IV- FREINS DES MEDECINS GENERALISTES A PRATIQUER LA GYNECOLOGIE :**

Les 3 principaux freins de motivation évoqués dans les questionnaires sont la réticence des patientes pour 59,8% des cas, la présence de gynécologues à proximité (46,7%) et le manque de temps (46,7%).

#### **A) 1<sup>er</sup> frein : La réticence des patientes**

En ce qui concerne la réticence des patientes, même si l'âge n'a pas d'influence, nous avons observé une différence statistiquement significative entre hommes et femmes (68,2% pour les médecins hommes vs 41,4% pour les femmes).

Ce frein, principalement relatif au sexe, est facilement compréhensible. Les patientes se confient moins aux hommes et sont plus à l'aise pour expliquer leurs préoccupations intimes à une femme qui a pu rencontrer les mêmes problèmes.

D'autre part, compte tenu de la relation médecin/malade qui peut s'avérer parfois trop « proche », les patientes préfèrent par pudeur consulter un gynécologue qu'elle considère plus compétent et qui reste plus anonyme à leurs yeux.

Dans l'esprit des patientes, le médecin généraliste demeure le médecin référent uniquement pour les pathologies dites « courantes ».

### **B) 2<sup>ème</sup> frein : La présence d'un gynécologue à proximité**

En fonction de l'implantation du cabinet, la présence d'un gynécologue à proximité peut représenter un frein au suivi gynécologique par un médecin généraliste.

Au sein de notre étude, nous retrouvons une différence notable entre les médecins les plus proches et les plus éloignés d'un spécialiste (56,8% pour ceux à moins de 10Kms vs 40% pour les plus éloignés) mais qui n'est pas significative. Ces résultats sont confirmés par d'autres travaux quelque soit la densité médicale ou la région d'étude : les enquêtes faites à Paris [22] ou en région Midi-Pyrénées [35] vont dans le même sens et ce, malgré des différences géographiques et médicales (18% exerce en milieu rural et semi-rural à Paris contre 61,7% en Midi-Pyrénées et 81% dans notre travail).

Cette proximité peut donc inciter les patientes à consulter en priorité un spécialiste. Et inversement, le médecin généraliste peut aussi être tenté d'orienter plus facilement ses patientes vers un confrère d'autant plus s'il ne porte pas un intérêt pour la discipline.

### **C) 3<sup>ème</sup> Frein : le manque de temps**

Dans notre étude, les praticiens citent également à 46,7% comme frein à la pratique du suivi gynécologique, le manque de temps. Ce frein est d'ailleurs mentionné plus fréquemment par les femmes que par les hommes (55,2% vs 42,9%). S. Dias, en 2010 [22], vérifiait ces résultats, la manque de temps étant considéré comme le 2<sup>ème</sup> frein par 30,5% des praticiens, les femmes l'ayant cité plus que les hommes (40,7% vs 26,4%). Noémie Lauchet [40] avait aussi retrouvé ce frein dans 18% des cas.

Cette remarque peut paraître paradoxale dans la mesure où les femmes effectuent plus d'actes gynécologiques que les hommes mais elles souhaiteraient sans doute y passer plus de temps. En général, les praticiens évoquent une activité déjà très intense pour soigner les

pathologies aiguës et chroniques. Il n'est donc pas toujours aisé d'ajouter les suivis gynécologiques qui nécessitent dans la majorité des cas des consultations plus « longues ».

Faudrait-il arriver à éduquer les patientes au niveau de la prise de rendez-vous de façon à ce que la partie gynécologique fasse l'objet d'une consultation à part entière et non pas en aparté de quelques minutes à la fin de la visite ?

Notre enquête a révélé un manque de temps plus important chez les médecins de moins de 50 ans. Peut-on l'expliquer par une attitude différente du mode de fonctionnement par rapport aux médecins ayant plus d'expériences (moins de consultations hebdomadaires, horaires aménagés, gestions des charges administratives...).

#### **D) Autres freins :**

Le manque de formation est relaté par 30% des praticiens. De nombreuses enquêtes ont été effectuées en amont (internes) et en aval (médecins déjà installés) confirmant à chaque fois un besoin de formation complémentaire.

Dans les autres freins énumérés dans le questionnaire, nous pouvons retenir le manque d'équipements (27% des cas) : table d'exams, spéculum, appareillages spécifiques (échographie, monitoring...). Cet argument soulève également le problème financier de ces matériels (exemple : achat d'un stérilisateur pour spéculums et de son amortissement en fonction de la demande). Noémie Mauran [45] soulève également le coût du matériel nécessaire aux actes de gynécologie : 66% des médecins étaient alors favorables à une centrale d'achat pour réduire les dépenses.

Cependant, malgré le coût, M.F Goaziou [46] faisait état de 91% des médecins équipés de matériels d'examen gynécologique.

Enfin, 14,1% des répondants évoquent comme frein le risque de poursuites judiciaires qui peut plus particulièrement se présenter suite à la pratique de gestes techniques comme la pose de DIU ou d'implants contraceptifs. Ils font allusion, une fois encore, au coût financier des assurances professionnelles, indispensables, bien que concernant principalement la gynécologie obstétricale.

Prenons exemple pour le DIU : Comme tout acte médical, le médecin doit informer la patiente des risques liés à la pose d'un stérilet et lui laisser un délai de réflexion. Un livret explicatif est généralement remis afin de compléter l'information orale. Il devra s'assurer de

l'absence de contre-indication et informer la patiente des risques d'échec, de douleurs, de saignements, de grossesse y compris extra-utérine ainsi que du faible risque de migration.

Le gynécologue peut être responsable, compte tenu de la façon dont il a posé le stérilet, de la migration du stérilet, de la perforation utérine, de douleurs, d'une grossesse intempestive et d'une intervention chirurgicale pour retrait du stérilet. Dans ces situations, la responsabilité professionnelle du médecin est en général retenue, pour maladresse ou imprudence, car le renforcement des précautions doit permettre d'apprécier le caractère licite de l'indication, et le degré de risque. La responsabilité professionnelle du médecin ne sera pas retenue lorsque la patiente ne démontre pas qu'informée des risques, elle aurait renoncé à ce mode de contraception.

Ainsi, Il appartient au praticien lorsqu'il met en place un DIU d'informer la patiente sur le rapport bénéfice/risque de cette contraception : l'efficacité n'est pas de 100%. Il est préférable de vérifier, soit en temps réel soit plutôt au bout de quelques jours, que tout s'est bien passé, que le dispositif n'a pas migré par une radiographie de contrôle. Le médecin devra recommander à sa patiente de consulter devant le moindre symptôme anormal. Ensuite, une surveillance clinique régulière de la position des fils repère est fortement recommandée.

## **V- REPRESENTATION DES MEDECINS GENERALISTES SUR LE ROLE DANS LE SUIVI DES FEMMES :**

Suite à l'étude des freins et des facteurs de motivations, nous avons voulu savoir si le médecin généraliste percevait la pratique de la gynécologie comme une nécessité ou non.

A plus de 96%, les praticiens ont répondu par l'affirmative. Etonnamment, nous nous sommes aperçus que le peu de réponses négatives provenaient uniquement d'hommes installés soit en zone rurale ou semi-rurale soit à plus de 10 Kms d'un gynécologue alors qu'ils peuvent être les plus sollicités à faire ce type de suivi compte tenu de l'éloignement de spécialistes.

Actuellement, l'activité gynécologique dans les cabinets de notre étude est en augmentation ou stagnation dans 77% des cas (37,6% en augmentation et 39,8% en stagnation). Dans les motifs d'évolution, nous retrouvons essentiellement l'absence de gynécologue à proximité et des délais d'attente importants pour les rendez-vous spécialistes (30% dans les 2 cas). Les

femmes médecins représentant en grande partie l'augmentation. G.Levasseur [21], constate les mêmes éléments mais dans une moindre proportion (mais l'étude a été réalisée il y a une dizaine d'années, la densité médicale était plus importante tant pour les généralistes que pour les spécialistes).

Seuls 23% des répondants ont une activité en baisse et dans 9 cas sur 10, ce sont des hommes âgés de plus de 50 ans. La baisse d'activité peut également être imputée au fait de la présence d'une femme au sein d'un cabinet de groupe ou à la volonté des patientes de consulter impérativement un gynécologue.

Compte tenu des éléments décrits ci-dessus, de la démographie des gynécologues, la hausse des actes gynécologiques paraît inévitable dans l'activité globale du médecin généraliste.

Par contre, certains paramètres sont difficilement modifiables (réticences des patientes, volonté à voir un spécialiste), mais des efforts peuvent être consentis pour privilégier la meilleure prise en charge de la patiente.

Du fait de leur activité importante, les médecins généralistes pourraient dans un premier temps privilégier la prévention, le dépistage et l'éducation, afin de rester un acteur principal de santé publique.

En effet, selon une étude BVA [47] à la demande de l'Institut National du Cancer (INC) datant de septembre 2010, menée auprès de 600 médecins généralistes, une grande majorité d'entre eux (80%) sont convaincus de l'efficacité du dépistage (sein et sol de l'utérus). Là encore, les femmes étant plus convaincues que les hommes (85% vs 75%).

Les praticiens répondants à cette même étude ont considéré leur rôle comme indispensable dans le dépistage, à hauteur de 60% pour le cancer du sein et 49% pour le cancer de l'utérus.

Paradoxalement, environ 50% seulement de ces médecins vérifient en consultation, la réalisation de ces tests, selon les recommandations en vigueur (énumérées dans la partie « suivi gynécologique » de notre étude).

Ces améliorations arriveront peut-être à modifier dans l'avenir le rôle et l'image du médecin traitant.

## **PARTIE II : DISCUSSION ENQUÊTE PATIENTES**

### **I-CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE ET DU QUESTIONNAIRE :**

#### **A) Biais de sélection :**

Cette enquête a été réalisée dans différents cabinets médicaux répartis en zone rurale, semi-rurale ou urbaine. Le nombre de réponses obtenues étant inégal dans chacun de ces 3 lieux, ceci a pu influencer certaines explications et/ou justifications du suivi gynécologique par un médecin traitant ou un gynécologue.

De même, les questionnaires ont été présentés aux patientes de 2 manières : directement par l'enquêteur (moi-même), ou par un médecin généraliste d'un cabinet médical (qui avait accepté les conditions de réalisation et de participation à l'étude). Mais avec cette méthode de travail, nous avons pu retenir, sans le vouloir, une sélection de patientes qui peut ne pas être complètement représentative de la population des sévriennes. En effet, le médecin généraliste a pu remettre le questionnaire à des patientes qu'il connaissait plus particulièrement ou qu'il pressentait plus apte à répondre.

#### **B) Biais d'analyse :**

Cette étude a été effectuée avec la participation de 70 patientes. Ce chiffre peut paraître faible, comparé à d'autres travaux, mais ces derniers avaient eu lieu sur un plan national ou régional.

La proportion de réponses associée au fait que l'ensemble des items n'est pas toujours été complété peut aussi nuire à la qualité du questionnaire.

### **C) Biais de mesure :**

Une réflexion peut être soulevée quant à l'influence de la présentation du questionnaire par le médecin traitant, les femmes n'osant pas refuser ou dire qu'elles ne se font pas suivre sur le plan gynécologique même si l'anonymat était requis dans notre travail.

De plus, nous n'avons pas la capacité ni les moyens de vérifier les informations fournies par la patiente et ainsi savoir si elle bénéficie réellement d'un suivi gynécologique comme recommandé par la Haute Autorité de Santé.

## **II-DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :**

Notre échantillon s'est révélé assez caractéristique de la représentation des femmes dans les Deux Sèvres. L'âge moyen de notre étude s'élève à 44,5 ans contre 41,9 ans d'après les chiffres INSEE de 2013 [48] (sachant que ce chiffre INSEE comporte l'ensemble des personnes de sexe féminin et non comme dans notre étude les sujets de plus de 15 ans) : la différence se révèle donc non significative.

Notre enquête ayant été réalisée principalement en milieu rural et semi-rural, il est difficile d'évaluer l'impact du lieu d'habitation. Ainsi, nous avons remarqué que 85,7% de notre population féminine est située à moins de 10 Kms d'un médecin généraliste et 41,4% à moins de 10 Kms d'un gynécologue. Toutefois, ces différents points confirment le statut de ruralité de notre département (expliqué précédemment) avec des médecins spécialistes situés principalement dans des zones urbaines ou périurbaines.

## **III-LE SUIVI GYNECOLOGIQUE :**

Il est bien présent au sein de la population féminine et confirmé dans notre travail puisque 91,4% des femmes interrogées déclarent en avoir un.

Ce résultat s'avère supérieur à d'autres études menées sur le même sujet. Ainsi, en 2008 [14], une enquête BVA révélait que 85% des patientes étaient suivies. En 2010 [16], dans une autre enquête, ce taux s'élevait à 81%.

Les femmes, qui ne réalisent pas de suivi, évoquent comme principale raison la négligence ou un constat de bonne santé (plus d'1 femme sur 2). Aucune personne n'a cité la raison financière qui aurait pu s'avérer être un critère de choix dans un climat économique défavorable. Le manque de temps a été également cité par 1/3 des patientes non suivies.

Une étude sur « l'accès à la santé des femmes » mettait en avant en 2010 [16] le profil des femmes non suivies : il s'agissait le plus souvent de jeunes femmes, inactives, célibataires, n'ayant pas de mutuelle.

Ce suivi gynécologique est accompli dans la plupart des cas par un gynécologue : 76,6% (ces derniers exerçant indifféremment en libéral ou en milieu hospitalier).

Résultats comparables aux études menées en 2008 (taux de 70%)[14] et en 2010 (taux de 68%) [16].

Ce constat est également semblable lorsqu'il est effectué par un médecin généraliste avec 15% et 13% contre 23,4% dans notre panel. Le fait que notre étude ait été réalisée dans un département rural peut expliquer cet écart avec une accessibilité moindre aux spécialistes contrairement aux travaux nationaux où la répartition de médecins généralistes et spécialistes est différente.

Enfin, nous avons cherché à savoir si les patientes préféreraient consulter une femme : près de 6 sur 10 (57,8%) sollicitent effectivement une femme pour la prise en charge de leur intimité.

Aucune différence statistiquement significative n'est mise en évidence en fonction de l'âge, de la distance à un gynécologue ou selon le lieu d'habitation pour effectuer leur choix.

De ce fait, parmi les patientes ayant un médecin homme, 42,9% sont suivies par un gynécologue homme ; 45,2% ont une gynécologue femme et 11,9% sont suivies par leur médecin généraliste.

Parmi les patientes ayant une femme médecin, 18,1% sont suivies par un gynécologue homme ; 36,6% par une gynécologue femme et 45,6% par leur médecin généraliste.

Ainsi, être une femme omnipraticien paraît plus aisé pour effectuer le suivi gynécologique confirmant le sentiment exprimé par « l'enquête médecin ».

## **IV-FREINS ET MOTIVATIONS DU SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN GYNECOLOGUE :**

### **A) Motivations :**

Suite à l'analyse des questionnaires, les 3 principaux facteurs de motivations évoqués sont :

- La compétence du spécialiste (81,6%)
- La pudeur envers le médecin traitant (49%)
- Une meilleure prise en charge (38,8%)

#### *A.1) La compétence du spécialiste :*

La compétence représente actuellement le 1er facteur de motivation pour la pratique du suivi gynécologique par un spécialiste.

Nous pouvons être interpellés par le fait que près de 9 femmes sur 10 citent cet item : est-ce lié aux études médicales plus longues et plus soutenues dans le domaine de la gynécologie-obstétrique qui amènent à des connaissances approfondies dans une seule discipline ?

Cet élément a été confirmé par la Thèse de Sandrine HUMEAU-AUBIN en 2004 [49], où la spécialité du médecin était l'argument le plus fréquemment cité. Il en est de même, dans une enquête sur le ressenti des femmes [14], où près d'une sur deux le mentionne (46%).

#### *A.2) La gêne envers le médecin traitant :*

La gêne envers le médecin généraliste apparaît comme le 2<sup>ème</sup> facteur de motivation qui amène les patientes à consulter un gynécologue. L'âge ou l'éloignement du spécialiste n'a pas d'influence. Nous pourrions penser que les jeunes femmes seraient plus gênées mais notre étude ne met pas en évidence de différence statistiquement significative.

Dans un travail de 2004 [49], Il était noté mais dans une plus faible proportion.

### A.3) Une meilleure prise en charge et suivi :

La meilleure prise en charge est le 3<sup>ème</sup> facteur de motivation le plus fréquemment cité. Ce paramètre est lié à la compétence mentionnée en 1<sup>ère</sup> intention chez les patientes interrogées. Nous pouvons supposer qu'au moment de répondre à cette question, les patientes pensaient notamment à des pathologies spécifiques comme les cancers du sein et du col de l'utérus par exemple et/ou des pathologies gynéco-obstétricales qui nécessitent un suivi caractéristique.

### A.4) Autres facteurs de motivations :

Parmi les autres facteurs de motivations, la réputation du gynécologue intervient chez 1 femme sur 4 (24,5%).

Vient ensuite l'absence de proposition de médecin traitant pour pratiquer le suivi gynécologique pour près d'1 femme sur 5 (18,4%). Cet élément est particulièrement remarqué par les patientes résidant à moins de 10 Kms d'un gynécologue (et du médecin généraliste dans tous les cas) puisque 35% le mentionne contre seulement 9,4% des femmes situées à une distance de plus de 10 Kms. La proximité du médecin généraliste avec un gynécologue n'induit-elle pas ce facteur de motivation pour les patientes ? Les médecins généralistes n'auraient-ils pas tendance à confier le suivi gynécologique lorsqu'un confrère spécialiste est proche ? Ou est-ce que les patientes du fait de la proximité d'un spécialiste ne sont-elles pas tentées de consulter un gynécologue sans vraiment demander au médecin généraliste de faire ce suivi ?

Enfin, nous remarquons que le manque d'équipement est cité par 16,3% des femmes interrogées. Ainsi, la patiente en allant chez un spécialiste peut voir dans la plupart des cas un appareil d'échographie, un monitoring, des matériaux spécifiques qui peuvent la rassurer et la conforter dans sa prise en charge. Toutefois, les médecins généralistes dans la grande majorité disposent de tables d'examen suffisantes pour pratiquer des examens gynécologiques simples et la réalisation de frottis cervico-utérin : le médecin traitant orientant la patiente vers un confrère spécialiste en cas de complication ou d'avis complémentaire.

## **B) Freins :**

Suite à l'analyse des questionnaires, les 3 principaux freins évoqués sont :

- Manque d'accessibilité (délais de RDV, urgence gynécologique) (88,9%)
- Confiance envers le médecin traitant (44,4%)
- Sexe des gynécologues les plus proches (33,3%)

Le manque d'accessibilité est un vrai problème d'actualité qui se généralise dans toutes les disciplines (il n'est pas rare en effet, de devoir attendre 6 mois, voire plus, pour obtenir un rendez-vous. Le traitement des urgences devient alors plus complexe).

## **V-FREINS ET MOTIVATIONS DU SUIVI GYNECOLOGIQUE PAR UN MEDECIN GENERALISTE :**

### **A) Motivations :**

Suite à l'analyse des questionnaires, les 3 principaux facteurs de motivations évoqués sont :

- La confiance envers le praticien (86,6%)
- L'accessibilité des consultations et du praticien (66,6%)
- La compétence du médecin généraliste (40%)

#### *A.1) La confiance envers le praticien :*

C'est la principale raison évoquée par les patientes. Sous le terme « confiance », elles sous entendent la compétence du médecin généraliste : en effet, elles ont confiance car elles savent qu'en cas de pathologies, problèmes ou difficultés complexes, le médecin généraliste les orientera vers un gynécologue. Ceci caractérise la relation médecin-malade avec une qualité de rapport plus importante (le gynécologue étant souvent plus anonyme que le médecin généraliste car vu moins de fois que ce dernier au cours d'une année). Cette notion est d'ailleurs vraie quelque soit l'âge ou la distance à un spécialiste.

Ce constat est confirmé par le travail de Sandrine Humeau-Aubin [49] où près d'1 patiente sur 2 évoquait ce facteur de motivation également en 1<sup>ère</sup> intention.

### A.2) L'accessibilité des consultations et du praticien :

L'accessibilité des consultations et du praticien est le 2<sup>ème</sup> facteur de motivation des patientes. Elles évoquent 2 raisons : D'une part, les délais de rendez-vous sont beaucoup plus courts que chez un spécialiste (notamment pour toutes les pathologies aiguës voir un suivi régulier simple avec réalisation de FCU) et d'autre part, le fait que les gynécologues sont de moins en moins nombreux comme décrits dans le chapitre précédent, induisant de fait un manque de place et donc une difficulté d'accès.

Ces arguments sont notamment confirmés par 2 travaux : en 2004 [49], 24,5% des répondantes l'évoquait déjà contre 27% dans une étude réalisée 4 ans plus tard [14]. Ce constat est particulièrement ressenti par les femmes jeunes (80% d'entre-elles) et entraînent une difficulté pour obtenir un gynécologue référent dans la mesure où ces derniers sont soit en suractivité soit ont déjà une patientèle importante et refusent d'autres prises en charge. Cependant, il ne faut pas minimiser le rôle du médecin généraliste qui ne doit pas être une « roue de secours et de recours » de dernier ordre.

### A.3) La compétence du médecin généraliste :

Il s'agit du 3<sup>ème</sup> facteur de motivation le plus fréquent avec 40% des citations. Nous pouvons noter que la reconnaissance des compétences des médecins généralistes reste minoritaire, (pour rappel, 80% des patientes évoquent le choix d'un gynécologue pour leur suivi).

La formation différente du spécialiste ainsi que les équipements ont pu être des facteurs influençant ces réponses. Mais, la notion de confiance englobe aussi en partie la compétence du médecin généraliste.

Nous remarquons tout de même que cet élément est particulièrement constaté par les femmes résidant à plus de 10 Kms d'un gynécologue. L'éloignement entraîne donc une meilleure image du médecin traitant.

## **B) Freins :**

Suite à l'analyse des questionnaires, les 3 principaux freins évoqués sont :

- Suivi de grossesse (51,5%)
- Gène envers le médecin traitant (33,3%)
- Sexe du médecin traitant (27,3%)

## **VI-CONCLUSION :**

En conclusion, il s'avère que dans 66,7% des cas, le gynécologue apparaît comme le plus apte à s'occuper du suivi gynécologique. La compétence et la spécialisation du praticien influence donc fortement le choix. Mais la densité des gynécologues et donc l'attente importante pour les rendez-vous peuvent jouer un rôle dans le rapprochement vers le médecin généraliste qui a déjà la confiance des patientes. Les connaissances acquises au cours de sa formation lui permettront d'orienter vers un spécialiste en cas de complication.

# **CONCLUSION**

L'enquête que nous avons menée avait pour but de démontrer si l'existence des freins, malgré les facteurs de motivation du médecin et de la patiente, pouvait nuire à la prise en charge du suivi gynécologique en médecine générale.

Il ressort de cette étude que les actes gynécologiques paraissent incontournables dans l'activité du médecin généraliste. Toutefois, pour tenir compte des arguments évoqués au niveau des freins et motivations, l'évolution du métier pourrait être dirigée :

- A court terme, une meilleure formation au niveau des gestes techniques. Des stages courts, bien orientés et basés sur la pratique et non pas la théorie donneraient plus d'assurance aux médecins dans l'accomplissement de ces actes. Nous faisons allusion à des gestes tels que la pose de stérilets, d'implants contraceptifs ou la réalisation de frottis cervico-utérin. Ces formations ne remettraient pas en cause le Diplôme Inter-Universitaire de gynécologie-obstétrique.

Les praticiens maîtrisant mieux ce domaine, une revalorisation en fonction du type de consultations pourrait être envisagée, incitant d'autant plus le médecin à consacrer plus de temps à la gynécologie.

- A long terme, il pourrait être imaginé une communication à grande échelle (médias, livres, presse féminine, télévision, campagnes d'influence) pour sensibiliser et réviser la mentalité des patientes sur les compétences du médecin généraliste. Certaines réticences pouvant être modifiées du fait de la confiance apportée au médecin et à la féminisation de la population médicale.

Ces différentes réflexions pourront conduire à la réalisation de nouveaux travaux.

# **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Comité de Défense de la Gynécologie Médicale. Définition de la gynécologie médicale [en ligne]. Avril 2005. [Consulté le 15/11/2012]. Disponible sur : [http://www.cdgm.org/article.php3?id\\_article=25](http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=25)
- [2] Enquête pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique en mai 2008 (échantillon de 1030 personnes de plus de 15 ans) [en ligne] diffusé le 6 novembre 2008. [Consulté le 20/11/2012]. Disponible sur : [http://www.bva.fr/data/sondage/sondage\\_fiche/736/fichier\\_ressenti\\_des\\_femmes\\_a\\_legard\\_du\\_suivi\\_gynecologique0a78.pdf](http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologique0a78.pdf)
- [3] Conseil national de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2012. [en ligne]. Janvier 2012. [Consulté le 15/11/2012]. Disponible sur : [http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/atlas2012\\_tome2.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/atlas2012_tome2.pdf)
- [4] Observatoire Thalès. Étude 2769. Septembre 1999.
- [5] Nombre de postes et rangs en gynécologie médicale et gynécologie obstétrique pour l'Examen National Classant (ECN) [en ligne]. Septembre 2012. [Consulté le 16/11/2012]. Disponible sur : <http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html>
- [6] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Poitou-Charentes au 1er juin 2011. [En ligne]. Juin 2011. [Consulté le 10/11/2012]. Disponible sur : [http://www.conseil-national.medecin.fr/Atlas\\_Poitou\\_Charentes\\_2011.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/Atlas_Poitou_Charentes_2011.pdf)
- [7] Carnet d'auto-évaluation de la faculté de médecine de Poitiers. Diplôme d'Etude Spécialisé de médecine générale. Promotion 2008-2009.
- [8] GATIN Bénédicte. Le CNGOF ouvre ses portes aux généralistes. Panorama du médecin, novembre 2006, n°5038, p.65
- [9] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition étymologique du mot « gynécologie »[en ligne]. 2012. [Consulté le 20/03/2013].Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/gynecologie>
- [10] Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM). Historique, actualités et perspectives [en ligne]. Mars 2012 [consulté le 10/11/2012] Disponible sur : <http://www.fncgm.com/index.php>
- [11] Haute Autorité de Santé. Recommandations pour les professionnels de santé Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France.[en ligne]. Juillet 2010. [Consulté le 10/02/2013]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-1/fiche\\_de\\_synthese\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-1/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)

[12] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Populations par sexe et âge au 1<sup>er</sup> janvier 2013. [En ligne]. Janvier 2013. [Consulté le 12/02/2013]. Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=bilan-demo&reg\\_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop\\_age2b.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&reg_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm)

[13] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Naissances et fécondité en 2012. [En ligne]. 2012. [Consulté le 12/02/2013]. Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=T13F035](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T13F035)

[14] Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Synthèse des résultats. Sondage réalisé pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale [en ligne]. Novembre 2008. [Consulté le 2/12/2012]. Disponible sur [http://www.bva.fr/administration/data/sondage/sondage\\_fiche/736/fichier\\_ressenti\\_des\\_femmes\\_a\\_legard\\_du\\_suivi\\_gynecologiquee0a78.pdf](http://www.bva.fr/administration/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf)

[15] MG France. Médecin généraliste et suivi de la femme. Enquête Epilule [en ligne]. Novembre 2008. [Consulté le 12/02/2013]. Disponible sur <http://www.mgfrance.org/content/view/885/1507/>

[16] Institut OpinionWay. Les femmes et l'accès à la santé. Sondage réalisé pour les mutuelles étudiantes MGEN et LMDE [en ligne]. Octobre 2011. [Consulté le 15/02/2012]. Disponible sur : [http://www.opinion-way.com/pdf/20111018\\_sante\\_des\\_femmes\\_opinion\\_way\\_version\\_site.pdf](http://www.opinion-way.com/pdf/20111018_sante_des_femmes_opinion_way_version_site.pdf)

[17] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2012 [en ligne]. Janvier 2012 [consulté le 15/11/2012]. Disponible sur : [http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/atlas2012\\_tome2.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/atlas2012_tome2.pdf)

[18] ATTAL-TOULBERT K. VANDERSCHULDEN M. . La démographie médicale à l'horizon de 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES. Etudes et résultats, n° 679, Février 2009. Disponible sur : [http://www.centre.paps.sante.fr/fileadmin/CENTRE/PAPS/Choix\\_du\\_mode\\_d\\_exercice/Besoins\\_offres\\_de\\_sante\\_et\\_politique\\_regionale\\_de\\_sante/Etude\\_DREES\\_2030.pdf](http://www.centre.paps.sante.fr/fileadmin/CENTRE/PAPS/Choix_du_mode_d_exercice/Besoins_offres_de_sante_et_politique_regionale_de_sante/Etude_DREES_2030.pdf)

[19] InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG). TCEM en médecine générale [en ligne]. [Consulté le 20/02/2013]. Disponible sur : <http://isnar-img.com/node/75>

[20] Faculté de médecine Lyon-Est. Formation des gynécologues médicaux [en ligne]. [Consulté le 16/02/2013]. Disponible sur : <http://lyon-est.univ-lyon1.fr/gynecologie-medicale-566785.kjsp>

[21] LEVASSEUR Gwénola *et al.*, « L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne », *Santé Publique*, 2005/1 Vol. 17, p. 109-119. DOI : 10.3917/spub.051.0109 Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-1-page-109.htm>

- [22] DIAS Sabine. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France. Thèse de médecine générale, Paris Diderot-Paris 7, Janvier 2010.
- [23] JULES-CLEMENT Mathias. La formation gynécologique au cours du D.E.S de médecine générale : étude sur la faculté Paris Diderot-Paris 7. Thèse de médecine générale, Paris Diderot-Paris 7, Octobre 2011.
- [24] ROYER-BARANGER Lise. Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire : enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS de mai à octobre 2010. Thèse de médecine générale, Angers, Mai 2011.
- [25] Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes. Profession et modes d'exercice [en ligne]. 2010. [Consulté le 25/02/2013]. Disponible sur : [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice\\_de\\_la\\_profession/la\\_profession\\_et\\_modes\\_dexercice/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/la_profession_et_modes_dexercice/index.htm)
- [26] Assurance Maladie. Recommandations pour les professionnels de santé. Prévention du cancer du col de l'utérus : le dépistage par frottis cervical [en ligne]. 15 janvier 2009. [Consulté le 14/03/2013]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus/le-depistage-par-frottis-cervical.php>
- [27] Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles. Septembre 2012.
- [28] Haut Conseil de la Santé Publique. Calendrier des vaccinations 2013 : point sur les principales nouveautés. Mars 2013.
- [29] Krajden M, Cook D, Yu A et al. Human papillomavirus 16 (HPV 16) and HPV 18 antibody responses measured by pseudovirus neutralization and competitive luminex assays in a two- versus three-dose HPV vaccine trial. Clin Vaccine Immunol 2011; 18: 418–23.
- [30] Haute Autorité de Santé. Recommandations pour les professionnels de santé  
Recommandations pour la participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France. [en ligne]. Novembre 2011. [Consulté le 10/02/2013]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/fiche\\_de\\_synthese\\_-\\_4\\_pages\\_-\\_participation\\_depistage\\_cancer\\_du\\_sein\\_2012-02-03\\_09-41-16\\_837.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/fiche_de_synthese_-_4_pages_-_participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-03_09-41-16_837.pdf)
- [31] Institut National du Cancer. Agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie. Dépistage du cancer du sein : Les recommandations de la HAS[en ligne]. Février 2012. [Consulté le 02 /04/2013]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/235/6860-depistage-du-cancer-du-sein-les-recommandations-de-la-has>
- [32] Haute Autorité de Santé. Recommandations pour les professionnels de santé.  
Recommandations pour le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [en ligne]. Mai 2007. [Consulté le 10/03/2013]. Disponible sur : <http://www.has->
-

[33] Dr BEZIER Amélie. En pratique, quelle place pour le médecin généraliste : enquête auprès de 175 patientes, pole Mère-enfant de Bron. Mémoire pour DIU de formation complémentaire en gynécologie obstétrique destiné aux médecins généralistes. 2009.

[34] Géographie Humaine : démographie des Deux-Sèvres. Croissance démographique. Mai 2009.

[35] COSTES Magali et LOUZEAU-ARNAL Géraldine. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse de médecine générale, Toulouse 3, 2006.

[36] WITTKÉ Laurence. La féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique aux femmes médecins ?[en ligne]. Journées de communication de la SFMG du 23 Novembre 1997. [Consulté le 14/03/2013]. Disponible sur : <http://www.sfm.org>

[37] POPPELIER Andrea. Exercice de la médecine générale : approche inter-générationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes. Thèse de médecine générale, Poitiers, Octobre 2010.

[38] EGLINGER-DELANNOY Audrey. A 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, Lille 2, 2009.

[39] MENA Anne. Prise en charge de la gynécologie et de l'obstétrique en cabinet de médecine générale, Toulouse, 2001.

[40] LAUCHET Nadège. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne : obstacles et besoins de formation identifiés. Thèse de médecine générale, Limoges, 2010.

[41] DUBOIS Catherine. Motivations et réticences des médecins généralistes de l'Essonne à proposer les dépistages de masse du cancer du sein et du cancer colo-rectal. Thèse de médecine générale, Paris 12, 2007.

[42] MICHELET-BRETAUDEAU L. Dispositifs intra-utérins : analyse des pratiques des médecins généralistes et des gynécologues médicaux de Loire-Atlantique. Thèse de médecine générale, Nantes, 2010.

[43] ARINO-CLOUET S. Le stérilet en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes d'Aquitaine. Thèse de médecine générale, Bordeaux II, 2005.

[44] STUBB E. et SCHAMP A. The evidence is in why are IUDs still out? Family physicians' perceptions of risk and indications. Canadian Family Physicians, avril 2008, vol 54,p.560-566

[45] MAURAN Noémie. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique : enquête auprès de médecins landais. Thèse de médecine générale, Bordeaux II, 2006.

[46]LE GOAZIOU M.F. la revue Exercer, Novembre-décembre 2003, n°67-25, p.5.

[47] Institut BVA. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats. Sondage réalisé pour l'Institut National du Cancer. Septembre 2010.

[48] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Evolution de l'âge moyen et médian de la population jusqu'en 2013. [en ligne].Décembre 2012. [Consulté le 20/04/2013].  
Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref\\_id=NATnon02147](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon02147)

[49] HUMEAU-AUBIN Sandrine. Gynécologie médicale et médecine générale. Thèse de médecine générale, Nantes, 2004.

---

# **ANNEXES**

## **ANNEXE 1 : LETTRE AUX MEDECINS GENERALISTES**

M.CHAMPEAUX Rémi  
11, Rue Katia et Maurice Kraft  
79000 NIORT  
E-Mail : remi.champeaux@wanadoo.fr

A NIORT, le 21 Janvier 2013

Chers confrères, chères consœurs,

Actuellement médecin généraliste remplaçant dans les Deux Sèvres, je réalise ma thèse sur l'identification des freins et des facteurs motivationnels pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale du point de vue du médecin et de la patiente.

En effet, devant la pénurie annoncée de médecins gynécologues dans les prochaines années, nous aurons davantage de demandes de consultations en gynécologie-obstétrique. J'ai donc trouvé intéressant de comprendre quels sont, aujourd'hui, les freins et les motivations des médecins traitants à faire de la gynécologie. En parallèle, je réalise une étude de même ordre sur les patientes afin de mettre en avant leurs attentes envers les médecins généralistes dans ce domaine.

Cette étude est dirigée par le Dr DOMINAULT Michel, médecin généraliste à Faye l'Abbesse, maître de stage auprès de la faculté de médecine de Poitiers.

Il s'agit d'une étude anonyme qui sera menée auprès de 200 médecins généralistes tirés au sort dans l'ensemble des Deux-Sèvres. Aussi, je me permets de vous adresser ce questionnaire.

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

Je souhaiterais une réponse **avant le 15 Février 2013**, date à laquelle je ne pourrai plus prendre en compte vos questionnaires.

Pour plus d'informations, je reste évidemment disponible par mail si vous le souhaitez.

Mes sincères sentiments confraternels.

PS : ci-joint une enveloppe pré-timbrée pour votre réponse courrier.

## ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ENQUÊTE MEDECIN

### IDENTIFICATION DES FREINS ET DES FACTEURS DE MOTIVATION POUR LA PRATIQUE DU SUIVI GYNCOLOGIQUE EN MEDECINE GENERALE

#### I-Données sociodémographiques et Parcours Professionnel :

- Age : .....Ans
- Sexe : .....
- Année d'installation : .....
- Lieu d'installation :
  - Rural
  - Semi-rural
  - Urbain
  
- Mode d'exercice :
  - Seul
  - En association avec des médecins généralistes
  - En association avec des médecins spécialistes
  
- Distance (en Kms) avec un gynécologue (Libéral ou en Centre Hospitalier) :
  - Inférieure à 5Kms
  - Entre 5 et 10 Kms
  - Entre 10 et 20 Kms
  - Supérieure à 20 Kms
  
- Nombre d'actes de médecine générale en moyenne par semaine : .....
  - ⇒ Dont consultations de gynécologie : .....
  
- Lors de votre cursus professionnel, avez-vous suivi une ou des formations sur la spécialité « gynécologie-obstétrique » ?
  - Oui
    - Si oui, la(les)quelle(s) ?.....
  - Non

#### II-Pratiques de gynécologie :

- Faites-vous des consultations gynécologiques dans votre cabinet ?
  - Oui
  - Non
  
- Si vous ne pratiquez jamais ou peu d'actes de gynécologies, quelles sont, selon vous, les principales raisons ? (Cochez la ou les réponses possibles)
  - Manque de temps
  - Manque de demande
  - Manque de formation
  - Manque d'intérêt personnel
  - Présence de gynécologue à proximité
  - Autres : .....

- Manque d'équipement

➤ **Si vous réalisez des consultations gynécologiques :**

- a) Quel type de consultations s'agit-il le plus souvent ?
- Urgente
  - Suivi régulier
  - Renouvellement de traitement (contraceptif, traitement hormonal substitutif)
- b) Comment évolue le nombre de consultations gynécologiques ces 3 dernières années ?
- En augmentation
  - Stabilisation
  - En diminution
- c) Quel(s) sont le ou les facteur(s) qui est (sont) à l'origine de cette évolution ?

- d) Y-a-t-il des actes de gynécologie que vous n'effectuez jamais parmi les suivants ?  
(Cochez la ou les réponses possibles)
- Examen gynécologique simple
  - Examen mammaire de prévention
  - Pose d'un spéculum
  - Pose d'un dispositif intra-utérin
  - Pose d'un implant contraceptif
  - Réaliser un toucher vaginal
  - Pratiquer un frottis cervico-vaginal
- e) Selon vous, quel est le rôle spécifique du médecin généraliste dans le suivi des femmes :
- Prévention et dépistage
  - Soins de premier recours
  - Information, éducation
  - Coordination, orientation
  - Prise en charge globale (Système OPE)
  - Autres : .....

### **III-Freins et facteurs motivants pour la pratique de la gynécologie en médecine générale :**

- a) Quels sont, selon vous, les 3 principaux facteurs vous motivant à pratiquer la gynécologie en médecine générale ?
- Intérêt personnel pour la discipline
  - Pratique de gestes techniques (pose de spéculum, réalisation de frottis cervico-vaginaux)
  - Diversification de la patientèle
  - Reconnaissance des patientes à effectuer le suivi gynécologique
  - Participation à des formations médicales ayant pour thème la gynécologie
  - Application d'éléments théoriques et pratiques appris au cours de sa formation personnelle (externat et internat compris)
  - Autre(s) : .....
- b) Quels sont, à votre avis, les 5 principaux freins à pratiquer la gynécologie en médecine générale ?
- Manque de temps
  - Manque d'intérêt personnel
  - Manque de demande
  - Manque de formations gynécologiques obstétriques
  - Manque de compétence
  - Manque d'équipements spécifiques pour examens gynécologiques
  - Présence de gynécologues à proximité
  - Réticence des patientes à consulter un médecin généraliste pour des problèmes gynécologiques
  - Gêne de votre part ou de la patiente
  - Age et sexe du praticien
  - Craintes de poursuites judiciaires

### **IV-Conclusion :**

- a) La pratique de la gynécologie en médecine générale est-elle une nécessité ?
- Oui
  - Non
- b) A votre avis, les futurs médecins sont-ils suffisamment formés pour la pratique de la gynécologie obstétrique ?
- Oui
  - Non

## **ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ENQUÊTE PATIENTES**

### **IDENTIFICATION DES FREINS ET DES FACTEURS DE MOTIVATION POUR LE SUIVI GYNCOLOGIQUE DES PATIENTES EN MEDECINE GENERALE**

#### **I-Données sociodémographiques de la patiente :**

Age :.....ans

Lieu d'habitation : (Cochez une seule réponse)

- zone rurale
- zone semi-rurale
- zone urbaine

A quelle distance se situe le gynécologue et le médecin généraliste le plus proche de chez vous ?(en Kms)

- Distance du gynécologue :
  - Inférieure à 5 kms
  - Entre 5 et 10 kms
  - Entre 10 et 20 kms
  - Supérieure à 20 kms
- Distance du médecin traitant :
  - Inférieure à 5 kms
  - Entre 5 et 10 kms
  - Entre 10 et 20 kms
  - Supérieure à 20 kms

#### **II-Suivi gynécologique de la patiente :**

##### **1) Avez-vous un suivi gynécologique ?**

➤ **Si NON**, quelles sont les principales causes ? (Cochez une ou plusieurs réponses)

- Economique (coût de la consultation, raisons financières)
- Scepticisme du suivi et des performances des résultats
- Peur de l'annonce diagnostique, anxiété de l'annonce d'un résultat négatif
- Peur d'un examen douloureux et inconfortable, gêne
- Eloignement d'un cabinet de gynécologie à proximité de votre domicile
- Réticences culturelles
- Vous êtes en bonne santé, pas d'intérêt clinique
- Manque de temps
- Négligence (repousse au lendemain)

➤ **Si OUI :**

- Par qui êtes vous suivi sur le plan gynécologique ? (Précisez dans les 2 cas s'il s'agit d'un homme ou d'une femme)
  - Gynécologue :  Oui     Non    Sexe gynécologue :  M     F
  - Médecin Traitant :  Oui     Non    Sexe médecin :  M     F

**2) Citez les freins et facteurs de motivations qui vous ont fait opter pour chacun des praticiens.**

➤ Si vous êtes suivi par un gynécologue : (Cochez une ou plusieurs réponses)

- Facteurs motivant votre décision :
  - Compétence du spécialiste, professionnalisme
  - Meilleure prise en charge que médecin traitant lors de découverte de pathologies gynécologiques.
  - Réputation du professionnel de santé
  - Pas de proposition de votre médecin traitant de faire un examen gynécologique
  - Méconnaissance de la possibilité du médecin traitant à pouvoir faire des actes de gynécologie
  - Pas de matériel adapté de votre médecin traitant
  - Age et/ou sexe du praticien
  - Gêne par rapport au médecin traitant, pudeur

➤ Si vous êtes suivi par votre médecin traitant : (Cochez une ou plusieurs réponses)

- Facteurs motivant votre décision :
  - Raisons financières
  - Confiance envers son médecin traitant
  - Compétence, professionnalisme
  - Accessibilité des consultations
  - Age et/ou sexe du praticien
  - Proposition par le médecin traitant de faire le suivi gynécologique
  - Réputation du professionnel de santé

➤ Quels ont été les 2 principaux freins guidant votre choix pour le suivi gynécologique ?

<input type="text"/>
<input type="text"/>

**3) A quelle fréquence consultez-vous pour un motif d'ordre gynécologique ?**

- Inférieure à 1 fois par an
- 1 fois par an
- 2 fois par an
- Supérieure à 2 fois par an

**4) A votre avis pour votre santé gynécologique il vaut mieux être suivi par qui et pourquoi ?**

**NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR** : CHAMPEAUX Rémi

**DIRECTEUR DE THESE** : Monsieur le Dr DOMINAULT

---

**RESUME en français** : Analyse des freins et facteurs de motivations pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue du médecin généraliste et de la patiente

La diminution du nombre de gynécologues médicaux et obstétricaux dans les prochaines années confère aux médecins généralistes un rôle important à jouer dans la pratique du suivi gynécologique des femmes. De plus, l'acquisition de compétences au cours de leur cursus universitaire et/ou lors de formations complémentaires leur permet la réalisation d'un suivi simple et régulier.

Nous avons ainsi voulu connaître et analyser les réticences et facteurs de motivations des médecins généralistes et des patientes concernant le suivi gynécologique en médecine générale. Notre étude a porté sur un échantillon de 200 médecins généralistes en activité exerçant dans les Deux Sèvres (taux de réponse de 48,5%) et sur 70 patientes réparties dans différents cabinets médicaux du département.

Notre audit a mis en évidence, dans une grande majorité des cas (92,8%), la nécessité de la pratique de la gynécologie en médecine générale. La réalisation de gestes techniques, l'intérêt de la discipline et la diversification de la patientèle représentent les attraits essentiels. Cependant, des entraves persistent comme le manque de temps, la réticence des patientes et la présence de gynécologue à proximité.

Du point de vue des patientes, 91,4% déclarent se faire suivre sur le plan gynécologique mais seulement 23,4% font appel à un médecin généraliste. La gêne et le sexe de ce dernier sont les principaux freins évoqués. A l'inverse, les femmes suivies par leur médecin traitant sont motivées par la confiance et l'accessibilité aux consultations.

Une meilleure sensibilisation des patientes sur la compétence des médecins généralistes ainsi que des outils de formations performants pour les praticiens peuvent être des arguments en vue d'améliorer la qualité des soins et le suivi des femmes.

---

**TITRE EN ANGLAIS**: Analysis of the brakes and factors (mailmen) of motivations for the practice of the gynecological follow-up in general medicine: point of view of the general practitioner and the patient

---

**SPECIALITE** : MEDECINE GENERALE

---

**MOTS-CLES** : Médecine générale ; gynécologie obstétrique ; suivi gynécologique ; freins ; motivations ; médecin généraliste ; patientes

---

**INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. OU DU LABORATOIRE** :

Faculté de Médecine de Poitiers  
6, Rue de la Milétrie  
86034 POITIERS CEDEX

# SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



**NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR** : CHAMPEAUX Rémi

**DIRECTEUR DE THESE** : Monsieur le Dr DOMINAULT

---

**RESUME en français** : Analyse des freins et facteurs de motivations pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue du médecin généraliste et de la patiente

La diminution du nombre de gynécologues médicaux et obstétricaux dans les prochaines années confère aux médecins généralistes un rôle important à jouer dans la pratique du suivi gynécologique des femmes. De plus, l'acquisition de compétences au cours de leur cursus universitaire et/ou lors de formations complémentaires leur permet la réalisation d'un suivi simple et régulier.

Nous avons ainsi voulu connaître et analyser les réticences et facteurs de motivations des médecins généralistes et des patientes concernant le suivi gynécologique en médecine générale. Notre étude a porté sur un échantillon de 200 médecins généralistes en activité exerçant dans les Deux Sèvres (taux de réponse de 48,5%) et sur 70 patientes réparties dans différents cabinets médicaux du département.

Notre audit a mis en évidence, dans une grande majorité des cas (92,8%), la nécessité de la pratique de la gynécologie en médecine générale. La réalisation de gestes techniques, l'intérêt de la discipline et la diversification de la patientèle représentent les attraits essentiels. Cependant, des entraves persistent comme le manque de temps, la réticence des patientes et la présence de gynécologue à proximité.

Du point de vue des patientes, 91,4% déclarent se faire suivre sur le plan gynécologique mais seulement 23,4% font appel à un médecin généraliste. La gêne et le sexe de ce dernier sont les principaux freins évoqués. A l'inverse, les femmes suivies par leur médecin traitant sont motivées par la confiance et l'accessibilité aux consultations.

Une meilleure sensibilisation des patientes sur la compétence des médecins généralistes ainsi que des outils de formations performants pour les praticiens peuvent être des arguments en vue d'améliorer la qualité des soins et le suivi des femmes.

---

**TITRE EN ANGLAIS**: Analysis of the brakes and factors (mailmen) of motivations for the practice of the gynecological follow-up in general medicine: point of view of the general practitioner and the patient

---

**SPECIALITE** : MEDECINE GENERALE

---

**MOTS-CLES** : Médecine générale ; gynécologie obstétrique ; suivi gynécologique ; freins ; motivations ; médecin généraliste ; patientes

---

**INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. OU DU LABORATOIRE** :

Faculté de Médecine de Poitiers  
6, Rue de la Milétrie  
86034 POITIERS CEDEX