

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Pratique des gestes techniques gynécologiques des médecins  
généralistes en cabinet et ressenti des patientes concernant leur  
suivi gynécologique**

*Etude quantitative dans le Nord-Pas-de Calais*

Présentée et soutenue publiquement le 25/03/2021 à 16h  
au Pôle Formation

**Par Charly BOCQUET**

---

**Présidente :**

**Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Pierre COLLINET**

**Madame le Docteur Sabine BAYEN-KROHN**

**Directrice de thèse :**

**Madame le Docteur Brigitte AELBRECHT-DUHAMEL**

---

## **AVERTISSEMENT**

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

## SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

## RESUME

**Contexte :** Dans le domaine de la gynécologie, le dépistage, la contraception et l'examen gynécologique sont parties intégrantes de l'activité du médecin généraliste qui est au centre de la prise en charge des patientes.

**Objectif :** Notre étude consistait à évaluer la pratique des principaux gestes gynécologiques chez les médecins généralistes en cabinet et de relever le ressenti des patientes concernant leur suivi gynécologique, dans le Nord-Pas-de Calais.

Nos objectifs secondaires étaient d'étudier les principaux freins à la pratique de ces gestes par les médecins généralistes libéraux et d'analyser les freins et les motivations des patientes concernant leur suivi gynécologique par le médecin généraliste.

**Méthode :** Etude épidémiologique observationnelle descriptive transversale sur la base de deux questionnaires auto-administrés, pour l'un à une population de 184 médecins généralistes du Nord-Pas-de Calais, répondant à leur pratique des gestes gynécologiques et aux principaux freins à cette pratique et pour l'autre à une population de 163 patientes, du Nord -Pas-de Calais également, répondant à leur ressenti concernant leur suivi gynécologique et aux freins et facteurs motivationnels à réaliser leur suivi gynécologique avec le médecin généraliste.

**Résultats :** D'une part, les médecins généralistes réalisaient régulièrement le FCU et l'examen avec spéculum. Par contre, ils effectuaient moins de pose/retrait de DIU (malgré une recrudescence de la pratique), d'implants contraceptifs et de prélèvements vaginaux. Les MG homme réalisaient beaucoup moins les gestes gynécologiques que les femmes. La formation du DU de Gynécologie favorisait la réalisation de ces gestes en pratique courante. Les MG âgés retiraient plus de DIU et réalisaient plus de pose/retrait d'implant contraceptif. D'autre part, les patientes préféraient faire réaliser leur FCU ou examen avec spéculum avec le professionnel qui les suit sur le plan gynécologique. Une partie des patientes de l'étude sous DIU l'avaient fait poser par leur médecin traitant. L'implant contraceptif n'était pas très utilisé par les patientes. Le taux d'auto-prélèvement vaginal (toutes recherches étiologiques confondues) était relativement important dans notre étude. Les patientes plus âgées faisaient souvent confiance à leur médecin traitant pour l'examen avec

spéculum. Les principaux freins chez les médecins généralistes étaient : la réticence des patientes, la proximité d'un professionnel de santé, l'activité chronophage des gestes gynécologiques et le manque de formation professionnelle ou de pratique. Les principaux freins chez les patientes étaient : les compétences du gynécologue ou de la sage-femme, l'image du médecin de famille, le manque de formation du médecin généraliste et le sexe masculin du médecin généraliste. Les facteurs motivationnels énoncés par les patientes étaient la proximité du cabinet de MG, le délai d'attente simplifié pour un rdv, le coût de la consultation et la relation de confiance avec le médecin traitant. Trois données étaient particulièrement pregnantes dans notre étude : l'importance de la réalisation de ces gestes gynécologiques par le MG pour le suivi gynécologique de la femme, l'apport du DU de gynécologie, variable selon les lieux de formation, et les disparités de suivi gynécologique selon l'âge des patientes.

**Conclusion :** Peu de médecins généralistes souhaitaient se former concernant les gestes gynécologiques mais beaucoup reconnaissaient le rôle essentiel du médecin généraliste dans ce domaine et plus généralement dans le suivi gynécologique de leurs patientes. Les patientes qui ont leur suivi gynécologique par leur médecin traitant en sont satisfaites. Il faut donc mettre en place des pistes d'amélioration afin de faciliter ce suivi gynécologique par le médecin traitant, acteur central du suivi des patients.

# TABLE DES MATIERES

<b>Introduction</b> .....	<b>9</b>
<b>Matériel et Méthode</b> .....	<b>12</b>
I) Présentation de l'étude et objectifs .....	12
a) Objectifs de l'étude.....	12
b) Choix des gestes techniques.....	12
II) Populations étudiées et modes de recrutement .....	13
a) Sélection des médecins généralistes .....	13
b) Sélection des patientes .....	14
c) Sélection des critères de recherche .....	14
III) Construction des questionnaires et modes de diffusion .....	15
a) Questionnaire médecin .....	15
b) Questionnaire patiente .....	15
c) Test du questionnaire.....	16
d) Diffusion du questionnaire .....	16
IV) Collecte et analyse des résultats .....	16
V) Recherches bibliographiques.....	17
VI) Analyse des données statistiques.....	17
VII) Ethique .....	17
<b>Résultats principaux</b> .....	<b>18</b>
I) Résultats questionnaire « médecin » - Caractéristiques de l'échantillon .....	18
a) Population étudiée.....	18
b) Caractéristiques des médecins généralistes.....	18
c) Réalisation des gestes techniques .....	23
Frottis cervico-utérin .....	23
Dispositif intra-utérin .....	25
Pose de DIU.....	25
Retrait de DIU .....	26
Implant sous-cutané .....	27
Pose d'implant hormonal sous-cutané.....	27
Retrait d'implant hormonal sous-cutané .....	29
Prélèvement vaginal .....	30
Examen avec spéculum.....	31
d) Freins à la réalisation des gestes techniques gynécologiques.....	33
e) Attente de formations en gestes gynécologiques pour les MG .....	37

f)	Autoévaluation des compétences en gestes techniques gynécologiques .....	39
g)	Place du Médecin Généraliste dans la réalisation des gestes techniques gynécologiques .....	40
II)	Résultats questionnaire « patientes » - Caractéristiques de l'échantillon .....	41
a)	Population étudiée.....	41
b)	Caractéristiques des patientes .....	42
c)	Le suivi gynécologique .....	45
d)	Les gestes techniques gynécologiques .....	46
	Le Frottis Cervico-Utérin .....	46
	Le Dispositif Intra-Utérin .....	50
	Pose de DIU.....	50
	Retrait de DIU .....	53
	L'implant hormonal sous-cutané .....	55
	Pose d'implant hormonal.....	55
	Retrait d'implant hormonal.....	57
	Le prélèvement vaginal.....	58
	L'examen avec spéculum .....	62
e)	Préférences de la patientèle pour le suivi gynécologique .....	65
f)	Freins et motivations pour la réalisation de ces actes gynécologiques par le MG...66	
	<b>Discussion .....</b>	<b>69</b>
I)	Analyse des résultats.....	69
a)	Résultats concernant les différents gestes techniques gynécologiques.....	69
b)	Résultats concernant freins et motivations à la réalisation des gestes gynécologiques par les MG et au suivi gynécologique des patientes.....	78
c)	Nécessité de la pratique des gestes gynécologiques par MG.....	86
d)	Apports DU gynécologie dans la pratique des gestes gynécologiques MG .....	87
e)	Disparités du suivi gynécologique des patientes .....	89
II)	Forces et limites de l'étude .....	89
a)	Forces de l'étude.....	89
b)	Limites de l'étude .....	91
	<b>Conclusion.....</b>	<b>100</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>103</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>110</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

- **CNGOF** : Collège National de Gynécologie-Obstétrique de France
- **CNIL** : Commission Nationale de l’Ethique et des libertés
- **CRDC** : Centre Régional de coordination des dépistages des cancers
- **DIU** : Dispositif intra-utérin
- **DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques
- **DU** : Diplôme Universitaire
- **ECN** : Examen Classant National
- **FCU**: Frottis cervico-utérin
- **FMC**: Formation médicale continue
- **FNCGM** : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale
- **HPST**: Hôpital, Patients, Santé et Territoire
- **MC-PU-PH** : Maitre de Conférences-Praticien Universitaire-Praticien Hospitalier.
- **MG** : médecin généraliste
- **MSP**: Maison de santé pluriprofessionnelle
- **MSU** : Maître de stage Universitaire
- **N1** : Stage ambulatoire niveau 1
- **NPDC** : Nord Pas de Calais
- **PDC** : Pas de Calais
- **PMI**: planning familial/protection materno-infantile
- **PV** : Prélèvement vaginal
- **SF**: Sage-Femme
- **UPL** : Unité Pédagogique Locale
- **UVMaF** : Campus Numérique de Maïeutique
- **WONCA**: World Organization of National Colleges

---

## Introduction

---

Le médecin généraliste est un acteur central en santé publique. Il est le premier recours dans de nombreux domaines de la médecine. La prise en charge du patient est globale : le médecin généraliste prend en charge non seulement des pathologies aiguës et chroniques et joue également un rôle considérable dans le dépistage et la prévention. Son rôle a été renforcé par la loi HPST relative « à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires » promulguée en Juillet 2009, et plus particulièrement l'article L.4130-1. (1)

La gynécologie se définit comme la science traitant de la morphologie, de la physiologie, de la pathologie et de la psychologie de la femme. On peut approfondir cette définition en la décomposant en gynécologie-obstétrique, traitant les situations rattachées à la grossesse, l'accouchement ainsi que les prises en charge chirurgicales et en gynécologie médicale. (2)

Le suivi gynécologique correspond donc aux actes visant à assurer aux patientes le meilleur état de santé possible en termes de gynécologie. En France, il regroupe :

- Un examen clinique gynécologique
- Des actes de prévention
- La prescription et le suivi de contraceptifs
- La prescription et le suivi de traitements hormonaux de la ménopause. (3)

Depuis 2018, le suivi gynécologique peut être assuré par le médecin généraliste, le gynécologue mais également la sage-femme qui a vu ses compétences s'étendre à la gynécologie. (4)

Contraception, grossesse et ménopause représentent 75% des actes gynécologiques effectués par le médecin généraliste. Plus du tiers de ces actes est lié à la prise en charge de la contraception, plus de 20% à celle de la ménopause et plus de 18% au suivi de grossesse selon le CNGOF. Ces motifs de consultations gynécologiques les plus fréquents relèvent de la gynécologie de « base » et offrent de réelles opportunités de prévention. (5)

En 2018, la France comptait 102 466 médecins généralistes, 5030 gynécologues obstétriciens, 2795 gynécologues médicaux et environ 22941 sages-femmes. Selon les estimations, ces chiffres s'annoncent stables à l'horizon de 2030. (6–8)

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, actes de prévention, prise en charge de pathologies aiguës courantes ou suivi de traitements chroniques. La légitimité du médecin généraliste n'est donc plus à prouver dans le suivi gynécologique des femmes. »(9)

Ces différents éléments de contexte nous amènent à la question de recherche suivante : **Quelle est la pratique des gestes gynécologiques en cabinet libéral, notamment du médecin généraliste, ainsi que le ressenti des patientes concernant leur suivi gynécologique ?**

#### Choix du sujet de thèse

Mon intérêt pour la pratique gynécologique est né suite à mon stage ambulatoire d'observation en internat de médecine (N1).

En effet, un maître de stage universitaire (MSU) de mon unité pédagogique locale (UPL), un médecin homme, avait une pratique gynécologique soutenue que ce soit à son cabinet ou dans un centre de planning familial (PMI). J'y ai vu la pose et le retrait d'implant hormonal sous-cutané (implant), la pose et le retrait du dispositif intra-utérin (DIU).

L'idée de ce sujet de thèse m'est réellement apparue dans les suites de mon stage d'internat d'une durée de 3 mois dans un service de gynécologie hospitalière au 5<sup>e</sup> semestre. C'est durant cette période que j'ai appris à effectuer les gestes techniques gynécologiques (pose d'implant dans les suites de couche, retrait d'implant, de DIU, réalisation de prélèvement vaginal (PV) et frottis cervico-utérin (FCU), examen avec spéculum aux urgences gynécologiques. Je me suis aperçu que l'acquisition de ces gestes se faisait très rapidement mais j'ai également senti beaucoup d'appréhension chez les patientes, parfois un stress important lorsqu'un geste technique gynécologique devait être effectué.

Je me suis donc intéressé à la pratique de ces gestes en cabinet de médecine générale et au vécu des patientes dans ce domaine.

## **Matériel et Méthode**

---

### **I) Présentation de l'étude et objectifs**

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale sur la base de deux questionnaires auto-administrés.

#### a) Objectifs de l'étude

**Principal** : Evaluer la pratique de gestes techniques gynécologiques par les médecins généralistes en cabinet et le vécu des patientes concernant leur suivi gynécologique.

#### **Secondaires** :

- Etudier les freins à la réalisation d'actes techniques gynécologiques en cabinet de médecine générale dans le Nord/Pas-de-Calais (NPDC).
- Relever les motivations et les réticences des patientes à être suivies sur le plan gynécologique par le médecin généraliste (MG).

#### b) Choix des gestes techniques

Tout geste de gynécologie en consultation de médecine générale en cabinet, effectué par des moyens instrumentaux et pouvant être fréquemment réalisés par les MG en cabinet.

Sont donc inclus le FCU, la pose ou le retrait du DIU, la pose ou le retrait d'implant, la pose de spéculum, la réalisation d'un PV. Sont exclus les gestes gynécologiques non réalisables en cabinet de médecine générale car ils nécessitent soit une compétence particulière dans ce domaine, ou bien un matériel spécifique, ou sont peu rentables et rarement effectués dans la pratique courante de médecine générale (échographie pelvienne, biopsie ou ponction mammaire, biopsie de l'endomètre, colposcopie ...)

## II) Populations étudiées et modes de recrutement

*Deux populations sont étudiées dans cette étude : les MG du NPDC et les patientes du NPDC. Ainsi, deux questionnaires différents ont été réalisés dans le cadre de cette recherche.*

### a) Sélection des médecins généralistes

#### Critères d'inclusion

- MG
- En activité
- Remplaçant, médecin installé, en collaboration ou en assistantat
- Ayant une activité exclusivement libérale
- Exerçant principalement en cabinet de médecine générale (cabinet seul, cabinet de groupe, maison de santé pluriprofessionnelle (MSP))
- Exerçant dans le NPDC
- Ayant une activité plus ou moins variée (avec ou sans pratique gynécologique)
- Possibilité de répondre à un questionnaire par internet

#### Modes de recrutement

Les MG ont été sélectionnés selon plusieurs modes de recrutement :

- Liste Universitaire des internes de médecine générale des promotions 2014 et 2015 du NPDC
- Liste des UPL de médecine générale de la faculté de Lille
- Liste des MG du NPDC sur l'annuaire téléphonique
- Réseau professionnel de ma directrice de thèse
- Centre de santé FILIERIS de la CARMI regroupant environ 40 MG dans le NPDC

Ces médecins ont été contactés par un courriel via la plate-forme Google Forms (site de questionnaires en ligne) les invitant à participer à l'enquête et contenant une adresse URL qui renvoie au questionnaire (annexe 2). Deux relances par courriel ont été réalisées afin de sélectionner le maximum de médecins dans l'étude sur une période de 2 mois et demi.

b) Sélection des patientes

Critères d'inclusion

- Femmes
- Majeures
- Habitantes dans le NPDC
- Avec ou sans suivi gynécologique
- Suivi gynécologique dans le NPDC (si réalisé)
- Suivi gynécologique par l'un des trois professionnels de santé compétents dans ce domaine, (MG, gynécologue ou sage-femme (SF)) si réalisé
- Capacité de compréhension du questionnaire
- Possibilité de répondre à un questionnaire par internet

Mode de recrutement

Les patientes ont été sélectionnées par l'intermédiaire des laboratoires SYNLAB et CERBALIANCE. Une fiche d'information contenant l'adresse URL vers le questionnaire (annexe 1) était affichée dans des laboratoires avec une répartition sur l'ensemble du territoire du NPDC.

Les professionnels du laboratoire s'assuraient de la domiciliation de la patiente et montraient la fiche d'information à la patiente en lui indiquant le lien d'accès au questionnaire. La patiente pouvait ainsi répondre au questionnaire via son smartphone en attendant son prélèvement ou pouvait également le faire chez elle. Elle était donc libre de répondre au questionnaire lorsqu'elle le souhaitait.

Les patientes n'ont pas été sélectionnées via les MG interrogés afin de limiter le biais de réponse.

c) Sélection des critères de recherche

Des confrères généralistes ont été sollicités afin d'évaluer les gestes techniques gynécologiques les plus fréquemment réalisés au sein de leur cabinet. Les stages d'internat en N1 et en gynécologie hospitalière ont été aidants dans cette démarche. Les thèses de différentes régions qui se referaient aux actes gynécologiques dans la pratique des MG en cabinet et du vécu des patientes dans ce domaine ont été consultées pour établir une bibliographie.

### III) Construction des questionnaires et modes de diffusion

#### a) Questionnaire médecin

Le questionnaire a été rédigé sur un fichier Word puis retranscrit sur Google Forms. Celui-ci comporte 26 questions (25 questions fermées et 1 question ouverte).

Il se décompose en 6 grandes parties :

- **1<sup>ère</sup> partie** : données socio-démographiques du MG.
- **2<sup>ème</sup> partie** : caractéristiques de la patientèle féminine du cabinet.
- **3<sup>ème</sup> partie** : gestes techniques gynécologiques réalisés et fréquence associée.
- **4<sup>ème</sup> partie** : freins rencontrés par le MG quant à la réalisation de gestes gynécologiques et attente de formation ultérieure.
- **5<sup>ème</sup> partie** : autoévaluation du MG quant à sa pratique concernant les gestes techniques gynécologiques.
- **6<sup>ème</sup> partie** : recueil de l'avis du MG concernant sa place au sein de cette pratique.

#### b) Questionnaire patiente

Le questionnaire a été rédigé sur un fichier Word puis retranscrit sur Google Forms. Il comporte 26 questions fermées.

Il se décompose en 5 parties :

- **1<sup>ère</sup> partie** : données socio-démographiques de la patiente
- **2<sup>ème</sup> partie** : suivi gynécologique de la patiente (mode de contraception, suivi par un professionnel de santé, gestes techniques gynécologiques déjà réalisés, professionnel de santé désiré pour le suivi gynécologique à venir...)
- **3<sup>ème</sup> partie** : vécu par la patiente des gestes techniques gynécologiques réalisés
- **4<sup>ème</sup> partie** : freins au suivi gynécologique par le médecin traitant
- **5<sup>ème</sup> partie** : principales motivations quant au suivi gynécologique par le médecin traitant

c) Test du questionnaire

Le questionnaire « médecin » a été testé par trois connaissances médicales. Le questionnaire « patiente » auprès de trois amies. Les questionnaires ont été réajustés à différentes étapes de leur élaboration afin d'analyser des erreurs dans la hiérarchisation des questions et des réponses, des oublis de propositions de questions/réponses ou des erreurs de syntaxe.

d) Diffusion du questionnaire

Le questionnaire « médecin » a été diffusé aux MG par courriels communiqués via la plateforme Google Forms. Il était accompagné d'une lettre explicative présentant le thème de la thèse et son objectif, le lien URL permettant l'accès au questionnaire (annexe 2) et le nom de ma directrice de thèse.

Le questionnaire « patiente » a été diffusé aux patientes via les Laboratoires de le NPDC après élaboration d'une fiche explicative (annexe 1).

**IV) Collecte et analyse des résultats**

Les données ont été recueillies directement via le site Google Forms et retranscrites sur deux tableaux EXCEL distincts : un pour le questionnaire « médecin » et l'autre pour le questionnaire « patiente ».

Concernant la question ouverte (pour le questionnaire « médecin »), les réponses libres ont été retranscrites sur un fichier Word et classées par association d'idées en différents thèmes.

Les questions ont été volontairement rédigées afin que chacune nécessite obligatoirement une réponse, ceci afin de limiter la collecte de questionnaires incomplet, non ou partiellement analysables.

La collecte des données s'est déroulée du 10 novembre 2018 au 31 janvier 2019. Les réponses reçues après cette date n'ont pas été prises en compte dans l'analyse de nos résultats.

## V) Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont été réalisées essentiellement par le biais d'internet, pour :

- Les travaux de thèse : sur PEPITE, le SUDOC, la BDSP et PUBMED.
- Les données démographiques et historiques : sur le DREES, INSEE, CNOM, WONCA, STATISTA, FNCGM et REMEDE.
- Les données médicales : j'ai consulté le CNGOF, CNSF, l'HAS, INCa, UVMaF, institut BVA, la Revue PRESCRIRE, EXERCER, le site AMELI, BIOMNIS et BIOFFICE.

## VI) Analyse des données statistiques

Les données recueillies ont été analysées grâce au logiciel XLSTAT (logiciel statistiques d'EXCEL).

Concernant les statistiques descriptives, les résultats pour les variables qualitatives sont donnés en fréquence et les résultats pour la variable quantitative (*autoévaluation des gestes techniques gynécologiques*) sont donnés en moyenne, médiane, minimum, maximum, quartiles.

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'un test exact de Fischer en raison d'un faible effectif des deux échantillons. L'intervalle de confiance choisi est de 95% avec un seuil de significativité  $\alpha$  à 5%.

## VII) Ethique

L'ensemble des réponses aux questionnaires « médecin » et « patiente » ont été anonymisés. L'accord des répondants est tacite au vu de leur accord à répondre aux questionnaires sur la base du volontariat. Dans l'introduction des questionnaires « patiente » et « médecin », il était stipulé que les données recueillies seraient utilisées à des fins d'une thèse de médecine générale.

Le projet de recherche n'impliquant pas la personne humaine et n'ayant pas pour but de développer des connaissances biologiques et médicales, l'avis du Comité de Protection des Personnes n'était pas requis.

Ma thèse a été soumise à un contrôle anti-plagiat le 28/01/2021 et validée.

---

## Résultats principaux

---

### **I) Résultats questionnaire « médecin » - Caractéristiques de l'échantillon**

#### **a) Population étudiée**

Au total, 861 MG ont été contactés (496 MG remplaçants et 365 MG installés) et ont reçu une invitation à répondre à ce questionnaire. 195 MG ont répondu à ce dernier (66 MG remplaçants, soit 13% de l'effectif initial et 118 MG installés, soit 32% de l'effectif initial). 11 réponses au questionnaire n'ont pas été retenues en raison de résultats ininterprétables (doublons, réponse non comptabilisée), soit environ 6%. Au total, 184 questionnaires ont donc été analysés soit un taux de réponse de 21%.

Dans l'étude, sur l'ensemble du NPDC, la moyenne d'âge des répondants était à 41 ans, la médiane était à 40 ans. Celle-ci est un peu plus basse que dans les autres thèses car elle comprend les MG remplaçants.

Dans le Nord, la moyenne d'âge des répondants était à 42.3 ans, la médiane était à 40 ans.

Dans le Pas de Calais, la moyenne d'âge des répondants était à 44.6 ans, la médiane était à 40 ans également.

La moyenne d'âge des MG ayant une activité à la fois dans le Nord et Pas de Calais (mixte) était à 31.3 ans, la médiane était à 28 ans.

#### **b) Caractéristiques des médecins généralistes**

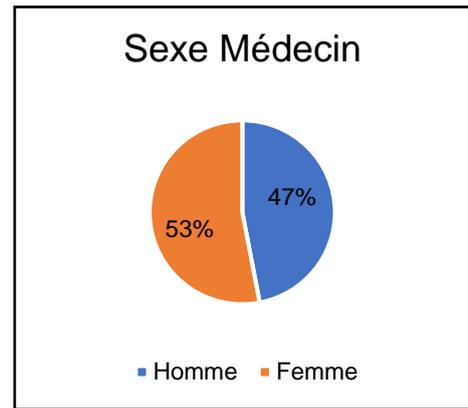
##### **➤ Age**

Au total, il y avait 61 MG de moins de 30 ans, il y avait 71 MG entre 30 et 50 ans ; il y avait 52 MG de plus de 50 ans.

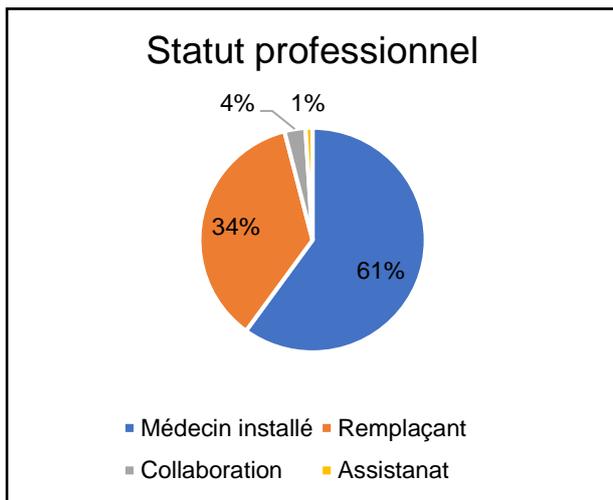
Les MG de l'étude étaient donc **équitablement répartis entre les 3 tranches d'âge.**

➤ Sexe

La répartition homme/femme était équilibrée dans cet échantillon, avec 87 hommes et 97 femmes.



➤ Le statut professionnel

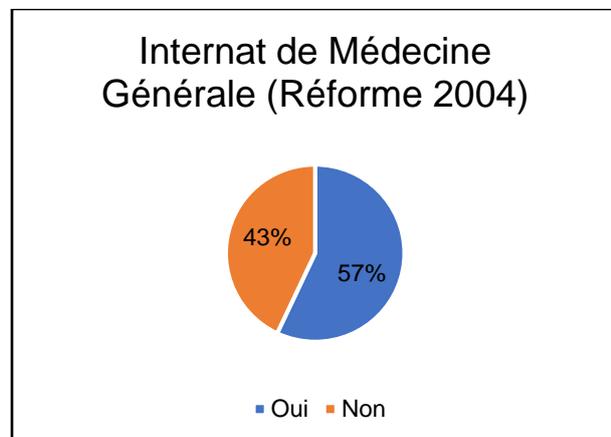
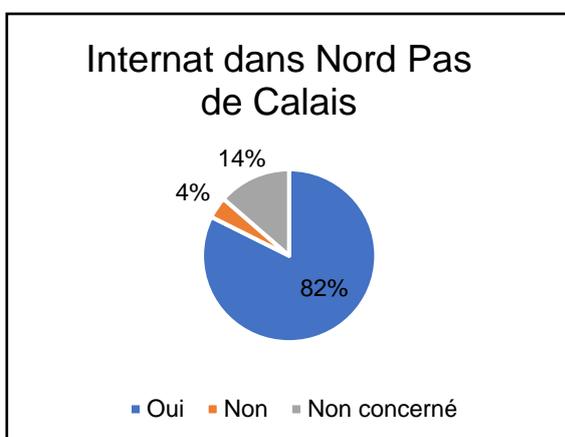


110 MG déclaraient être installés. 66 MG déclaraient être remplaçants. 2 MG étaient assistants. Enfin, 5 MG étaient des collaborateurs.

La plupart des MG questionnés étaient donc des médecins installés.

➤ Réalisation de l'internat de médecine générale et localisation

105 MG ayant répondu au questionnaire disaient avoir réalisé l'internat de Médecine générale selon la réforme de 2004. A contrario, 79 MG déclaraient ne pas l'avoir réalisé. 152 MG de l'étude déclaraient avoir réalisé leur internat dans le NPDC. A contrario, 7 MG disaient ne pas l'avoir réalisé dans le NPDC. 25 MG n'avaient pas réalisé l'internat.

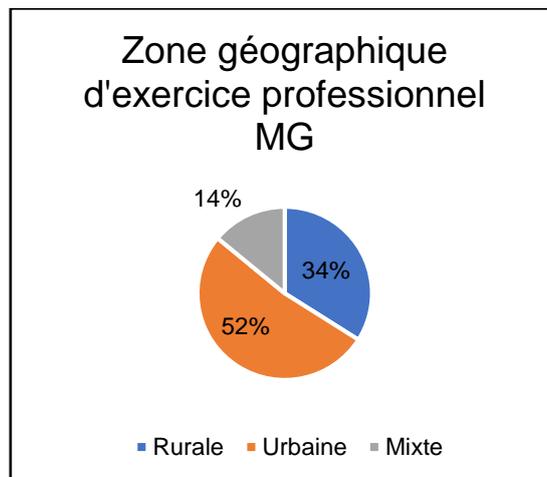


➤ Expérience professionnelle en cabinet de médecine générale

43 MG déclaraient avoir une ancienneté de plus de 25 ans en cabinet ; 31 MG annonçaient une ancienneté de 11 à 25 ans en cabinet ; 34 MG disaient avoir une ancienneté de 3 à 10 ans en cabinet ; 76 MG déclaraient avoir une ancienneté de moins de 3 ans en cabinet.

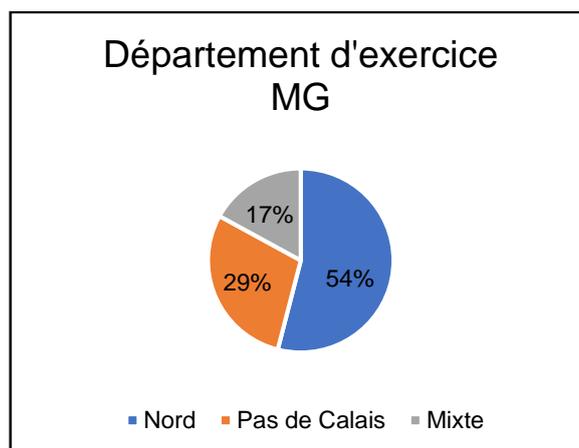
➤ Zone géographique d'exercice

95 MG de l'étude exerçaient la médecine générale en zone urbaine ; 62 MG de l'étude exerçaient la médecine générale en zone rurale ; 27 MG de l'étude exerçaient la médecine générale à la fois en zone urbaine et rurale (mixte).



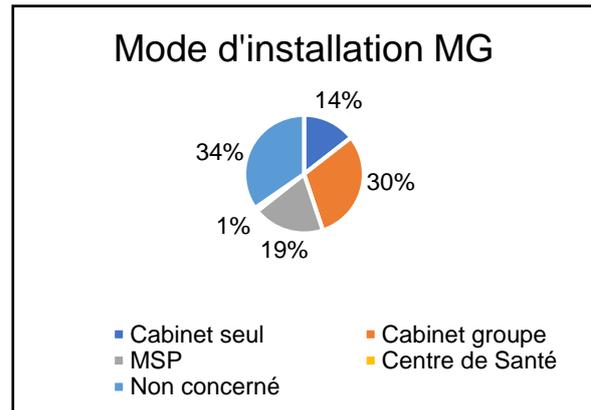
➤ Département d'exercice

Dans l'étude, 100 MG exerçaient dans le département du Nord ; 53 MG exerçaient dans le département du Pas de Calais ; 31 MG exerçaient à la fois dans les départements du Nord et du Pas de Calais.



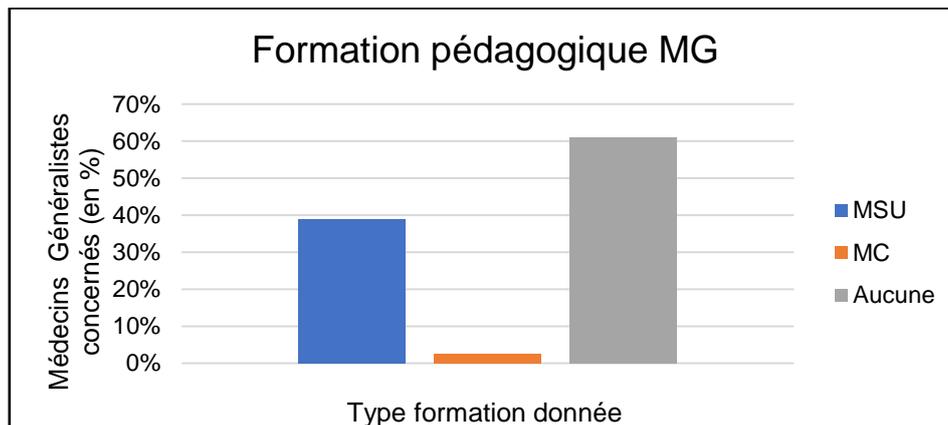
➤ Le type d'installation

26 MG de l'études étaient installés en cabinet seul ; 55 étaient installés en cabinet de groupe ; 35 MG exerçaient dans une MSP ; 2 MG travaillaient en centre de santé. Enfin, 66 MG représentant les MG remplaçants n'étaient pas concernés par cette question.



➤ Compétences pédagogiques en Médecine Générale

72 MG étaient MSU sur les 118 médecins installés. 6 MG étaient conférenciers dans le cadre de la formation médicale continue (FMC). 112 MG avaient décidé de ne pas développer ces compétences.



➤ Proximité d'un cabinet de gynécologie, SF et orientation des patientes pour la prise en charge gynécologique

D'une part, 135 MG exprimaient être proche d'un cabinet de gynécologie ; 123 MG exprimaient être proche d'un cabinet de SF. Par ailleurs, 122 MG de l'étude adressaient leurs patientes au gynécologue ; 54 MG adressaient leurs patientes dans un cabinet de SF.

Les motifs d'adressage à un autre professionnel de santé (gynécologue et/ou SF) pour un avis gynécologique étaient (dans l'ordre décroissant) :

- La pose de DIU (134 réponses positives).
- Le retrait de DIU (114 réponses positives).
- Le retrait d'implant (74 réponses positives).
- La pose d'implant (71 réponses positives).

- Le FCU (69 réponses positives).
- Le PV (48 réponses positives).
- L'examen au spéculum (35 réponses positives).

45 MG de l'étude n'adressaient pas leurs patientes pour la réalisation de ces gestes gynécologiques.

➤ Formation personnelle en gestes techniques gynécologiques

139 MG estimaient avoir été formés en gestes techniques gynécologiques durant leur stage d'internat. Ensuite, 55 d'entre eux pensaient avoir appris les gestes durant des journées de formation pratique. 31 MG estimaient acquérir ces gestes pendant des congrès médicaux. 26 MG disaient se former à ces gestes au cours de leur participation en PMI. 17 MG de l'étude pensaient avoir acquis ces gestes pendant la réalisation de leur diplôme universitaire (DU) en gynécologie.

Certains MG disaient avoir appris ces gestes pour d'autres raisons mais qui restent minoritaires (fonction d'attaché dans un service de gynécologie hospitalière, obtention d'une attestation Universitaire en études complémentaires de planification et IVG, formation PRESAGE qui s'apparente à une formation pratique). Enfin, 14 MG exprimaient une absence de formation en gynécologie.

➤ La patientèle féminine des MG de l'étude

- Proportion de la patientèle féminine

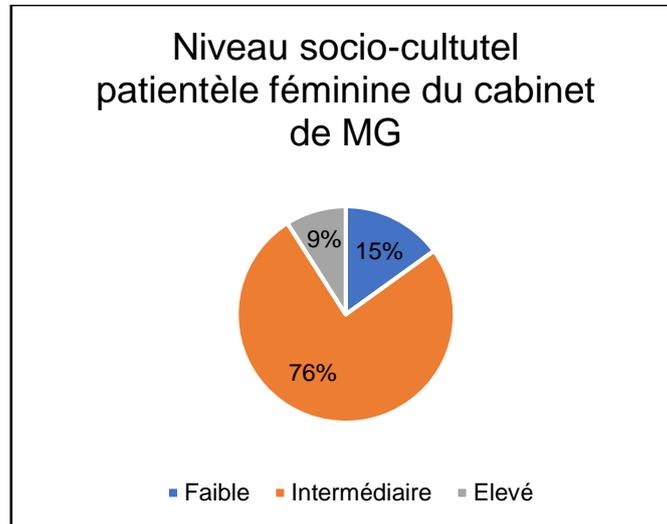
5 MG de l'étude avaient une patientèle féminine inférieure à 25% de leur patientèle, ce qui représente une minorité de l'effectif concerné par l'étude. 93 MG avaient une patientèle féminine comprise entre 25 et 50% de leur patientèle. 83 MG avaient une patientèle féminine comprise entre 51 et 75% de leur patientèle. 3 MG de l'étude avaient une patientèle féminine supérieure à 75% de leur patientèle.

- Moyenne d'âge de la patientèle féminine

Dans cette étude, 2 MG avaient une patientèle ayant un âge moyen de moins de 25 ans. 111 MG avaient une patientèle féminine avec un âge moyen compris entre 25 et 50 ans. 55 MG avaient une patientèle féminine avec un âge moyen compris entre 51 et 65 ans. Enfin, 16 MG avaient une patientèle féminine avec un âge moyen supérieur à 65 ans.

- Niveau socio-culturel et économique de cette patientèle

Dans cette étude, 28 MG avaient une patientèle féminine de niveau socio-culturel dit « faible ». 140MG avaient une patientèle de niveau socio-culturel dit « intermédiaire ». Enfin, 16 MG avaient une patientèle de niveau socio-culturel dit « élevé ».



Cette répartition était représentative de la population du Nord Pas-de-Calais d'après une enquête de population INSEE en 2015.

c) Réalisation des gestes techniques

- Frottis cervico-utérin

**Résultats généraux**

3 MG de l'étude réalisaient des FCU plus de 5 fois par semaine. 27 MG effectuaient des FCU entre une et cinq fois par semaine. 99 MG pratiquaient un FCU par semaine. Enfin, 55 MG ne faisaient pas de FCU au cabinet.

**Résultats détaillés (selon les facteurs étudiés) :**

*Concernant le sexe :*

Les femmes réalisaient plus de FCU que les MG homme. ( $p < 0.0001$ )

*Concernant l'âge :*

Ce sont les médecins les plus âgés qui réalisaient le plus de FCU. ( $p < 0.0001$ )

*Concernant l'expérience professionnelle en cabinet :*

La plupart des MG qui avaient plus d'expérience professionnelle en cabinet réalisaient plus le FCU. (p :0.005)

*Concernant la zone géographique d'exercice :*

La majorité des MG qui réalisait le FCU exerçait en milieu rural. (p :0.043)

*Concernant l'orientation des patientes pour une prise en charge gynécologique :*

La majorité des MG qui orientait le plus leurs patientes chez le gynécologue n'effectuait pas de FCU. De plus, la plupart des MG qui n'adressaient pas leurs patientes au gynécologue effectuaient entre 1 et 5 FCU par semaine. (p<0.0001)

La plupart des MG qui adressaient le plus les patientes à la SF n'effectuait pas de FCU. De plus, les MG qui n'orientaient pas les patientes chez la SF effectuaient entre 1 et 5 FCU par semaine. (p :0.008)

La majorité des MG qui adressait leurs patientes pour la réalisation d'un FCU, d'un PV ou d'un examen avec spéculum ne réalisait pas de FCU au cabinet. De plus, les MG qui adressaient leurs patientes pour la pose d'un DIU effectuaient le FCU moins d'une fois par semaine. Enfin, les MG qui n'adressaient pas leurs patientes pour ces gestes réalisaient entre 1 et 5 FCU par semaine. (p :0.017)

*Concernant la formation personnelle en gestes techniques gynécologiques :*

La majorité des MG qui n'avait eu accès à aucune formation personnelle en gestes techniques gynécologiques ne réalisait pas le FCU au cabinet. Par contre, ceux qui avaient réalisé le DIU en gynécologie effectuaient entre 1 et 5 FCU par semaine. (p :0.004)

*Concernant la patientèle féminine :*

La plupart des MG qui avaient une patientèle féminine supérieure à 75% de leur patientèle totale effectuaient en général plus de 5 FCU par semaine. (p :0.01)

La majorité MG qui avait une patientèle féminine âgée de plus de 65 ans était plus nombreuse à ne pas réaliser de FCU. De plus, les MG qui avaient une patientèle féminine âgée de 25 à 50 ans réalisaient entre 1 et 5 FCU par semaine. (p :0.022)

Les MG qui avaient une patientèle de faible niveau socio-économique étaient plus nombreux à ne pas réaliser de FCU. De plus, les MG qui avaient une patientèle hétéroclite effectuaient moins d'un FCU par semaine. (p :0.001)

➤ Dispositif intra-utérin

**Pose de DIU**

5 MG de l'étude réalisaient la pose de DIU au moins 1 fois par semaine. 8 MG effectuaient plus d'une pose de DIU par mois, sans atteindre un par semaine. 34 MG posaient moins d'un DIU par mois. Enfin, 137 MG ne posaient pas de DIU au cabinet.

**Résultats détaillés (selon les facteurs étudiés) :**

*Concernant la réalisation de l'internat de MG (réforme 2004) :*

La majorité des MG qui n'a pas réalisé l'internat de MG réalisait au moins une pose de DIU par semaine. (p :0.014)

*Concernant l'orientation des patientes pour une prise en charge gynécologique :*

La majorité des MG qui adressait les patientes à un cabinet de gynécologie ne réalisait pas la pose de DIU. A contrario, les MG qui n'adressaient pas leurs patientes à un cabinet de gynécologie effectuaient plus souvent la pose de DIU. (p :0.004)

La majorité des MG qui orientait les patientes à un cabinet de SF ne réalisait pas la pose de DIU. De plus, les MG qui n'adressaient pas leurs patientes à un cabinet de SF effectuaient la pose de DIU moins d'une fois par mois. (p :0.012)

*Concernant la formation personnelle en gestes techniques gynécologiques :*

La majorité des MG qui n'a effectué aucune formation en gestes gynécologiques et ceux ayant réalisé le stage d'internat en gynécologie ne posaient pas de DIU alors que ceux qui travaillaient au planning familial en posaient au moins 1 par semaine et ceux qui ont réalisé le DU de gynécologie en posaient moins d'une fois par mois. (p :0.030)

*Concernant la patientèle féminine :*

La plupart des MG qui avaient une patientèle féminine comprise entre 51 et 75% effectuaient au moins une pose de DIU par mois, sans atteindre un par semaine. Si cette population était supérieure à 75%, alors les MG réalisaient au moins une pose de DIU par semaine. (p :0.024)

**Retrait de DIU**

3 MG de l'étude réalisaient plus d'un retrait de DIU par semaine. 12 MG effectuaient plus d'un retrait de DIU par mois, sans atteindre un par semaine. 57 MG faisaient moins d'un retrait de DIU par mois. Enfin, 112 MG ne retiraient pas de DIU.

**Résultats détaillés (selon les facteurs étudiés) :**

*Concernant le sexe :*

Les MG femmes effectuaient plus de retrait de DIU que les MG hommes. (p :0.015)

*Concernant l'âge :*

Ce sont les médecins les plus âgés qui réalisaient le plus le retrait de DIU. (0.040)

*Concernant la réalisation de l'internat de MG (réforme 2004) :*

Les des MG qui n'avaient pas réalisé l'internat de médecine générale effectuaient plus de retrait de DIU que ceux qui l'avaient réalisé. (p :0.005)

*Concernant les compétences pédagogiques en MG :*

Les MG MSU réalisaient plus le retrait de DIU que les autres MG. (p :0.006)

*Concernant l'orientation des patientes pour une prise en charge gynécologique :*

La majorité des MG qui orientait les patientes à cabinet de gynécologie pour des gestes gynécologiques ne réalisait pas le retrait de DIU et a contrario, les MG qui n'adressaient pas leurs patientes pour des gestes gynécologiques le réalisaient moins d'une fois par mois. (p<0.0001)

La plupart des MG qui adressaient leurs patientes à un cabinet de SF pour des gestes gynécologiques ne réalisaient pas le retrait de DIU alors que les MG qui ne les adressaient pas le réalisaient moins d'une fois par mois (p :0.003)

La plupart des MG qui adressaient leurs patientes aux praticiens concernés pour la réalisation d'un FCU ou le retrait de DIU ne réalisaient pas le retrait de DIU alors que les MG qui n'adressaient pas leurs patientes l'effectuaient moins d'une fois par mois. (p :0.021)

*Concernant la formation personnelle en gestes techniques gynécologiques :*

La majorité des MG qui n'avait aucune formation personnelle en gestes gynécologiques ne réalisait pas le retrait de DIU. (p :0.004)

*Concernant la patientèle féminine :*

La majorité MG qui avait une patientèle féminine comprise entre 25 et 50 % réalisait le retrait de DIU moins d'une fois par mois ; ceux qui avaient une patientèle féminine comprise entre 51 et 75% le réalisaient plus d'une fois par mois, sans dépasser une fois par semaine tandis que ceux qui avaient une patientèle féminine supérieure à 75% de leur patientèle totale effectuaient au moins un retrait de DIU par semaine. (p :0.049)

➤ **Implant sous-cutané**

**Pose d'implant hormonal sous-cutané**

6 MG de l'étude réalisaient la pose d'implant hormonal au moins une fois par semaine. 20 MG effectuaient la pose d'implant au moins une fois par mois, sans atteindre une fois par semaine. 80 MG posaient des implants moins d'une fois par mois. Enfin, 78 MG ne posaient pas d'implant.

**Résultats détaillés (selon les facteurs étudiés) :**

*Concernant le sexe :*

Les MG femme réalisaient plus la pose d'implant que les MG homme (p :0.019)

*Concernant l'âge :*

Ce sont les MG âgés qui réalisaient le plus la pose d'implant. (p :0.027)

*Concernant la réalisation de l'internat de MG (réforme 2004) :*

Les MG qui n'avaient pas réalisé l'internat de médecine générale effectuaient plus la pose d'implant que ceux qui l'avaient réalisé. (p :0.025)

*Concernant la réalisation de l'internat dans le Nord/Pas-de-Calais :*

Les MG qui avaient réalisé l'internat dans le NPDC posaient peu d'implant (p :0.019)

*Concernant l'expérience professionnelle en cabinet :*

Les MG qui avaient une expérience professionnelle en cabinet supérieure à 25 ans réalisaient plus de pose d'implant que les autres MG. (p : 0.003)

*Concernant la proximité d'un cabinet de sage-femme :*

La majorité des MG à proximité d'un cabinet de SF réalisait au moins une pose d'implant par mois, sans atteindre une par semaine. A contrario, les MG de l'étude distants d'un cabinet de SF ne réalisaient pas la pose d'implant. (p :0.027)

*Concernant l'orientation des patientes pour une prise en charge gynécologique :*

La majorité des MG qui adressait la patientèle féminine au gynécologue ne réalisait pas la pose d'implant. A contrario, les MG qui n'adressaient pas leur patientèle féminine au gynécologue la réalisent au moins une fois par mois. (p :0.001)

La majorité des MG qui adressait les patientes aux professionnels de santé concernés pour une pose ou un retrait d'implant ne réalisait pas de pose d'implant. De plus, les MG qui adressaient leur patientèle féminine pour une pose de DIU effectuaient moins d'une pose d'implant sous-cutané par mois. Enfin, les MG qui n'adressaient pas leurs patientes pour la réalisation de gestes gynécologiques effectuaient au moins une pose d'implant par mois. (p :0.003)

*Concernant la formation personnelle en gestes techniques gynécologiques :*

La majorité des MG qui a effectué un stage d'internat en gynécologie ou qui n'a eu aucune formation en gestes gynécologiques ne réalisait pas de pose d'implant. A contrario, les MG qui travaillaient au planning familial réalisaient la pose d'implant au moins une fois par semaine. (p :0.04)

*Concernant la patientèle féminine :*

La plupart des MG qui avaient une patientèle comprise entre 25 et 50 ans réalisaient la pose d'implant moins d'une fois par mois. (p :0.048)

### **Retrait d'implant hormonal sous-cutané**

5 MG de l'étude réalisaient au moins un retrait d'implant par semaine. 21 MG effectuaient plus d'un retrait d'implant par mois, sans atteindre un par semaine. 79 MG retiraient moins d'un implant par mois. Enfin, 79MG ne faisaient pas de retrait d'implant au cabinet.

#### **Résultats détaillés (selon les facteurs étudiés) :**

##### *Concernant le sexe :*

Les MG femme réalisaient plus souvent le retrait d'implant que les MG homme. (p :0.037)

##### *Concernant l'âge :*

Ce sont les MG âgés qui effectuaient le plus le retrait d'implant. (p :0.023)

##### *Concernant la réalisation de l'internat dans le Nord/Pas-de-Calais*

Les MG qui ont réalisé leur internat dans le NPDC effectuaient peu de retrait d'implant. (p :0.005)

##### *Concernant la zone géographique d'exercice :*

Les MG qui travaillaient en zone mixte effectuaient plus le retrait d'implant que les MG qui travaillaient soit en milieu urbain ou rural. (p :0.037)

##### *Concernant la proximité d'un cabinet de gynécologie et/ou sage-femme :*

La majorité des MG distants d'un cabinet de SF ne réalisait pas de retrait d'implant. A contrario, les MG à proximité d'un cabinet de SF le réalisaient au moins une fois par mois. (p :0.016)

##### *Concernant l'orientation des patientes pour une prise en charge gynécologique :*

La majorité des MG qui adressait les patientes à un gynécologue ne réalisait pas le retrait d'implant. A contrario, les MG qui n'adressaient pas leurs patientes au gynécologue le réalisaient au moins une fois par mois, sans atteindre une fois par semaine. (p :0.0003)

La plupart des MG qui adressait les patientes pour une pose ou un retrait d'implant ne le réalisait pas. Les MG qui adressaient leurs patientes pour une pose de DIU le réalisaient moins d'une fois par mois. Les MG qui n'adressaient pas leurs patientes pour ces gestes gynécologiques l'effectuaient au moins une fois par mois. (p :0.008)

*Concernant la formation personnelle en gestes techniques gynécologiques :*

La majorité des MG qui n'a eu aucune formation en gestes techniques gynécologiques et ceux qui ont réalisé le stage d'internat en gynécologie ne réalisaient pas le retrait d'implant. A contrario, les MG qui ont validé le DU de gynécologie réalisaient au moins un retrait d'implant par semaine. (p :0.034)

*Concernant la patientèle féminine :*

La majorité des MG qui avait une patientèle féminine d'âge compris entre 25 et 50 ans réalisait le retrait d'implant au moins une fois par mois. (p :0.016)

➤ Prélèvement vaginal

2 MG réalisaient plus de 5 PV par semaine. 13 MG effectuaient entre 1 et 5 PV par semaine. 89 MG faisaient moins d'un PV par semaine. Enfin, 80 MG ne réalisaient pas de PV au cabinet.

**Résultats détaillés (selon les facteurs étudiés)**

*Concernant le sexe :*

Les MG femme réalisaient plus souvent le PV que les MG homme. (p :0.003)

*Concernant l'âge :*

Les jeunes MG réalisaient plus le PV que les MG des autres tranches d'âge. (p :0.001)

*Concernant la réalisation de l'internat de MG (réforme 2004) :*

Les MG qui avaient réalisé l'internat de médecine générale réalisaient plus le PV que ceux qui ne l'avaient pas réalisé. (p :0.007)

*Concernant la zone géographique d'exercice :*

Les MG qui travaillaient en zone mixte effectuaient plus le PV que ceux qui exerçaient en milieu urbain ou rural. (p :0.021)

*Concernant l'orientation des patientes pour une prise en charge gynécologique et le motif d'adressage :*

La majorité des MG qui adressait la patientèle féminine au gynécologue ne réalisait pas de PV. De plus, ceux qui ne l'adressaient pas le réalisaient entre 1 et 5 fois par semaine. (p :0.01)

La plupart des MG qui adressaient leurs patientes pour un examen avec spéculum ou un PV ne réalisaient pas de PV. Au contraire, ceux qui adressaient leurs patientes pour une pose de DIU le réalisaient moins d'une fois par semaine. Enfin, ceux qui n'adressaient pas leurs patientes réalisaient le PV au moins une fois par semaine. (p :0.035)

*Concernant la formation personnelle en gestes techniques gynécologiques :*

La majorité des MG de l'étude qui n'avait aucune formation en gestes techniques gynécologiques ne réalisait pas le PV. Par contre, ceux qui travaillaient au planning familial le réalisaient entre 1 et 5 fois par semaine et ceux qui avaient effectué le DU de gynécologie le faisaient plus de 5 fois par semaine. (p :0.045)

➤ Examen avec spéculum

11 MG de l'étude réalisaient plus de 5 examens avec spéculum par semaine au cabinet. 38 MG effectuaient entre 1 et 5 examens avec spéculum par semaine. 96 MG faisaient moins d'un examen au spéculum par semaine. 39 MG ne faisaient pas d'examen au spéculum.

**Résultats détaillés (selon les facteurs étudiés)**

*Concernant le sexe :*

Les MG femmes réalisaient plus l'examen avec spéculum que les MG homme. (p :0.001)

*Concernant l'âge :*

Les jeunes MG effectuaient plus l'examen avec spéculum que les autres tranches d'âge. (p :0.002)

*Concernant la réalisation de l'internat de MG (réforme 2004) :*

Les MG qui n'avaient pas réalisé l'internat de médecine générale effectuaient plus l'examen avec spéculum que ceux qui l'avaient réalisé. (p :0.038)

*Concernant l'expérience professionnelle en cabinet :*

Les MG qui avaient plus d'expérience professionnelle en cabinet réalisaient plus l'examen avec spéculum. (p :0.013)

*Concernant les compétences pédagogiques en MG :*

Les MG formés en tant que MSU ou conférenciers réalisaient plus d'examen avec spéculum. (p :0.042)

*Concernant la proximité d'un cabinet de gynécologie et/ou sage-femme :*

La plupart des MG qui n'étaient pas à proximité d'un cabinet de SF ne réalisaient pas d'examen avec spéculum. (p :0.029)

*Concernant l'orientation des patientes pour une prise en charge gynécologique et les motifs d'adressage :*

La plupart des MG qui adressaient leurs patientes au gynécologue réalisaient moins d'un examen avec spéculum par semaine. De plus, les MG qui n'adressaient pas leurs patientes au gynécologue le réalisaient entre 1 et 5 fois par semaine. (p :0.043)

La majorité des MG qui adressait les patientes à la SF ne réalisait pas d'examen avec spéculum alors que ceux qui ne les adressaient pas le réalisaient entre 1 et 5 fois par semaine. (p :0.017)

La majorité des MG qui adressait les patientes au professionnel de santé concerné, pour un FCU ou PV ou examen avec spéculum ne réalisait d'examen avec spéculum. Au contraire, ceux qui les adressaient pour pose ou retrait de DIU le réalisaient moins d'une fois par semaine. Les MG qui n'adressaient pas leurs patientes pour un geste gynécologique le réalisaient entre 1 et 5 fois par semaine. (p :0.039)

*Concernant la formation personnelle en gestes techniques gynécologiques :*

La majorité des MG qui n'avait aucune formation en gestes techniques gynécologiques ne réalisait pas d'examen avec spéculum. Ceux qui ont effectué le stage d'internat en gynécologie le réalisaient moins d'une fois par semaine. Au contraire, ceux qui ont réalisé le DU de gynécologie le faisaient entre 1 et 5 fois par semaine et enfin ceux qui allaient à des congrès médicaux dans ce domaine le réalisaient plus de 5 fois par semaine. (p :0.042)

*Concernant la patientèle féminine :*

Les MG qui avaient une patientèle féminine de plus de 75% du total réalisaient plus de 5 examens avec spéculum par semaine. (p :0.010)

Les MG qui avaient une patientèle féminine âgée entre 25 et 50 ans réalisaient entre 1 et 5 examens avec spéculum par semaine. (p :0.0001)

Les MG qui avaient une patientèle avec un niveau socio culturel peu élevé ne réalisaient pas d'examen avec spéculum. (p :0.023)

d) Freins à la réalisation des gestes techniques gynécologiques

➤ Les principaux freins

75 MG de l'étude estimaient ne pas avoir assez de temps au cours de leur journée de travail afin de réaliser des gestes techniques gynécologiques ou pensaient que le problème venait de la réticence des patientes à leur confier la réalisation de ces gestes. 74 MG considéraient ne pas avoir suffisamment de pratique de ce type de gestes techniques au quotidien. 56 MG n'en faisaient pas car selon eux, il y avait suffisamment d'offres de soins pour leur patientèle (Gynécologues et Sages-Femmes) dans ce domaine. 53 MG pensaient ne pas être assez formés pour réaliser des gestes techniques gynécologiques.

➤ Les freins minoritaires

- 30 MG ne réalisaient pas de gestes techniques gynécologiques en raison d'une crainte des risques médico-légaux conséquents.

- 28 MG n'ont retrouvé aucun frein à la réalisation de gestes techniques gynécologiques.
- 24 MG estimaient ne pas être assez rémunérés pour la réalisation de ce type de geste.
- 20 MG exprimaient une gêne personnelle liée à la réalisation de gestes gynécologiques
- 16 MG ne se sentaient pas concernés par la réalisation des gestes gynécologiques au quotidien.
- 13 MG trouvaient ces gestes trop techniques pour les réaliser.
- 10 MG pensaient que le matériel à usage gynécologique est trop coûteux.
- 6 MG trouvaient d'autres motifs (réflexe venant de la patiente, pas de demande particulière, rôle de l'associé(e), le rôle du MG remplaçant, pas d'attrait pour la gynécologie).
- 4 MG trouvaient que leurs locaux n'étaient pas adaptés à la réalisation de ce type d'actes (table d'examen et/ou configuration du cabinet inadaptés).

Les principaux freins des MG de l'étude à la réalisation des gestes techniques gynécologiques étaient (ordre décroissant), **le manque de temps, la réticence des patientes, le manque de pratique, la proximité d'un professionnel de santé concerné, le manque de formation personnelle.**

### **Résultats détaillés (selon les facteurs étudiés)**

*Concernant le sexe :*

La majorité des MG de sexe masculin évoquait la réticence des patientes, la gêne du MG et le désintérêt pour cette pratique alors que la plupart des MG de sexe féminin citaient soit un manque de temps ou bien ne déclaraient aucun frein à cette pratique. (p<0.039)

*Concernant les tranches d'âge :*

La plupart des jeunes MG évoquaient le manque de formation alors que les MG d'un âge avancé citaient la proximité du cabinet de gynécologie/SF. (p :0.0001)

*Concernant le statut professionnel :*

La majorité des MG installés évoquait la proximité du gynécologue/ SF, les MG en collaboration citait la technicité des gestes gynécologiques et les MG remplaçants mentionnaient le risque médico-légal lié à ces gestes. (p :0.0001)

*Concernant la réalisation de l'internat de MG (réforme 2004) :*

La majorité des MG qui n'avait pas réalisé l'internat de MG ne déclarait aucun frein à la réalisation de ces gestes gynécologiques. (p :0.001)

*Concernant l'expérience professionnelle :*

La plupart des MG qui avaient peu d'expérience professionnelle en cabinet évoquaient le manque de formation et le risque médico-légal lié à cette pratique. Les MG ayant soit une expérience entre 3 et 10 ans ou de plus de 25 ans citaient la proximité du gynécologue ou de la SF. Enfin, les MG ayant une expérience entre 11 et 25 ans ne déclaraient pas de freins à la réalisation de ces gestes. (p<0.0001)

*Concernant la zone d'exercice :*

La majorité des MG qui exerçait en zone mixte évoquait le coût du matériel et le fait d'avoir le statut de remplaçant en tant que frein à la réalisation des gestes gynécologiques. (p :0.028)

*Concernant le département d'exercice :*

La plupart des MG qui exerçaient en zone mixte citaient le coût du matériel en tant que frein à la réalisation des gestes gynécologiques. (p :0.047)

*Concernant le mode d'installation :*

La plupart des MG exerçant en cabinet seul évoquaient la configuration du cabinet et la gêne du MG par rapport à ces pratiques alors que les MG en cabinet de groupe ou MSP citaient la proximité du cabinet de gynécologie/SF. (p :0.003)

*Concernant la formation pédagogique :*

La majorité des MG MSU évoquait la proximité du gynécologue ou de la SF, les MG sans formation pédagogique citaient le manque de formation à ces gestes et les MG conférenciers ne déclaraient pas de frein à la pratique de ces gestes. (p<0.0001)

*Concernant la proximité du cabinet de gynécologie/SF :*

La majorité des MG proches d'un cabinet de gynécologie retrouvait cette proximité du cabinet de gynécologie/SF comme frein à la réalisation des gestes gynécologiques. (p :0.034)

La majorité des MG proches d'un cabinet de SF évoquait comme frein la proximité du cabinet de gynécologie/SF alors que ceux plus distants citaient la gêne du MG. (p :0.04)

*Concernant l'orientation des patientes et les motifs d'adressage chez le gynécologue/SF :*

La plupart des MG qui n'adressaient pas les patientes chez le gynécologue ne retrouvaient pas de frein à la réalisation des actes gynécologiques. (p<0.0001)

La plupart des MG qui adressaient leurs patientes à la SF retrouvaient comme frein la proximité du gynécologue/SF alors que ceux qui ne les orientaient pas à la SF ne retrouvaient pas de frein à la réalisation des gestes gynécologiques. (p :0.003)

La majorité des MG qui orientait les patientes pour la réalisation d'un examen avec spéculum déclarait présenter une gêne à réaliser ces gestes gynécologiques alors que ceux qui ne les adressaient pas ne retrouvaient pas de d'obstacle à la réalisation de ces gestes. (p<0.0001)

*Concernant la formation personnelle en gestes techniques gynécologiques :*

La majorité des MG qui a réalisé des formations pratiques en gynécologie évoquait comme frein la proximité du cabinet de gynécologie/SF ; les MG qui ont réalisé le DU de Gynécologie ou qui travaillaient en PMI ne retrouvaient pas de frein à la réalisation de ces gestes et enfin ceux qui ne souhaitaient pas se former dans ce domaine citaient le désintérêt pour le domaine de la gynécologie. (p :0.004)

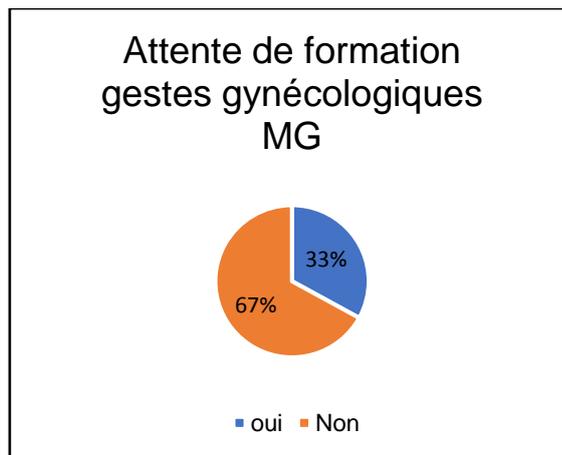
*Concernant la patientèle des MG :*

La plupart des MG qui avaient une patientèle féminine de plus de 75% de leur patientèle totale ne trouvaient pas de frein à la réalisation des gestes gynécologiques de l'étude. (p :0.019)

De plus, la majorité des MG qui avait une patientèle féminine âgée entre 25 et 50 ans ne trouvait pas de frein à la réalisation des gestes gynécologiques et ceux qui avaient une patientèle féminine supérieure à 65 ans se désintéressaient de la pratique de ces gestes. (p :0.015)

e) Attente de formations en gestes gynécologiques pour les MG

60 MG souhaitaient une formation complémentaire en gestes techniques gynécologiques. A contrario, 124 MG ne voulaient pas de formation complémentaire.



**Résultats détaillés (selon les facteurs étudiés)**

*Concernant le sexe :*

La majorité des MG femmes de l'étude souhaiterait une formation complémentaire en gestes gynécologiques alors que les MG homme n'étaient pas intéressés. (p<0.0001)

*Concernant l'âge :*

La plupart des jeunes MG auraient souhaité une formation complémentaire en gestes gynécologiques alors que les MG de plus de 50 ans n'étaient pas intéressés. (p<0.0001)

*Concernant le statut professionnel :*

La majorité des MG installés n'aurait pas souhaité de formation complémentaire en gestes gynécologiques alors que les MG remplaçants étaient intéressés. (p<0.0001)

*Concernant la réalisation de l'internat en MG (selon la réforme de 2004) :*

La plupart des MG qui ont passé l'internat auraient souhaité une formation complémentaire en gestes gynécologique alors que ceux ne l'ayant pas passé n'en voulaient pas. ( $p < 0.0001$ )

*Concernant l'expérience professionnelle des MG en cabinet :*

La majorité des MG qui avait peu d'expérience en cabinet aurait souhaité avoir une formation complémentaire en gestes gynécologiques. ( $p < 0.0001$ )

*Concernant la zone d'exercice des MG :*

La plupart des MG qui travaillaient en milieu urbain et mixte auraient souhaité une formation complémentaire en gestes gynécologiques. ( $p : 0.003$ )

*Concernant le département d'exercice des MG :*

La majorité des MG, que ce soit dans le Nord ou le Pas-de Calais, ne souhaitaient pas de formation complémentaire en gestes gynécologiques ( $p : 0.001$ )

*Concernant le mode d'installation des MG :*

La plupart des MG qui travaillaient en cabinet seul auraient souhaité avoir une formation complémentaire en gestes gynécologiques. ( $p : 0.013$ )

*Concernant la formation pédagogique du MG :*

La majorité des MG qui était MSU ne souhaitait pas de formation complémentaire en gestes gynécologiques alors que les MG sans formation pédagogique le voulaient. ( $p < 0.0001$ )

*Concernant l'orientation des patientes et les motifs d'adressage chez le gynécologue/SF :*

La plupart des MG qui adressaient leurs patientes au gynécologue auraient souhaité une formation complémentaire en gestes gynécologiques alors que les MG qui ne les adressaient pas au gynécologue n'en voulaient pas. ( $p : 0.02$ )

La majorité des MG qui adressait les patientes pour retrait de DIU ou réalisation de PV aurait souhaité une formation complémentaire en gestes gynécologiques. ( $p : 0.04$ )

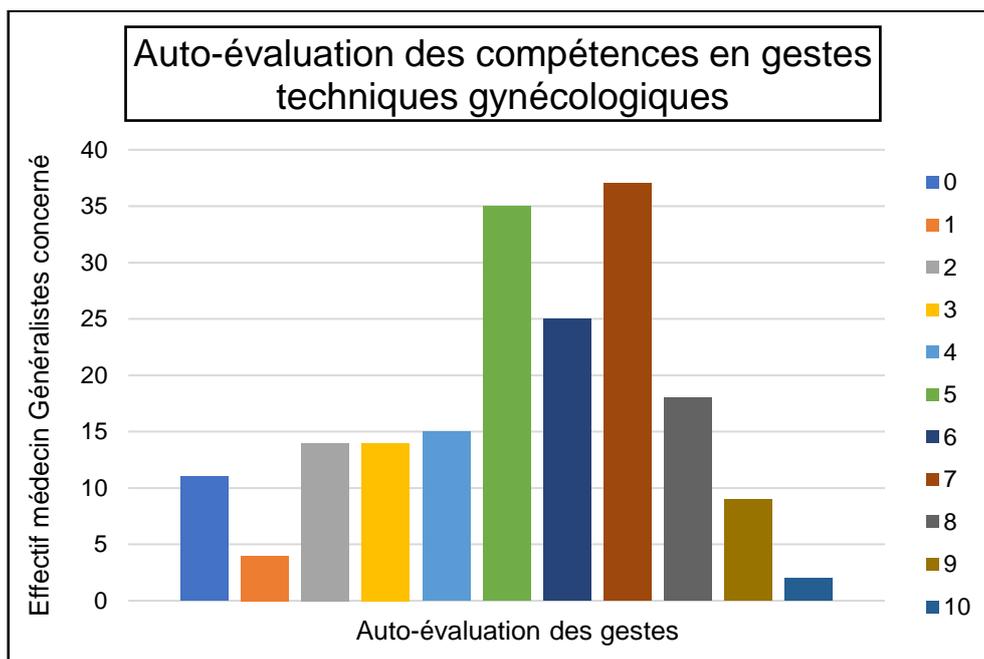
*Concernant la formation personnelle en gestes techniques gynécologiques :*

La majorité des MG qui avait déjà eu des formations pratiques en gestes gynécologiques ou les MG qui n'avaient eu aucune formation personnelle auraient souhaité une formation complémentaire en gestes gynécologiques. (p :0.037)

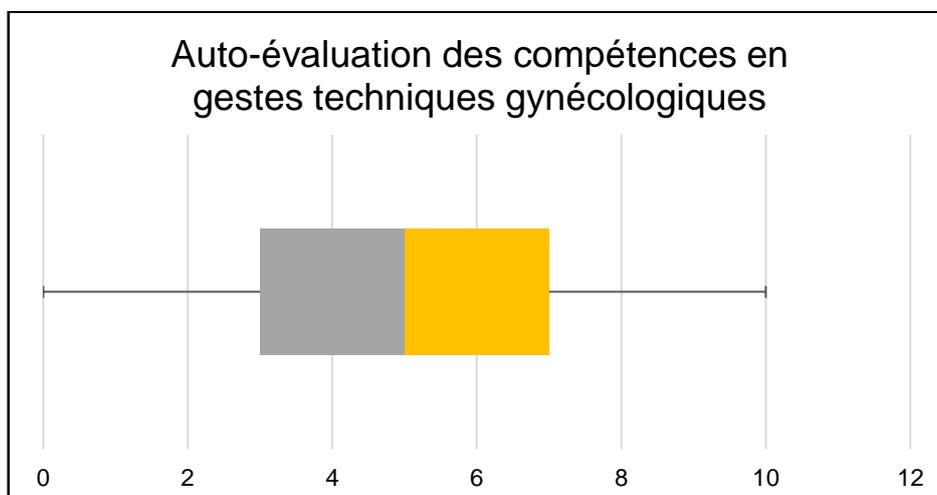
f) Autoévaluation des compétences en gestes techniques gynécologiques

L'autoévaluation a été réalisée sur une échelle de 0 à 10 où le 0 correspond à l'absence de compétences en gestes techniques gynécologiques et le 10 correspond à une parfaite maîtrise de ces gestes.

- 2 MG disaient avoir une parfaite maîtrise de ces gestes.
- 9 MG évaluaient leurs compétences à 9/10.
- 18 MG pensaient avoir ces compétences à hauteur de 8/10.
- 37 MG évaluaient leurs compétences à 7/10.
- 25 MG disaient avoir acquis ces gestes à hauteur de 6/10.
- 35 MG s'autoévaluaient en gestes gynécologiques avec une note de 5/10.
- 15 MG pensaient avoir ces compétences à hauteur de 4/10.
- 14 MG évaluaient leurs compétences à 3/10.
- 14 MG disaient avoir acquis ces gestes à hauteur de 2/10.
- 4 MG s'autoévaluaient en gestes gynécologiques avec une note de 1/10.
- 11 MG pensaient avoir aucune compétence dans ce domaine.



La note moyenne concernant l'autoévaluation des compétences des MG de l'étude en gestes gynécologiques était à 5.125/10. La note médiane concernant l'effectif de MG de l'étude était à 5/10.



g) Place du Médecin Généraliste dans la réalisation des gestes techniques gynécologiques

*(Liste décroissante des réponses libres des MG de l'étude, avec effectifs)*

<b>1. Rôle prépondérant du Médecin Généraliste (54)</b>
2. Diminution de l'effectif de Gynécologues (26)
3. Optimisme sur le rôle du MG (23)
4. Rôle des Sages-Femmes et/ou Gynécologues (12)
5. Fonction de la zone d'exercice (12)
6. Rôle du genre (11)
7. Indécision sur la question/Médecin non impliqué dans ce domaine (11)
8. Absence de rôle du MG dans ce domaine (11)
9. Nécessité d'une formation médicale (Universitaire et Post-Universitaire) (11)
10. Gestes techniques chronophages ou mal rémunérés (10)
11. Exclusivité de certains gestes gynécologiques (10)
12. Coordination interprofessionnelle (5)
13. Intérêt de la « spécialisation » du MG dans ce domaine (3)
14. Nécessité en cas d'urgence (2)
15. Statut du Remplaçant (1)
16. Vaincre la réticence ou les habitudes des patientes (1)

1. *Les notions de premier recours, Rôle sur le plan de la prévention, de l'information, de la mise en confiance des patientes et du suivi de « base » sont mises en avant.*
5. *Transfert d'activité des Gynécologues vers les Sages-Femmes car augmentation de l'effectif de Sages-Femmes libérales et professionnel de santé plus légitime dans ce domaine.*
6. *Le médecin généraliste serait plus concerné par les gestes gynécologiques en zone rurale et déserts médicaux car plus isolé. Inversement, il le serait moins en zone urbaine au vu de la proximité d'autres professionnels de santé.*
7. *Frein à la réalisation des gestes gynécologiques chez les MG de sexe masculin ainsi qu'une féminisation de la profession de MG. Cette féminisation pourrait, à terme, aboutir à une augmentation de la réalisation des gestes techniques gynécologiques par les MG.*
8. *Nécessité de former les MG à la pose et au retrait du DIU, de l'implant hormonal, la formation en gestes techniques sur des mannequins, améliorer le stage d'internat en Gynécologie.*
9. *Activité en cabinet de MG trop importante et en recrudescence, rendant ainsi compliquée la réalisation de ces gestes techniques.*
10. *Les gestes les plus communément cités dans l'optique de leur réalisation au cabinet de MG sont le FCV, la pose et le retrait d'implant.*

## **II) Résultats questionnaire « patientes » - Caractéristiques de l'échantillon**

### **a) Population étudiée**

Il n'y a pas de taux de réponse car le questionnaire a été affiché aléatoirement dans plusieurs laboratoires du département du Nord et du Pas de Calais, sans liste d'envoi préalable.

Au total, 173 patientes ont répondu au questionnaire. 10 questionnaires étaient ininterprétables à cause de la présence d'un doublon ou suite à un problème

d'affichage lors du remplissage du questionnaire via smartphone, soit 5.8% de l'effectif de recueil initial. L'effectif final pour l'analyse était donc à 163 patientes.

Dans l'ensemble, la moyenne d'âge des répondantes était à 38.2 ans et la médiane à 37.5ans.

Dans le Nord, la moyenne d'âge était à 37.6 ans et la médiane à 37.5 ans. Dans le Pas de Calais, la moyenne d'âge était à 42.1 ans et la médiane à 37.5 ans.

Cette population était représentative de la population féminine française en 2018. (10)

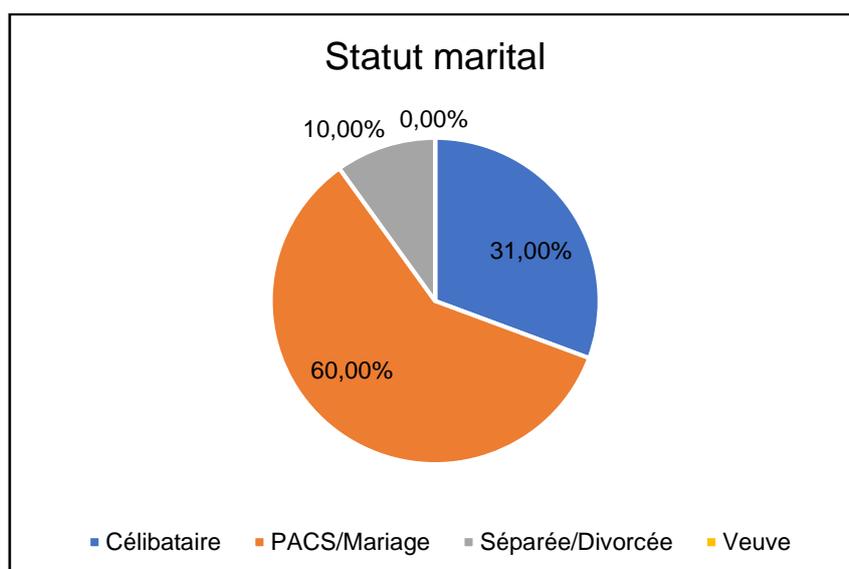
#### b) Caractéristiques des patientes

##### ➤ Age

25 patientes avaient un âge inférieur à 25 ans. 118 patientes avaient un âge situé entre 25 et 50 ans. 14 patientes avaient un âge entre 51 et 65 ans. 6 patientes avaient un âge supérieur à 65 ans.

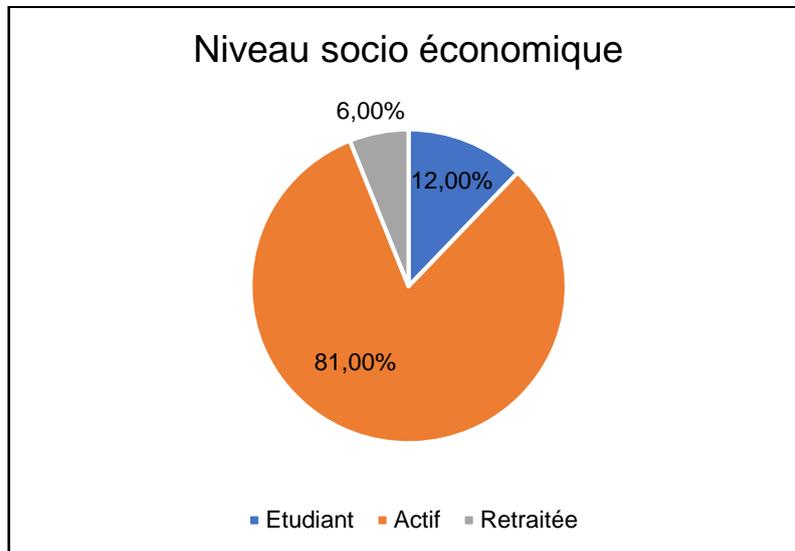
##### ➤ Etat matrimonial

97 patientes étaient pacsées ou mariées. 50 patientes se considéraient comme étant célibataires. 16 patientes étaient séparées/divorcées. Enfin, aucune patiente de l'étude n'était veuve.



➤ Niveau socio-économique :

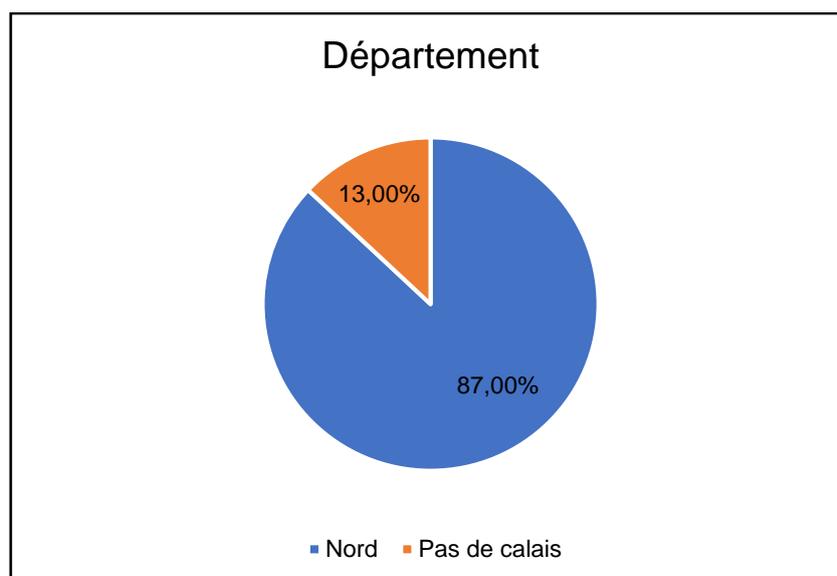
135 participantes à l'étude étaient dans la vie active. 19 patientes étaient étudiantes. Enfin, 9 patientes étaient retraitées.



➤ Département de domiciliation

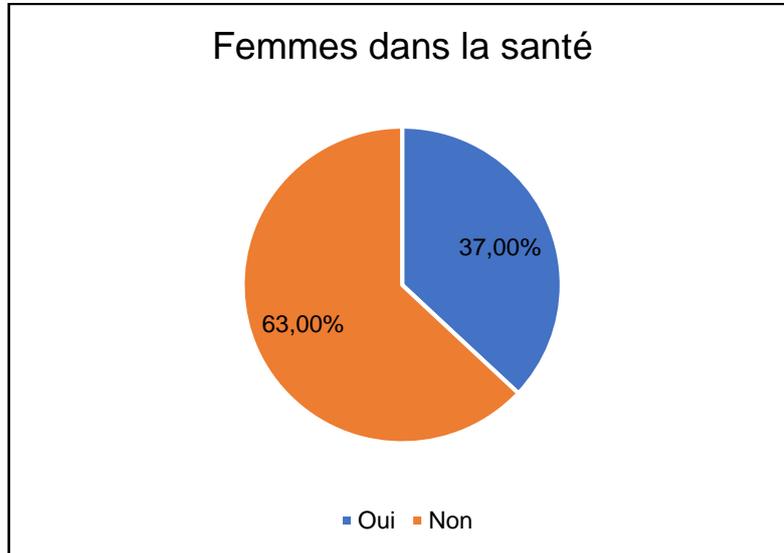
141 patientes de l'étude étaient domiciliées dans le département du Nord. 22 patientes étaient domiciliées dans le Pas de Calais.

Il y avait donc une nette majorité de participantes provenant du Nord. Cette différence est présente dans la répartition de la population de patientes du Nord et Pas de Calais selon le relevé de 2018 mais est plus marquée dans notre étude.



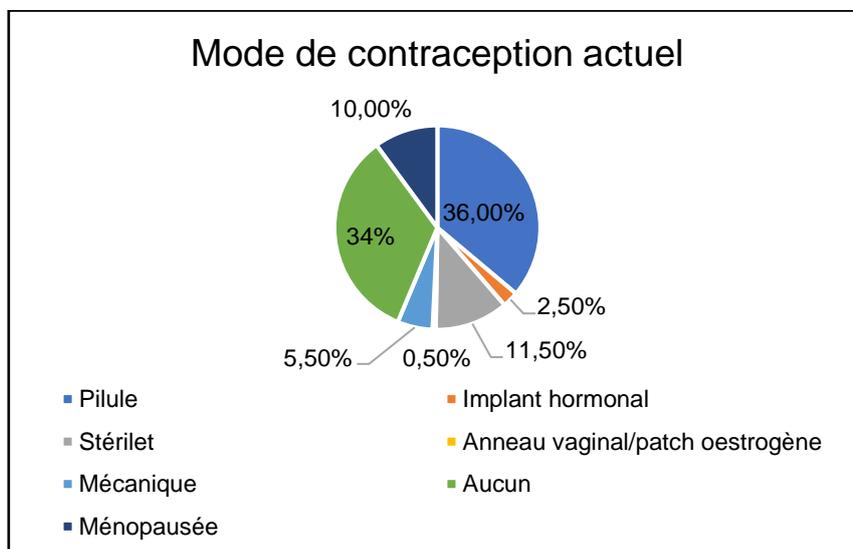
➤ Proportion de la population travaillant dans la santé

61 participantes à l'étude travaillaient dans le milieu de la santé. 102 patientes travaillaient dans un autre secteur. Les autres secteurs professionnels n'ont pas été détaillés dans l'étude.



➤ Mode de contraception actuel

58 patientes déclaraient avoir pour mode de contraception la pilule. 55 patientes disaient ne pas avoir de mode de contraception. 19 participantes à l'étude étaient porteuses d'un DIU. 17 patientes n'étaient pas concernées par la contraception car ménopausées. 9 patientes utilisaient la méthode mécanique pour pallier le risque contraceptif. 4 patientes étaient porteuses d'un implant. Enfin, 1 patiente utilisait un anneau vaginal ou un patch à œstrogènes.

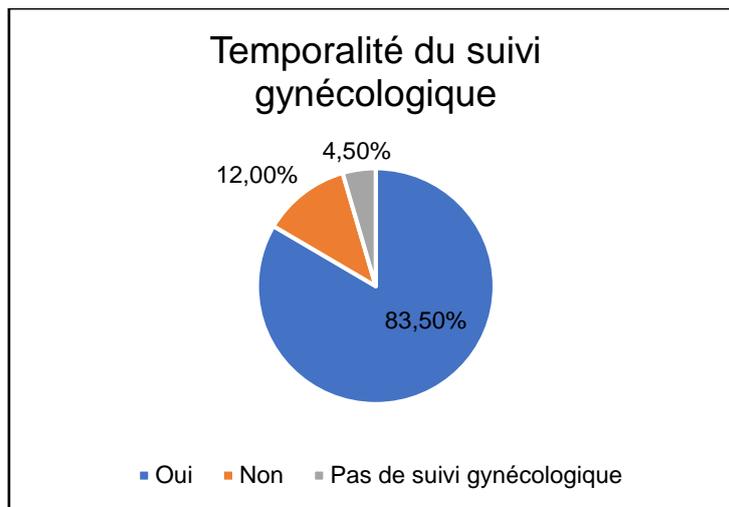


c) Le suivi gynécologique

➤ Temporalité du suivi gynécologique

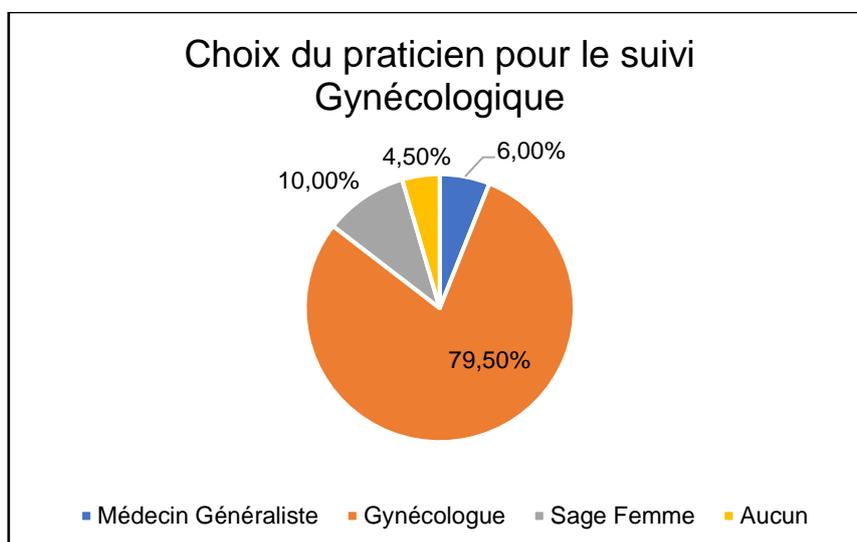
Le suivi gynécologique régulier est défini dans l'étude comme un suivi au moins annuel, selon l'HAS, qu'il soit effectué par un gynécologue, un MG ou une SF.

136 femmes déclaraient avoir un suivi gynécologique régulier. 20 femmes disaient avoir un suivi gynécologique non régulier. Enfin, 7 femmes de l'étude n'avaient pas de suivi gynécologique.



➤ Choix du praticien pour ce suivi

130 femmes de l'étude avaient un suivi gynécologique avec leur gynécologue. Ensuite, 16 femmes étaient suivies par une SF. 10 femmes disaient avoir un suivi gynécologique avec leur médecin généraliste. Enfin, 7 femmes disaient ne pas avoir de suivi gynécologique.



➤ Modalités du suivi gynécologique

L'acte technique gynécologique partagé par le plus grand nombre de femmes de l'étude était le FCU avec 146 réponses positives. Ensuite, 127 femmes disaient avoir eu au moins un examen avec spéculum. 105 femmes déclaraient avoir eu au moins un PV. 56 femmes disaient avoir eu au moins un DIU. 11 femmes déclaraient avoir eu au moins un implant. Enfin, 6 femmes de l'étude n'ont eu aucun acte technique gynécologique de l'étude.

d) Les gestes techniques gynécologiques

➤ Le Frottis Cervico-Utérin

**Résultats généraux**

Appréhension avant le geste

68 femmes de l'étude avaient peu d'appréhension concernant la réalisation du FCU. 57 patientes de l'étude étaient moyennement craintives concernant la réalisation de ce geste. 21 femme de l'étude avait une forte appréhension concernant la réalisation de ce geste. Enfin, 17 patientes disaient ne jamais avoir eu de FCU.

Etat de stress pendant le geste

66 femmes de l'étude étaient peu stressées pendant la réalisation de leur(s) FCU. 57 patientes étaient modérément stressées pendant la réalisation de leur(s) FCU. 23 femmes de l'étude étaient très angoissées pendant leur(s) FCU. Enfin, 17 patientes disaient ne jamais avoir eu de FCU.

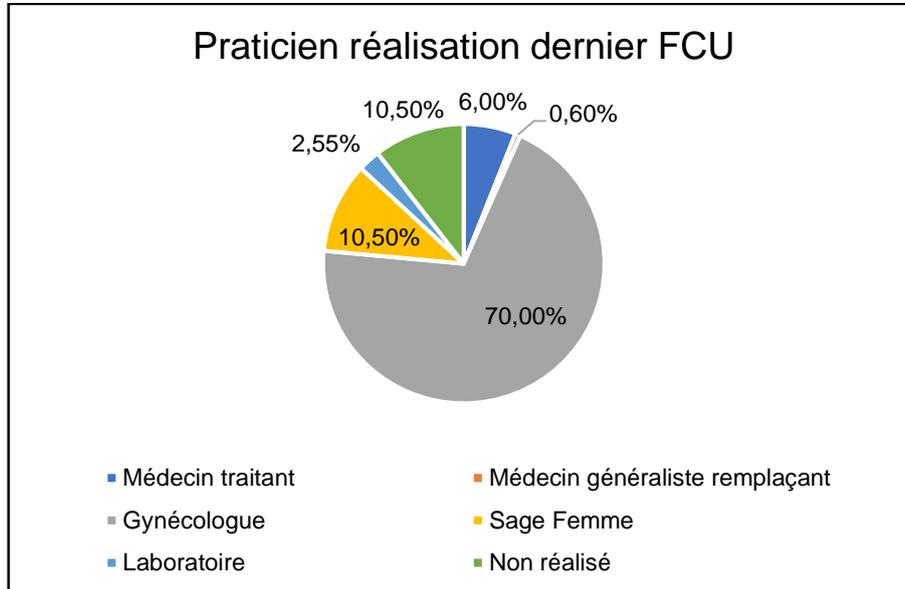
Vécu du geste

27 femmes de l'étude avaient un mauvais ressenti concernant leur(s) FCU. 59 patientes avaient un avis global mitigé concernant leur(s) FCU. 60 patientes de l'étude avaient un très bon ressenti concernant leur(s) FCU. Enfin, 17 patientes disaient ne jamais avoir eu de FCU.

Praticien choisi pour le dernier FCU

10 Femmes de l'étude sont allées chez leur médecin traitant pour réaliser leur dernier FCU. Une femme a fait réaliser son dernier FCU par le MG Remplaçant. 115 patientes

disaient avoir réalisé leur dernier FCU chez le Gynécologue. 17 patientes se sont rendues chez leur SF pour leur dernier FCU. 4 Femmes sont allées au laboratoire pour faire effectuer ce geste. Enfin, 17 patientes n'avaient jamais eu ce geste gynécologique.



### **Résultats selon les facteurs étudiés**

*Concernant l'âge :*

#### Stress pendant le geste

La plupart des patientes qui étaient âgées entre 25 et 50 ans déclaraient un niveau de stress intermédiaire pendant la réalisation du FCU alors que celles de plus de 65 ans disaient ne pas en avoir eu. (p :0.043)

#### Vécu du geste

La majorité des patientes âgées entre 25 et 50 ans estimait avoir un vécu positif de la réalisation du FCU. (p :0.006)

#### Choix du praticien pour le dernier FCU

Dans l'étude, la plupart des patientes de moins de 25 ans n'ont jamais eu de FCU. De plus, celles entre 25 et 50 ans sont allées chez le gynécologue pour leur dernier FCU. (p :0.045)

*Concernant l'état matrimonial :*

Appréhension avant le FCU

La majorité des patientes pacées/mariées avait un niveau d'appréhension faible avant la réalisation du FCU alors que celles séparées/divorcées avaient une forte appréhension. (p :0.037)

Stress pendant le FCU

La plupart des patientes pacées/mariées étaient moins stressées pendant la réalisation de leur FCU. (p :0.015)

Choix du praticien pour le dernier FCU

La majorité des patientes pacées/mariées est allée chez la SF pour leur dernier FCU, celles séparées/divorcées sont allées chez le gynécologue pour ce motif et la plupart des femmes célibataires de l'étude n'ont jamais eu de FCU. (p :0.041)

*Concernant le niveau socio-économique :*

Appréhension avant le FCU

La majorité des patientes actives sur le plan socio-économique avait un niveau d'appréhension mitigé avant la réalisation du FCU. (p :0.015)

Stress pendant le FCU

La plupart des patientes actives sur le plan socio-économique avaient un niveau de stress mitigé pendant la réalisation du FCU. (p :0.049)

Choix du praticien pour le dernier FCU

La plupart des patientes actives sur le plan socio-économique ont effectué leur dernier FCU chez le gynécologue alors que la plupart des patientes étudiantes de l'étude n'ont jamais eu de FCU. (p :0.0002)

*Concernant le département :*

Stress pendant le FCU

La plupart des patientes provenant du Nord avaient un niveau de stress plus élevé pendant la réalisation du FCU. (p :0.046)

*Concernant le mode de contraception actuel :*

Appréhension du FCU

La majorité des patientes qui était sous DIU avait moins d'appréhension du geste. (p :0.014)

Stress pendant le FCU

Les patientes qui étaient sous DIU avaient un niveau de stress moins élevé par rapport à la réalisation du geste. (p :0.046)

Choix du praticien pour le dernier FCU

La majorité des patientes qui était sous DIU choisissait de faire réaliser le dernier FCU par leur médecin traitant. (p :0.018)

*Concernant la temporalité du suivi gynécologique :*

Etat de stress pendant le geste

L'état de stress des patientes pendant la réalisation du FCU était plus faible quand leur suivi gynécologique était régulier. (p :0.003)

Choix du praticien pour le dernier FCU

La majorité des patientes qui avait un suivi gynécologique régulier a fait réaliser le dernier FCU par le gynécologue. De plus, la plupart des femmes n'ayant pas de suivi gynécologique n'avaient jamais eu de FCU. (p :0.002)

*Concernant le choix du praticien pour le suivi gynécologique :*

Choix du praticien pour le dernier FCU

La plupart des patientes de l'étude qui avaient un suivi gynécologique par le médecin traitant, le gynécologue ou la SF ont fait réaliser leur dernier FCU respectivement par le même praticien que le suivi. (p :0.002)

*Concernant les différents actes techniques gynécologiques :*

Appréhension du geste

Les patientes qui avaient déjà eu un DIU avaient un faible niveau d'appréhension concernant la réalisation du FCU. (p :0.046)

### Stress pendant le geste

Une majorité des patientes qui avait déjà eu un implant n'avait pas réalisé de FCU.  
(p :0.039)

#### ➤ Le Dispositif Intra-Utérin

### Pose de DIU

## **Résultats généraux**

### Appréhension avant le geste

14 femmes de l'étude avaient peu d'appréhension concernant la pose de DIU. 24 patientes de l'étude étaient moyennement craintives concernant la réalisation de ce geste. 19 femmes de l'étude avaient une forte appréhension concernant la réalisation de ce geste. 106 patientes disaient ne jamais avoir eu de pose de DIU.

### Etat de stress pendant le geste

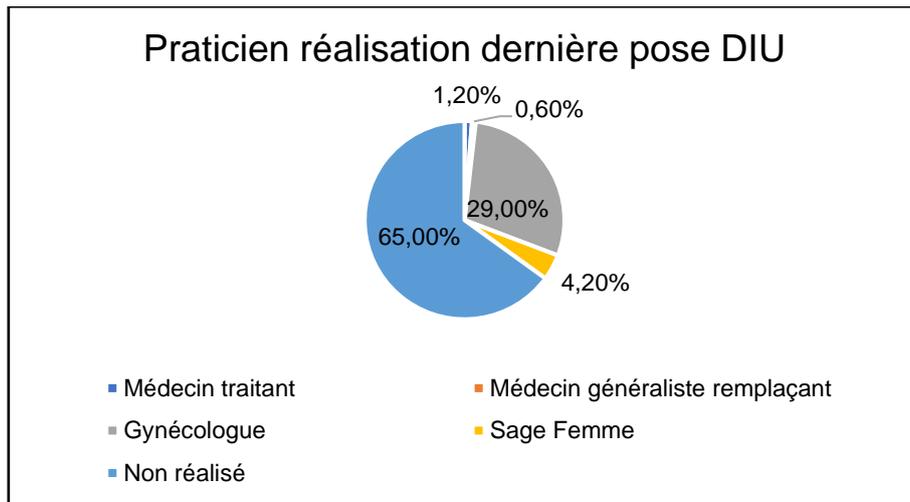
11 femmes de l'étude étaient peu stressées pendant concernant la pose de DIU. 25 patientes étaient modérément stressées pendant la pose de DIU. 21 femmes de l'étude étaient très angoissées pendant la pose de DIU. 106 patientes disaient ne jamais avoir eu de pose de DIU.

### Vécu du geste

16 femmes de l'étude avaient un mauvais ressenti concernant la pose de DIU. 20 patientes avaient un avis global mitigé concernant la pose de DIU. 21 patientes de l'étude avaient un très bon ressenti concernant la pose de DIU. 106 patientes disaient ne jamais avoir eu de DIU.

### Choix du praticien pour la dernière pose de DIU

2 femmes de l'étude sont allées chez leur médecin traitant pour faire réaliser leur dernière pose de DIU. 1 femme a fait réaliser sa dernière pose de DIU par le MG remplaçant. 47 patientes disaient avoir fait réaliser leur dernière pose de DIU chez le gynécologue. 7 patientes se sont rendues chez leur SF pour leur dernière pose de DIU. 106 patientes n'avaient jamais eu de pose de DIU.



### Résultats selon les facteurs étudiés

*Concernant l'âge :*

#### Appréhension du geste

La plupart des patientes de moins de 25 ans n'avaient jamais eu de pose de DIU. (p :0.011)

#### Vécu du geste

La plupart des patientes de 25 à 50 ans avaient un vécu mitigé concernant la pose du DIU. (p :0.046)

*Concernant l'état matrimonial :*

#### Stress pendant le geste

Les patientes séparées/divorcées avaient un niveau de stress plus élevé pendant la pose de DIU. (p :0.008)

#### Vécu du geste

Les patientes séparées/divorcées avaient un vécu mitigé de la pose de DIU. (p :0.03)

#### Choix du praticien pour la dernière pose de DIU

La majorité des femmes divorcées/séparées de l'étude a fait réaliser sa dernière pose de DIU par le gynécologue. (p :0.001)

*Concernant le niveau socio-économique :*

Appréhension du geste

La plupart des patientes actives sur le plan économique avaient une appréhension plus élevée du geste. (p :0.046)

Vécu du geste

La plupart des patientes actives sur le plan économique avaient un vécu mitigé du geste. (p :0.026)

Choix du praticien pour la dernière pose de DIU

La plupart des patientes étudiantes ont fait réaliser leur dernière pose de DIU chez leur médecin traitant. (p :0.013)

*Concernant le département de domiciliation :*

Vécu du geste

La majorité des patientes provenant du Pas-de-Calais avait un vécu plus mitigé par rapport à la pose du DIU. (p :0.017)

*Concernant le mode de contraception actuel :*

Choix du praticien pour la dernière pose de DIU

La plupart des patientes qui étaient sous DIU ont aussi bien confié la dernière pose de DIU au médecin traitant qu'un gynécologue ou à la SF mais pas au MG remplaçant. (p :0.035)

*Concernant la temporalité du suivi gynécologique :*

Choix du praticien pour la dernière pose de DIU

La majorité des patientes qui avait un suivi régulier a confié la dernière pose de DIU au gynécologue. Celles qui n'avaient pas de suivi gynécologique régulier n'ont jamais eu de pose de DIU. (p :0.043)

*Concernant les différents actes techniques gynécologiques :*

#### Choix du praticien pour la dernière pose de DIU

La plupart des patientes de l'étude qui ont eu au moins un FCU n'ont jamais eu de pose de DIU. La majorité des patientes qui ont déjà été sous DIU ont fait poser leur dernier DIU par le gynécologue. (p :0.033)

#### Retrait de DIU

##### **Résultats généraux**

#### Appréhension avant le geste

10 femmes de l'étude avaient peu d'appréhension concernant le retrait de DIU. 19 patientes de l'étude étaient moyennement craintives concernant la réalisation de ce geste. 16 femmes de l'étude avaient une forte appréhension concernant la réalisation de ce geste. 118 patientes disaient ne jamais avoir eu de retrait de DIU.

#### Etat de stress pendant le geste

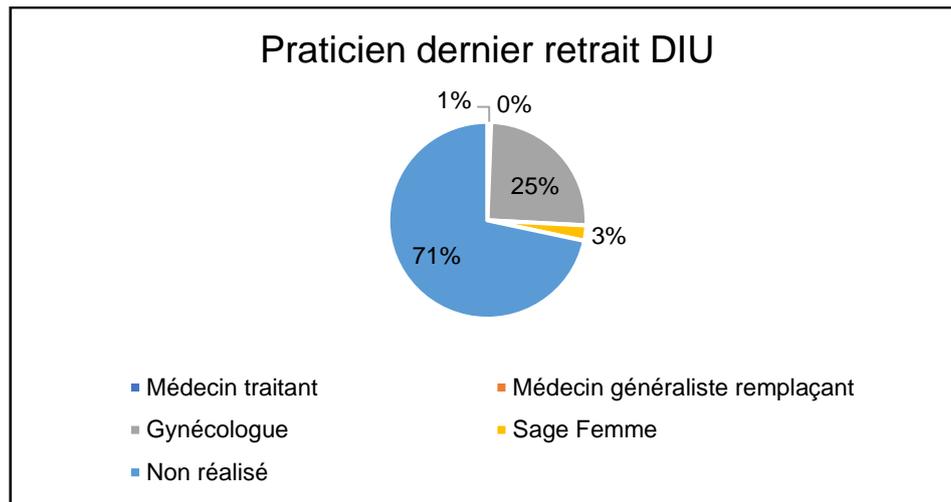
11 patientes étaient peu stressées pendant la réalisation du retrait du DIU. 17 femmes étaient modérément stressées pendant la réalisation du retrait du DIU. 17 femmes de l'étude étaient très angoissées pendant le retrait de DIU. 118 patientes disaient ne jamais avoir eu de retrait de DIU.

#### Vécu du geste

7 femmes de l'étude avaient un mauvais ressenti concernant le retrait de DIU. 12 patientes avaient un avis global mitigé concernant le retrait de DIU. 26 patientes de l'étude avaient un très bon ressenti concernant ce geste. 118 patientes disaient ne jamais avoir eu de retrait de DIU.

#### Choix du praticien pour le dernier retrait de DIU

Une femme de l'étude est allée chez leur médecin traitant pour réaliser son dernier retrait de DIU. 41 patientes disaient avoir retiré leur dernier DIU chez le gynécologue. 3 patientes se sont rendues chez leur SF pour leur dernier retrait de DIU. 118 patientes n'ont jamais eu de retrait de DIU.



### Résultats les facteurs étudiés

#### *Concernant l'âge :*

La plupart des patientes de moins de 25 ans n'ont jamais eu de retrait de DIU. (p :0.003)

#### *Concernant l'état matrimonial :*

##### Appréhension du geste

La majorité patientes séparées/divorcées avait une appréhension modérée concernant le retrait de DIU. (p :0.024)

##### Stress pendant le geste

La plupart des patientes séparées/divorcées avaient un niveau de stress modéré concernant le retrait de DIU. (p :0.014)

##### Choix du praticien pour le dernier retrait de DIU

La majorité des femmes séparées/divorcées a fait réaliser le dernier retrait de DIU par un gynécologue. (p :0.005)

#### *Concernant le niveau socio-économique :*

##### Niveau de stress pendant le geste

La plupart des patientes qui avaient un niveau socio-économique élevé avaient un niveau de stress élevé pendant le geste. (p :0.046)

### Choix du praticien pour le dernier retrait de DIU

La plupart des patientes étudiantes avaient moins de retrait de DIU. (p :0.020)

*Concernant le choix du praticien pour le suivi gynécologique :*

### Appréhension avant le geste

La majorité des patientes suivies par un gynécologue avait une forte appréhension concernant le retrait du DIU. (p :0.044)

### Stress pendant le geste

La plupart des patientes suivies par un gynécologue avaient un niveau de stress modéré concernant le retrait du DIU. (p :0.025)

### Choix du praticien pour le dernier retrait de DIU

La plupart des patientes qui avaient leur suivi gynécologique par un gynécologue ont eu leur dernier retrait de DIU par un gynécologue. (p :0.0001)

*Concernant les différents actes techniques gynécologiques :*

### Choix du praticien pour le dernier retrait de DIU

La majorité des patientes qui avait déjà eu au moins un DIU avait eu leur dernier retrait de DIU par leur gynécologue. (p<0.0001)

#### ➤ L'implant hormonal sous-cutané

### Pose d'implant hormonal

## **Résultats généraux**

### Appréhension avant le geste

7 femmes de l'étude avaient peu d'appréhension concernant la pose d'implant. 5 patientes de l'étude étaient moyennement craintives concernant la réalisation de ce geste. 4 femmes de l'étude avaient une forte appréhension concernant la réalisation de ce geste. 147 patientes disaient ne jamais avoir eu de pose d'implant.

### Etat de stress pendant le geste

7 patientes de l'étude étaient peu stressées pendant la réalisation de la pose d'implant. 8 femmes étaient modérément stressées pendant la réalisation de la pose d'implant.

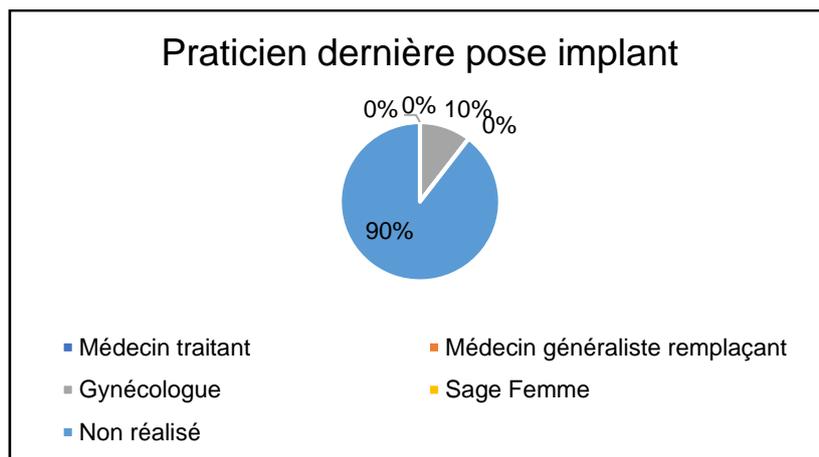
Une femme de l'étude était très angoissée pendant la pose d'implant. 147 patientes disent ne jamais avoir eu de pose d'implant.

### Vécu du geste

6 femmes de l'étude avaient un mauvais ressenti concernant la pose d'implant sous-cutané. 5 patientes avaient un avis global mitigé concernant ce geste. 5 patientes de l'étude ont un très bon ressenti concernant ce geste. 147 patientes disaient ne jamais avoir eu de pose d'implant.

### Choix du praticien pour la dernière pose d'implant sous-cutané

Aucune femme de l'étude n'est allée voir son médecin traitant, le MG remplaçant ou la SF pour réaliser sa dernière pose d'implant. 16 patientes disaient avoir réalisé leur dernière pose d'implant chez le gynécologue. 147 patientes n'avaient jamais réalisé ce geste gynécologique.



### **Résultats selon les facteurs étudiés**

*Concernant le mode de contraception :*

#### Appréhension du geste

La majorité des patientes sous implant avait une appréhension modérée par rapport à la pose d'implant alors que les patientes sous contraception mécanique avaient une faible appréhension du geste. (p :0.037)

#### Stress pendant le geste

La plupart des patientes sous implant avaient un niveau de stress modérée par rapport à la réalisation du geste. (p<0.0001)

*Concernant les différents actes techniques gynécologiques :*

La majorité des patientes qui a eu un FCU ou un examen avec spéculum n'a pas eu de pose d'implant. ( $p : 0.031$ )

### Retrait d'implant hormonal

#### **Résultats généraux**

##### Appréhension avant le geste

6 femmes de l'étude avaient peu d'appréhension concernant le retrait d'implant. 4 patientes de l'étude étaient moyennement craintives concernant la réalisation de ce geste. 4 femmes de l'étude avaient une forte appréhension concernant la réalisation de ce geste. 149 patientes disaient ne jamais avoir eu de retrait d'implant.

##### Etat de stress pendant le geste

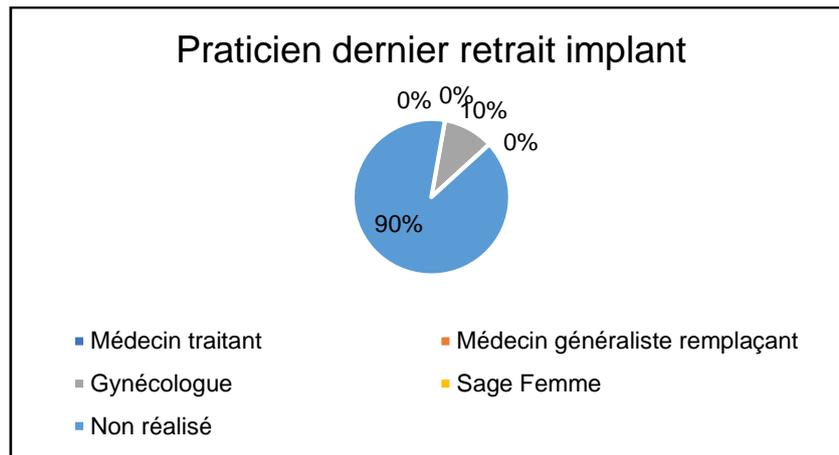
5 patientes étaient peu stressées pendant la réalisation du retrait d'implant. 9 femmes étaient modérément stressées pendant la réalisation de ce geste. Aucune femme de l'étude n'était très angoissée pendant la réalisation du retrait d'implant. 149 patientes disaient ne jamais avoir eu de retrait d'implant.

##### Vécu du geste

7 femmes de l'étude avaient un mauvais ressenti concernant le retrait d'implant. 2 patientes avaient un avis global mitigé concernant ce geste. 5 patientes de l'étude avaient un très bon ressenti concernant le retrait d'implant sous-cutané. 149 patientes disaient ne jamais avoir eu de retrait d'implant.

##### Choix du praticien pour le dernier retrait d'implant sous-cutané

Aucune femme de l'étude n'est allée voir son médecin traitant, le MG remplaçant ou la SF pour réaliser son dernier retrait d'implant. 14 patientes disaient avoir réalisé leur dernier chez le gynécologue. 149 patientes n'avaient jamais eu ce geste gynécologique.



## Résultats selon les facteurs étudiés

*Concernant le statut matrimonial :*

### Appréhension du geste

Les patientes pacées/mariées avaient un niveau d'appréhension faible concernant le retrait d'implant. (p :0.042)

### Vécu du geste

Les patientes séparées/divorcées avaient mauvais vécu du retrait d'implant. (p :0.027)

*Concernant le mode de contraception actuel :*

### Vécu du geste

Les femmes qui étaient sous implant avaient un très bon vécu de ce geste. (p :0.004)

### ➤ Le prélèvement vaginal

## Résultats généraux

### Appréhension avant le geste

57 femmes de l'étude avaient peu d'appréhension concernant la réalisation du PV. 38 patientes de l'étude étaient moyennement craintives concernant la réalisation de ce geste. 16 femmes de l'étude avaient une forte appréhension concernant la réalisation de ce geste. 52 patientes disaient ne jamais avoir eu de PV.

### Etat de stress pendant le geste

57 patientes étaient peu stressées pendant la réalisation du PV. 38 femmes étaient modérément stressées pendant la réalisation de ce geste. 16 femmes de l'étude

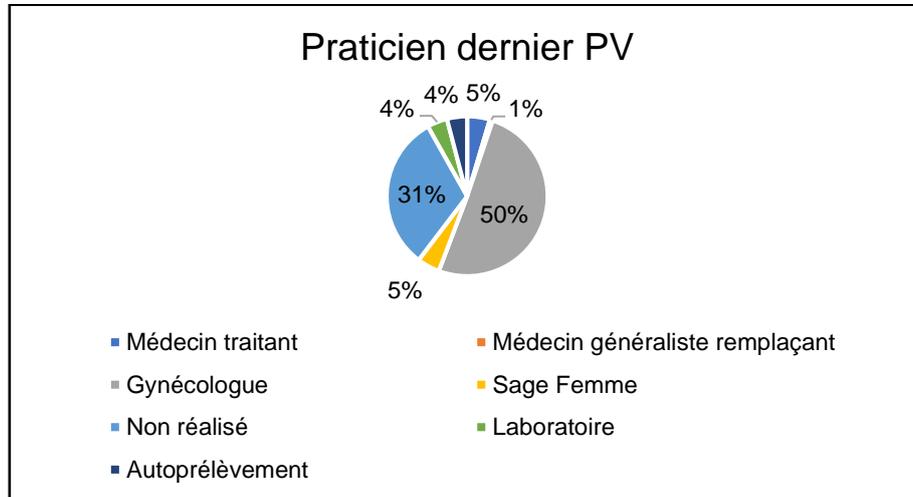
étaient très angoissées pendant la réalisation ce geste. 52 patientes disaient ne jamais avoir eu de prélèvement vaginal.

### Vécu du geste

26 femmes de l'étude avaient un mauvais ressenti concernant la réalisation du prélèvement vaginal. 38 patientes avaient un avis global mitigé concernant la réalisation de ce geste. 47 patientes de l'étude avaient un très bon ressenti concernant la réalisation de ce geste. 52 patientes disaient ne jamais avoir eu de prélèvement vaginal.

### Choix du praticien pour le dernier PV

7 femmes de l'étude sont allées chez leur médecin traitant pour réaliser leur dernier PV. Une femme a fait réaliser son dernier PV par le MG remplaçant. 82 patientes disaient avoir réalisé leur dernier PV chez le gynécologue. 7 patientes se sont rendues chez leur SF pour leur dernier PV. 7 femmes ont réalisé l'auto-prélèvement pour leur dernier prélèvement vaginal. 7 femmes sont allées au laboratoire pour faire effectuer ce geste. 52 patientes n'avaient jamais réalisé ce geste gynécologique.



### **Résultats selon les facteurs étudiés**

*Concernant l'âge :*

#### Appréhension du geste

La plupart des femmes de moins de 25 ans n'avaient jamais fait réaliser de PV. (p :0.002)

Vécu du geste

La plupart des femmes de plus de 65 ans avaient un vécu mitigé du PV. (p :0.027)

*Concernant l'état matrimonial :*

Appréhension du geste

La majorité des femmes pacsées/mariées avait peu d'appréhension concernant la réalisation du PV. (p :0.008)

Stress pendant le geste

La plupart des femmes pacsées/mariées avaient peu de stress concernant la réalisation du PV. (p :0.003)

*Concernant le niveau socio-économique :*

Stress pendant le geste

Les femmes actives sur le plan socio-économique avaient un niveau de stress modéré pendant la réalisation du PV. (p :0.027)

Choix du praticien pour le dernier PV

Les femmes actives sur le plan socio-économique avaient fait réaliser leur dernier PV par le gynécologue. (p :0.039)

*Concernant le milieu professionnel :*

Choix du praticien pour le dernier PV

La plupart des patientes qui ne travaillaient pas dans le milieu médical avaient fait réaliser leur dernier PV au laboratoire. (p :0.046)

*Concernant le mode de contraception actuel :*

Appréhension du geste

La majorité des patientes sous DIU avait une appréhension modérée concernant la réalisation du PV alors, celles sous implant présentaient une forte appréhension concernant ce geste. La plupart des patientes sous pilule n'avaient jamais fait réaliser de PV. (p :0.048)

Vécu du geste

Les patientes sous contraception mécanique avaient un mauvais vécu du PV. (p :0.037)

Choix du praticien pour le dernier PV

La majorité des femmes de l'étude sous contraception mécanique avait fait réaliser le dernier PV au laboratoire. Celle sous anneau vaginal/patch œstrogènes avait fait réaliser un auto-prélèvement. (p :0.049)

*Concernant la temporalité du suivi gynécologique :*

Appréhension du geste

Les patientes qui avaient un suivi gynécologique régulier avaient peu d'appréhension avant la réalisation du PV. (p :0.004)

Stress pendant le geste

Les patientes qui avaient un suivi gynécologique régulier avaient peu de stress pendant la réalisation du PV. (p :0.016)

Choix du praticien pour le dernier PV

La majorité des patientes qui avait un suivi gynécologique régulier a fait réaliser le dernier PV par le gynécologue. De plus, la plupart des femmes qui n'avaient aucun suivi gynécologique n'ont jamais fait réaliser de PV. (p<0.0001)

*Concernant le choix du praticien pour le suivi gynécologique :*

Choix du praticien pour le dernier PV

La majorité des patientes qui était suivie par le médecin traitant et le gynécologue a fait respectivement le dernier PV chez le même praticien. Par contre, les patientes suivies par la SF ont fait leur dernier PV au laboratoire. (p :0.022)

*Concernant les différents actes techniques gynécologiques :*

Appréhension du geste

La plupart des patientes de l'étude qui ont déjà eu un FCU ou qui n'ont eu aucun geste de l'étude n'avaient jamais fait réaliser de PV. (p :0.014)

### Stress pendant le geste

La plupart des patientes de l'étude qui ont déjà eu un PV avaient un faible niveau de stress pendant la réalisation du celui-ci. (p :0.006)

### Vécu du geste

La majorité des patientes qui avait déjà eu un PV avait un bon ressenti de ce geste. (p :0.026)

### Choix du praticien pour le dernier PV

La majorité des patientes qui a eu au moins un PV s'est rendue chez le gynécologue pour l'effectuer. (p :0.002)

#### ➤ L'examen avec spéculum

### **Résultats généraux**

#### Appréhension avant le geste

58 femmes de l'étude avaient peu d'appréhension concernant la réalisation de l'examen avec spéculum. 46 patientes de l'étude étaient moyennement craintives concernant la réalisation de ce geste. 28 femmes de l'étude avaient une forte appréhension concernant la réalisation de ce geste. 31 patientes disaient ne jamais avoir eu d'examen avec spéculum.

#### Etat de stress pendant le geste

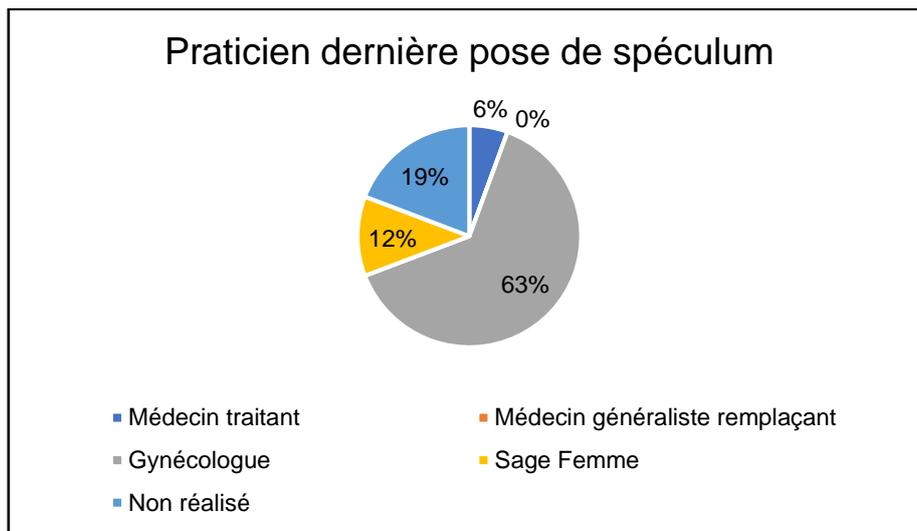
62 patientes étaient peu stressées pendant la réalisation de l'examen avec spéculum. 45 femmes étaient modérément stressées pendant la réalisation de ce geste. 25 femmes de l'étude étaient très angoissées pendant la réalisation de ce geste. 31 patientes disaient ne jamais avoir eu d'examen avec spéculum.

#### Vécu du geste

34 femmes de l'étude avaient un mauvais ressenti concernant l'examen avec spéculum. 49 patientes avaient un avis global mitigé concernant ce geste. 49 patientes de l'étude avaient un très bon ressenti concernant ce geste. 31 patientes disaient ne jamais avoir eu d'examen avec spéculum.

### Choix du praticien pour le dernier examen avec spéculum

9 femmes de l'étude sont allées chez leur médecin traitant pour réaliser leur dernier examen avec spéculum. Aucune femme n'a fait réaliser son dernier examen avec spéculum par le MG remplaçant. 104 patientes disaient avoir réalisé leur dernier examen avec spéculum chez le gynécologue. 19 patientes se sont rendues chez leur SF pour leur dernier examen avec spéculum. 31 patientes n'avaient jamais réalisé ce geste gynécologique.



### **Résultats selon les facteurs étudiés**

*Concernant l'âge :*

#### Choix du praticien pour le dernier examen avec spéculum

La plupart des patientes de plus de 65 ans avaient eu leur dernier examen avec spéculum par leur médecin traitant. La majorité des patientes de moins de 25 ans n'avait jamais eu d'examen avec spéculum. (p :0.036)

*Concernant le statut matrimonial :*

#### Appréhension du geste

La majorité des patientes pacsées/mariées avait peu d'appréhension avant la réalisation de l'examen avec spéculum. Par contre, la plupart des patientes célibataires n'avaient jamais eu d'examen avec spéculum. (p :0.009)

*Concernant le niveau socio-économique :*

Stress pendant le geste

La majorité des patientes actives sur le plan socio-économique avait un niveau de stress important pendant l'examen avec spéculum. (p :0.009)

Choix du praticien pour le dernier examen avec spéculum

La plupart des patientes étudiantes de l'étude n'avaient jamais fait réaliser d'examen avec spéculum. (p :0.015)

*Concernant le département de domiciliation :*

Appréhension avant le geste

La majorité des patientes domiciliée dans le Pas-de-Calais avait peu d'appréhension avant l'examen avec spéculum. (p :0.017)

Etat de stress pendant le geste

Les patientes habitant dans le Nord étaient modérément stressées pendant la réalisation d'un examen avec spéculum alors que celles qui habitaient dans le Pas-de-Calais étaient peu stressées pendant cet examen. (p :0.042)

Choix du praticien pour le dernier examen avec spéculum

La majorité des patientes qui habitait dans le Pas de Calais avait réalisé le dernier examen avec spéculum chez le médecin traitant. (p :0.002)

*Concernant le statut professionnel :*

Vécu du geste

La plupart des patientes qui travaillaient dans le milieu médical avaient un bon vécu de l'examen avec spéculum. (p :0.022)

Choix du praticien pour le dernier examen avec spéculum

La plupart des patientes qui ne travaillaient pas dans le milieu médical n'avaient jamais eu d'examen avec spéculum. (p :0.023)

*Concernant la temporalité du suivi gynécologique :*

Choix du praticien pour le dernier examen avec spéculum

La majorité des patientes qui avait un suivi gynécologique régulier avait fait réaliser le dernier examen avec spéculum par le gynécologue. Par contre, celles qui n'avaient pas de suivi gynécologique régulier l'avaient fait réaliser par la SF. (p :0.028)

*Concernant le choix du praticien pour le suivi gynécologique :*

Choix du praticien pour le dernier examen avec spéculum

La majorité des patientes qui avait réalisé le suivi gynécologique avec le médecin traitant, le gynécologue ou la SF avait fait effectuer le dernier examen avec spéculum par le même praticien. (p :0.010)

*Concernant les différents actes techniques gynécologiques :*

Choix du praticien pour le dernier examen avec spéculum

Les patientes qui avaient eu au moins un examen avec spéculum ont souvent choisi le gynécologue pour le dernier examen avec spéculum. (p :0.007)

e) Préférences de la patientèle pour le suivi gynécologique

10 patientes de l'étude auraient préféré que les actes techniques gynécologiques soient réalisés uniquement par leur médecin traitant. Aucune patiente n'aurait souhaité que la réalisation de ces actes soit effectuée exclusivement par le MG remplaçant. 90 femmes auraient confié la réalisation de ces actes gynécologiques exclusivement au gynécologue. 23 femmes auraient souhaité que la réalisation de ces actes techniques soit uniquement faite par une SF. 5 patientes n'avaient aucune préférence pour la réalisation de ces actes. 3 patientes auraient confié la réalisation de ces actes à tous les praticiens concernés sauf le MG remplaçant. 24 femmes auraient confié la réalisation de ces actes au gynécologue ou à la SF mais pas au MG. 7 femmes auraient fait confiance à tous les praticiens concernés par la réalisation de ces actes sauf la SF et le MG remplaçant. Enfin, une patiente aurait fait confiance à tous les praticiens concernés par la réalisation de ces actes sauf le gynécologue et le MG remplaçant.

f) Freins et motivations pour la réalisation de ces actes gynécologiques par le MG

➤ Les freins

96 patientes de l'étude pensaient que la réalisation des gestes techniques gynécologiques ne relevait pas des compétences du MG mais uniquement du gynécologue ou de la SF. 76 patientes estimaient que le fait que le MG soit le « médecin de famille » leur procurait une gêne par rapport à la réalisation de ces gestes techniques. 56 patientes croyaient que les MG n'avaient pas assez de formation dans ce domaine de la médecine. 44 femmes n'auraient pas accepté que ces gestes soient réalisés par un homme.

Les autres motifs sont minoritaires :

16 patientes ne trouvaient pas d'opposition à la réalisation de ces gestes. 10 femmes n'auraient pas souhaité que ces gestes soient effectués par un médecin plus âgé. 7 patientes n'auraient pas voulu que ces gestes soient effectués par un médecin plus jeune. 4 patientes pensaient que, soit le MG présentait une gêne par rapport à la réalisation de ces gestes, soit celui-ci était débordé par son métier, soit il était non équipé pour la réalisation de ce type de gestes ou alors ces patientes étaient habituées au suivi gynécologique avec le gynécologue. 2 femmes n'auraient pas fait confiance au médecin remplaçant pour la réalisation de ces gestes gynécologiques.

Ces résultats montrent donc 4 freins principaux par rapport à la confiance octroyée au MG pour la réalisation des gestes techniques gynécologiques : **ces compétences réservées au gynécologue/SF, la notion de médecin de famille, le manque de formation supposé du MG dans ce domaine et le fait que le MG soit un homme.**

Concernant l'âge :

La majorité des patientes de moins de 25 ans refusait que les gestes gynécologiques de l'étude soient réalisés par un MG plus âgé. La plupart des patientes de plus de 65 ans s'opposaient à ce que ces gestes gynécologiques soient réalisés par le MG remplaçant. Enfin, la plupart des patientes âgées entre 51 et 65 ans retrouvaient une gêne du MG par rapport à la réalisation de ces gestes. (p :0.049)

*Concernant le niveau socio-économique :*

La majorité des patientes retraitées pensait que le MG remplaçant était un frein à la réalisation des gestes gynécologiques par le MG. (p :0.002)

*Concernant le département :*

Les patientes habitant dans le Pas-de-Calais pensaient que le MG remplaçant était un frein à la réalisation des gestes gynécologiques par le MG. (p :0.014)

*Concernant le mode contraception actuel :*

La majorité des patientes sous pilule montrait une réticence liée à l'âge avancé du MG alors que la plupart des patientes ménopausées évoquaient le statut de MG remplaçant. (p :0.007)

*Concernant le choix du praticien pour le suivi gynécologique :*

La majorité des patientes qui avait un suivi gynécologique par le MG ne trouvait pas de limites à la réalisation des gestes gynécologiques par le MG ou s'opposait à la réalisation de ceux-ci par le MG remplaçant. (p :0.002)

*Concernant les différents actes techniques gynécologiques :*

La majorité des patientes qui n'avait eu aucun geste gynécologique aurait refusé que ces gestes soient réalisés par un MG d'âge avancé. (p :0.007)

➤ Les motivations

92 patientes n'ont donné aucun argument en faveur de la réalisation des gestes techniques gynécologiques par le MG. 34 patientes estimaient que la proximité du cabinet du MG de leur lieu de domicile était un argument qui les aurait incitées à faire réaliser ces gestes par celui-ci. 31 femmes auraient confié la réalisation de ces gestes au MG en raison de la moindre attente pour obtenir un rendez-vous. 29 patientes accordaient une importance au prix de la consultation moindre chez le MG. 28 femmes se sentaient rassurées par le suivi plus régulier et global du MG.

Les autres motifs sont minoritaires :

21 patientes pensaient que le MG était aussi compétent que le gynécologue pour réaliser ces actes. 19 patientes estimaient que le MG prêtait une oreille plus attentive aux diverses attentes exposées par les patientes, ce qui les rassurait par rapport à la réalisation de ces gestes. 13 femmes préféraient que ces gestes soient réalisés par un MG femme.

A noter, que la moitié des patientes ne trouvait pas de facteur motivationnel à faire réaliser ces gestes gynécologiques par le MG.

Ainsi, les facteurs qui auraient incité les patientes à solliciter le MG pour ce motif sont (ordre décroissant) : **la proximité du cabinet du MG de leur domicile, l'attente moins longue pour un rendez-vous, le prix de la consultation, la relation de confiance liée au suivi régulier et global.**

*Concernant l'état matrimonial :*

La majorité des patientes séparées/divorcées ne trouvait pas d'argument en faveur de la réalisation des gestes gynécologiques par le MG. (p :0.042)

*Concernant la temporalité du suivi gynécologique :*

La majorité des patientes qui avait un suivi gynécologique régulier n'a pas trouvé d'argument en faveur de la réalisation des gestes gynécologiques par le MG.

Au contraire, la plupart des patientes qui avaient un suivi gynécologique moins régulier évoquaient comme élément motivationnel la proximité du cabinet du MG. (p :0.042)

*Concernant le choix du praticien pour le suivi gynécologique :*

La majorité des patientes suivie par le gynécologue ne trouvaient pas d'argument en faveur de la réalisation des gestes gynécologiques par le MG. (p :0.003)

*Concernant les différents actes techniques gynécologiques :*

La plupart des patientes qui ont eu un implant ne retrouvaient pas d'argument en faveur de la réalisation des gestes techniques gynécologiques par le MG. A contrario, la majorité des patientes qui n'a eu aucun geste gynécologique de l'étude relevait comme élément motivationnel la capacité d'écoute du MG. (p :0.046)

---

## Discussion

---

### I) Analyse des résultats

#### a) Résultats concernant les différents gestes techniques gynécologiques

##### ➤ Le frottis cervico-utérin :

Concernant les MG de notre étude, nous pouvons relever que le taux de réalisation de FCU était plus élevé en comparaison à la Thèse des Dr Dias et Costes. (11,12) En effet, nous retrouvons un taux de réalisation à 70% alors que dans leur thèse, ce taux était respectivement à 39% et 37.5%.

La réalisation du FCU était plus présente par les femmes que chez les hommes, ce qui est retrouvé dans d'autres thèses également mais ces résultats sont plus élevés dans notre étude. Dans notre thèse, il était réalisé à 50.5% chez les hommes contre 87.5% chez les femmes et dans la thèse du Dr Dias (11), il était à 31.9% chez les hommes contre 67.4% chez les femmes.

Contrairement à la thèse du Dr Dias, un lien a été retrouvé avec l'expérience professionnelle des MG : ceux qui avaient moins d'expérience professionnelle en cabinet réalisaient moins le FCU.

A l'instar du Dr Dias, nous n'avons pas pu démontrer de lien entre la distance avec le gynécologue ou la SF et la réalisation de FCU. (11) Par contre, le milieu d'exercice influençait la réalisation du FCU. En effet, en milieu rural, les MG réalisaient plus souvent le FCU qu'en milieu urbain. Ceci est retrouvé dans article en 2003 sur « L'équipement du cabinet médical » par le Dr le Goaziou qui illustre que les MG en milieu rural et semi-rural possédaient davantage de matériel à visée gynécologique. (13) De même, les MG qui avaient le DU de gynécologie réalisaient plus le FCU.

**Ce qui nous amène à la première question suivante : qu'est ce qui peut expliquer l'augmentation de la réalisation du FCU chez les MG de l'étude ?**

Les 2 thèses pré citées remontent à 2006 et 2010 (11,12). A cette période, peu de campagnes évoquaient l'importance du dépistage du cancer du col utérin.

Depuis 2018, le dépistage du cancer du col utérin est organisé chez les femmes de 25 à 65 ans. Plusieurs campagnes de dépistages se sont succédées et ont ancré la réalisation du FCU dans la pratique du MG et le suivi gynécologique des femmes.

En effet, le dépistage du cancer du col est toujours réalisé chez la femme de 25 à 65 ans par un FCU mais ses modalités ont changé. Chez les femmes de 25 à 29 ans, il reste identique avec un dépistage par examen cytologique tous les 3 ans, après 2 premiers tests réalisés à un an d'intervalle et normaux alors que chez les femmes de 30 à 65 ans, l'examen cytologique est remplacé par un test HPV, si elles ne présentent pas d'antécédents de cancer du col. Si ce premier test est négatif, un nouveau test HPV est réalisé tous les 5 ans. Si ce premier test est positif, un examen cytologique doit être réalisé. Si ce dernier montre des lésions sévères ou un ASCUS+, une colposcopie doit être réalisée. Si aucune lésion n'est retrouvée, un nouveau test HPV doit être réalisé à un an. Si ce deuxième test est négatif, le suivi habituel tous les 5 ans est repris.

Dans ce cadre de dépistage organisé, les femmes de 30 ans n'ayant jamais réalisé de FCU reçoivent un courrier leur proposant de se faire dépister. (14)

Dans le même sens, la cotation du FCU a été modifiée en 2017 avec un acte de majoration de la consultation de base, relevant la consultation à 37.46 € (25€+ 12.46€). (15) Ceci est en faveur de la réalisation de ce geste par le MG. De plus, dans le cadre des patientes non observantes, si ce dépistage est fait suite à la sollicitation du CRCDC, la consultation est prise en charge à 100%. (14)

**Les données relevées nous amènent également à cette deuxième question : comment expliquer que 30% des MG de l'étude ne réalisaient pas de FCU ?**

Plusieurs éléments peuvent expliquer ces résultats.

Comme cité dans la thèse du Dr Dias, la question du prix peut être posée (11), malgré des efforts réalisés. Certes la consultation a été revalorisée mais une partie du matériel pour la réalisation du FCU (si pas de stérilisation du matériel possible, spéculum stérile

jetable) reste toujours à la charge du MG, alors que ce dépistage relève de campagnes nationales d'intérêt général.

Un des freins à sa réalisation peut être que le MG ne possède pas le kit FCU pour réaliser le FCU au cabinet, ce qui peut limiter la réalisation de celui-ci. Il doit aller en laboratoire pour s'en procurer ou en acheter lui-même.

Les MG ont déjà beaucoup de matériel à commander et il est très courant qu'ils n'aient pas le temps de se réapprovisionner en matériel ou qu'ils ne souhaitent pas en acheter personnellement, alors qu'une commande de kits de FCU faciliterait sa réalisation (à l'instar de l'hémocult, TDR...).

Certaines femmes préfèrent réaliser leur FCU au laboratoire. Dans notre étude, le taux de FCU en laboratoire est à 2.5%, ce qui reste relativement faible. En effet, peu de femmes savent que le FCU peut être réalisé au laboratoire et il y a une certaine gêne à faire réaliser ce geste dans un endroit habituellement dédié aux prises de sang. (16)

Dans notre étude comme dans plusieurs autres études sur le sujet, la question du manque de temps du MG est souvent relevée. (11,17–20) Est-ce que les MG sont débordés par les consultations ou le côté administratif ou alors n'ont-ils pas la volonté de réaliser des FCU ?

Le MG réalise une prise en charge globale des patientes, connaît ces dernières, les inclut dans un parcours de soins personnalisé quand la situation le requiert. C'est le premier acteur dans la prévention des maladies car c'est un premier recours. C'est pourquoi il est important qu'il soit impliqué dans le dépistage du cancer du col utérin.

Enfin, une troisième question émerge : **Comment expliquer la différence de réalisation du FCU entre les MG homme et femme ? Quel est le rôle de l'expérience professionnelle dans la réalisation du FCU ?**

L'image de l'examen gynécologique et du FCU renvoient à l'intimité de la femme et à la pudeur de chacun, aux différentes représentations liées aux patientes, aux normes culturelles, qui peuvent expliquer que les MG homme réalisent moins le FCU. (11,21–24). Le manque d'expérience professionnelle est lié au manque de compétences, peut

entraîner une crainte dans la réalisation du FCU et expliquer cette différence dans la réalisation des gestes techniques gynécologiques. (21)

Concernant les patientes, notre étude montre que 62% des femmes faisaient réaliser leur dernier FCU par le gynécologue. De plus elle montrait que les femmes préféraient réaliser leur FCU ou l'examen avec spéculum par le professionnel de santé qui les suit, comme dans la thèse du Dr Crétin, Ben Hayoun. (25) 92% des femmes déclaraient être suivies au niveau gynécologique par leur gynécologue. (25,26) La seule motivation des patientes à voir leur médecin traitant pour la gynécologie est l'absence de leur gynécologue. Les patientes déclarent que le MG ne les interroge pas et ne les examine pas sur le plan gynécologique alors qu'elles n'y seraient pas opposées. Comme explicité dans la thèse du Dr Dien-Bergeard, le référentiel européen préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70%. (27) Dans notre étude, 89.5% des patientes ont déjà eu au moins un FCU mais nous n'avons pas étudié le taux de participation sur une période donnée, permettant de rendre compte d'une efficacité d'un dépistage.

#### ➤ Le DIU

Concernant les MG de notre étude, le taux de réalisation de la pose de DIU était à 25.5% alors que le taux de retrait était à 39%. Dans la thèse de Dias, le taux de pose était à 11.8% ,8% dans celle du Dr A. Verbizier et 20% dans celle du Dr Michelet-Bretonneau. (11,19,28,29) La réalisation de la pose de DIU était donc plus élevée dans notre étude. Dans la thèse du Dr Lauchet, le retrait de DIU était plus fréquent aussi et 12% des MG le réalisaient une fois par semaine. (19)

#### **Comment expliquer ces chiffres ?**

Cela peut s'expliquer par la mise en place depuis quelques années d'ateliers pratiques sur la pose de DIU dans le cadre de la formation DPC. Beaucoup de centres de formations proposent désormais la formation à ce geste.

De plus, un premier contact avec initiation au DIU est proposé dans le cadre de la formation universitaire avec la formation initiale PRESAGE, même si celle-ci reste très

générale et succincte. Les MG réalisaient moins de pose que de retrait de DIU car l'acte de pose nécessite plus de technicité dans le geste. Peu de thèses ont étudié le retrait de DIU.

Nous avons également retrouvé un lien significatif avec le sexe et l'âge. A noter que dans la thèse du Dr Dias, la majorité des MG qui ont réalisé la pose de DIU avaient plus de 50 ans. (11) Nous avons trouvé que les MG de plus de 50 ans retiraient plus de DIU. Il est plus probable que les MG âgés aient une expérience plus poussée et une confiance plus importante que les jeunes MG récemment installés.

De plus, les MG homme réalisaient moins le retrait de DIU. Cela peut s'expliquer par une gêne du MG homme lié au domaine de la gynécologie et/ou une gêne de la patiente liée au sexe du MG. Comme le Dr Dias, nous n'avons pas trouvé de lien significatif avec la distance du cabinet de gynécologie ou de la SF. (11)

Notre étude montre que les MG qui avaient travaillé en PMI ou avaient leur DU de gynécologie posaient plus le DIU mais pas de significativité pour le retrait de DIU. Dans sa thèse, le Dr De Verbizier a relevé le manque de formation et de pratique comme frein à la réalisation de la pose de DIU. (28)

Concernant les patientes, 1% d'entre elles sont allées voir leur médecin traitant pour poser leur dernier DIU et 0.6% des patientes ont fait retirer leur dernier DIU par celui-ci. Nous sommes surpris de voir qu'il y a une significativité des résultats avec le niveau socio-économique. En effet, les femmes « étudiantes » de l'étude ont principalement fait poser leur dernier DIU par leur médecin traitant. Mais ces résultats sont à contraster avec la faible réalisation du DIU chez les jeunes femmes de notre étude, confirmées par l'HAS et la thèse du Dr Deverbizier. (28,30) Les résultats montrent aussi que les patientes de l'étude qui étaient sous DIU l'avaient fait poser de manière proportionnée soit par le médecin traitant, soit le gynécologue ou la SF. Le MG a donc un rôle à jouer dans la pose et le retrait du DIU.

#### ➤ L'implant contraceptif

Concernant les MG, dans notre enquête, le taux de pose d'implant de manière régulière (>1/mois) était à 14%, taux comparable à ceux de la thèse de Dias S. (taux

à 10%).(11) Le taux de retrait d'implant était aussi à 14% dans la thèse du Dr Lauchet. (19) Dans la thèse du Dr Arbouys, le taux de pose était à 58% et 87% des MG poseurs les retiraient et dans la thèse de Dessenne C., 45% des MG la posaient et 44% la retiraient. (31,32) Des taux de participation équivalents aux nôtres ont été retrouvés dans d'autres thèses, notamment celle du Dr Kiassi (15.6%) (18), Les bons résultats tirés de ces 2 thèses (31–33) s'expliquent sans doute par le fait que les MG de l'étude du Dr Arbouys sont tous des médecins ruraux. Par conséquent, ils ont probablement acquis ces gestes techniques par nécessité devant l'absence d'autres professionnels de santé à proximité (dans notre étude, les MG urbains ne réalisaient pas le retrait d'implant). Concernant la thèse du Dr Dessenne, les MG recrutés étaient tous MSU donc se formaient constamment. (17)

Ces résultats retrouvaient aussi une significativité avec l'âge et le sexe. En effet, les MG hommes posaient et retiraient moins les implants et les MG âgés les posaient et les retiraient plus. La thèse du Dr Saidani, on retrouvait la même significativité avec le sexe. (17) Dans la thèse du Dr Kiassi, les résultats étaient contraires aux nôtres et montraient une augmentation de la pose des implants chez les MG homme. (18) Cela peut s'expliquer dans la répartition des MG de son échantillon selon le sexe et l'âge et la forte orientation gynécologique des MG de son étude, affiliés à un hôpital à proximité.

Dans notre étude, il y avait un lien significatif étonnant avec la distance du cabinet de SF. En effet, plus le cabinet de la SF était distant et moins le MG réalisait la pose ou le retrait d'implant. Ceci n'a pas été retrouvé dans d'autres thèses. Peut-être que les MG étaient rassurés d'avoir une SF à proximité si la pose ou le retrait de l'implant était difficile ? En effet, depuis 2009, le cursus de formation des SF s'est ouvert à la gynécologie. Les SF pratiquent donc de manière courante les actes de gynécologie, y compris les gestes techniques.

Ce faible taux de réalisation dans notre étude est explicité dans la thèse du Dr Arbouys par l'image négative que ce mode de contraception peut avoir auprès de certains MG. (32) Ces remarques ont également été reprises dans la thèse du Dr Dessenne. (31) Elle citait le manque de temps et de matériel, le manque de formation et de connaissances, les effets indésirables et la cotation insuffisante notamment pour la

pose d'implant, qui n'est toujours pas attractive en 2021 s'il s'agit d'une première pose d'implant (17.99€). (34,35) Comme cité dans cette thèse, l'implant peut être une contraception de l'adolescente ou de la jeune adulte, d'une femme >40 ans. Il faut que toutes les indications pour cette contraception soit évaluée afin de proposer aux patientes la contraception la plus appropriée.

Aucune patiente n'est allée voir son médecin traitant pour la pose ou le retrait de son dernier implant. Il faut noter que le nombre de patientes sous implant était faible. De nombreux MG voient encore aujourd'hui l'implant comme contraception de second recours ou à éviter chez certaines femmes. Ils sont souvent très peu informés concernant cette contraception. Ainsi, les patientes manquent d'information concernant cette méthode contraceptive et ne l'utilisent donc pas. (31,36)

➤ Le prélèvement vaginal

Dans notre étude, 56% des MG interrogés pratiquaient le PV au cabinet. Uniquement 1% des MG en faisaient plus de 5 par semaine. Ces résultats sont très faibles en regard de ceux obtenus par le Dr Bondarenko. (37) Ceci s'explique par la forte représentation de MG formés en gynécologie dans son étude, en comparaison à la nôtre (9% de MG ayant obtenus le DIU de Gynécologie et 14% des MG intervenant au planning familial dans notre étude).

De plus, notre étude retrouvait une significativité avec le sexe. En effet, la majorité des MG hommes ne réalisaient pas le PV alors que les MG femmes l'effectuaient entre 1 et 5 fois par semaine. Ces résultats sont décrits dans la thèse du Dr Bondarenko. En effet, dans son enquête, 50% des MG hommes considéraient que le genre du MG est un obstacle à la réalisation du PV. (37) Des analyses multivariées dans le Pays de la Loire confirment cette description. (38) Dans sa thèse, le Dr Duquenne décrit la difficulté de trouver un consensus dans les pratiques concernant l'utilisation du PV. En effet, un quart des MG de son étude ne réalisaient pas d'examen clinique systématique pourtant indispensable, certains MG abordaient cette pratique plus par obligation que par attrait. De plus, l'autodiagnostic des patientes rendait la tâche encore plus compliquée. (39)

Le PV n'est pas indispensable dans le traitement des vaginoses ou vaginites mais d'une part les infections vulvo-vaginales sont un motif fréquent de consultation, d'autre part, le PV revête une importance cruciale car il est associé un risque accru d'infection à C.Trachomatis, mycosique ou d'autres IST, selon l'étude de Bohbot et al. (40) De plus, un traitement à l'aveugle risque de créer une médication par excès ou prise en charge inadaptée. Ceci a été évoqué dans l'étude de Boisivon et al, ou 23% seulement de patientes traitées selon l'apport clinique seul étaient réellement porteuses de la *Gardenella Vaginalis*. (41)

Nous avons trouvé que les MG qui réalisaient le plus le PV travaillaient en PMI ou avaient obtenu le DU de gynécologie. Dans la thèse du Dr Bondarenko, un tiers des MG estimaient que l'absence de pratique régulière du PV était un obstacle à la réalisation de celui-ci, qu'il était important d'avoir des connaissances et de la pratique pour le réaliser couramment. (37)

Nous avons également trouvé que les MG qui travaillaient à la fois en milieu urbain et rural (zone mixte) réalisaient plus de 5 PV/sem en moyenne. Ceci n'a pas été étudié dans d'autres thèses mais peut-être que l'accès à différentes populations augmentait la possibilité de réaliser ces gestes courants car la demande était plus forte pour certaines populations.

Le place de l'auto-prélèvement vaginal de dépistage pour les patientes a été étudiée dans notre étude. La distinction entre le PV pour dépistage du cancer du col utérin ou diagnostic des IST n'a pas été faite. Au total, les résultats sont plutôt positifs, 8.5% des patientes ont eu recours à ce geste lors de leur dernier PV alors que 4.5% d'entre elles sont allées voir leur médecin traitant. Une thèse a été réalisée par le Dr Nesslany qui retrouvait un intérêt présent chez les patientes et les MG à ce que ce test élargisse les possibilités du dépistage du CCU en second recours. (42) Un article publié par Santé Publique France en 2017 promouvait le kit d'auto-prélèvement vaginal dans ce contexte. (43) Par contre, la thèse du Dr Chéron relève que l'arrivée de ce nouveau dépistage du CCU s'avère difficile et mettra du temps à être accepté par les patientes et les MG. (44) L'auto-prélèvement vaginal de dépistage pour le C.Trachomatis a été bien accepté à la fois par les MG et les patientes, selon l'étude du Dr Le Floch et il semble important de le promouvoir au vu de la recrudescence des IST et notamment

de cette bactérie à risque de complications sévères, confirmé par une récente publication de Santé Publique France. (45–47)

➤ L'examen avec spéculum

Concernant les MG de notre étude, 79% de ceux-ci réalisaient l'examen avec spéculum, peu importe la fréquence. Ces résultats sont comparables à la thèse du Dr Dias. (11)

Nous avons trouvé une significativité avec le sexe. Les MG femmes réalisaient beaucoup plus cet examen que les MG homme. En effet, le taux de réalisation par semaine chez les MG femmes étaient à 20% alors qu'il était à 6.5% chez les MG homme (en moyenne 1 à 5 fois par semaine chez les femmes). Ces taux étaient plus élevés que dans la thèse du Dr Delannoy mais comparables aux nôtres comparables en ratio H/F. (48) Cet attrait des MG femme pour l'examen avec spéculum peut s'expliquer par l'examen gynécologique en lui-même qui relève de l'intimité, et qui peut entraîner une certaine gêne, un inconfort. Cela peut renvoyer aux propres inhibitions et à la pudeur du médecin homme. (49)

Dans notre étude, les MG qui avaient une formation en DU de gynécologie et qui participaient à des congrès médicaux sur ce sujet réalisaient plus l'examen avec spéculum, contrairement à la thèse du Dr Dias et du Dr Legroux. (11,34) Cela pour s'expliquer par le contenu de la formation en DU de Gynécologie doit être très dépendante du lieu de formation et des congrès médicaux dont la qualité du contenu peut différer.

De plus, les MG avec plus d'expérience professionnelle le faisaient davantage (>5/sem). Les résultats sont similaires à ceux de la thèse du Dr Chéron. (44) Cette expérience professionnelle du MG renvoie aux habitudes de suivi gynécologique des patientes, qui amènent une relation de confiance. (22)

Du côté des patientes, il n'y avait pas de significativité avec le sexe. Par contre, l'âge était un facteur important à étudier. En effet, les patientes de plus de 65 ans faisaient volontiers plus confiance à leur médecin traitant pour la réalisation de cet examen,

confirmé par les résultats du Dr Delannoy. (48) De plus, les femmes préféraient que l'examen avec spéculum soit réalisé par le professionnel de santé qui les suit. (25) Enfin, la majorité des femmes de moins de 25 ans n'avaient jamais eu d'examen gynécologique. Cela peut s'expliquer par la complexité de l'examen gynécologique en lui-même, qui doit idéalement se réaliser en plusieurs temps, dans une atmosphère réconfortante et habituelle pour la patiente, plus propice aux patientes ayant une habitude de suivi avec le même praticien, tel que décrit par le Dr Nguyen Ngoc-Khanh dans sa thèse. (22) La thèse du Dr Blin décrit le type de consultation souhaitée par les patientes, qui comprend entre-autre une approche personnalisée, une information accrue, qui devrait se faire au cours d'une consultation dédiée. (50) Dans leur thèse, les Dr Rialland et Ripaud conseillaient d'utiliser plusieurs guides afin de réaliser le premier examen gynécologique d'une patiente. Ce premier abord est primordial car il conditionne la sexualité et le suivi gynécologique ultérieur de la jeune patiente (guide de l'INPES, méthode BERCER préconisée par l'HAS). (51)

Dans sa thèse, le Dr Bidet retrouvait que la formation universitaire théorique et pratique permettait aux MG de pratiquer l'examen clinique gynécologique avec spéculum et le FCU et qu'il y avait un déficit de formation à la pose du DIU et de l'implant. (24) Nous constatons dans notre étude que la réalisation des gestes gynécologiques par les MG suit cette tendance. De plus, les MG femmes de l'étude réalisaient beaucoup plus la plupart des gestes gynécologiques que les hommes (sauf le PV ou pas de significativité). (33)

## **b) Résultats concernant freins et motivations à la réalisation des gestes gynécologiques par les MG et au suivi gynécologique des patientes**

### **➤ Freins des médecins généralistes**

- Réticence des patientes

Ce frein était présent pour 41% des MG de l'étude (11,52–55), significatif selon le sexe. En effet, il était représenté principalement chez les MG homme de l'étude, soit 28% des MG de l'étude. On peut se poser la question si la réticence des patientes n'est pas en partie liée à la gêne du MG, notamment lié au fait d'être un homme ? Dans la thèse

du Dr Levasseur, pour un médecin sur deux, la réticence des patientes est une source de difficulté et un sur quatre met en avant sa propre réticence à effectuer un examen gynécologique. De plus, les hommes citent d'abord la réticence des patientes dans son étude, contrairement aux femmes qui le citent en second frein, après la gestion de plusieurs motifs simultanés. (56) Dans la thèse du Dr Lauchet, la réticence des patientes s'explique à la fois par la possibilité pour les patientes d'être suivi par un spécialiste d'organe, la manque d'information sur la possibilité de prise en charge par leur médecin traitant mais également la réticence des praticiens eux-mêmes à s'impliquer dans une nouvelle pratique. (19) Dans la thèse du Dr Lagneau, la réticence des patientes explicitée par les MG pourrait venir de la pudeur des patientes, liée au jeune âge des patientes et cela était également plus présent chez les MG homme. (57) La significativité en fonction de l'âge des patientes n'était pas étudiée dans notre étude. Dans la thèse du Dr Brosset, les résultats montrent que la réticence des patientes ne viendrait pas de la gêne des MG homme. En effet, d'un côté, la gêne des patientes à aborder un problème gynécologique était moins une difficulté pour les MG femmes mais de l'autre côté, la propre gêne des MG, inconfort, crainte, était davantage présente chez les MG femmes. (58) Dans la thèse du Dr Dien Bergeard, il était explicité une gêne de certaines patientes liée à la familiarité du MG ou également un oubli, de la négligence de leur part. (27)

- Proximité d'un professionnel de santé

L'accès au gynécologue et à la sage-femme font partis des premiers recours pour le suivi gynécologique des femmes. Ce frein était présent pour 30% des MG de l'étude. Le fait d'être à proximité d'un gynécologue ou d'une SF favorisait l'adressage à ces professionnels de santé par le MG pour la réalisation des gestes gynécologiques. Dans notre étude, ce frein était particulièrement présent chez les MG plus âgés ou installés en cabinet de groupe. Ceci pourrait-il s'expliquer par la présence d'un professionnel compétent en gynécologie dans le cabinet ? la qualité de la formation pratique en gestes gynécologiques ? des médecins âgés ayant plus de contacts gynécologues/sages-femmes ? Un désintérêt pour la pratique au cours du temps ou la réalisation de ces gestes par obligation ? Dans sa thèse, le Dr Lagneau retrouvait que les MG qui ne pratiquaient aucun geste ou uniquement le FCU sont plus

concernés par l'adressage au professionnel de santé à proximité. (11,55,57,58) De plus, ce frein relevé par les MG a été aussi étudié comme un frein venant des patientes.

- Activité chronophage

Les MG sont de plus en plus débordés lors de leurs consultations. (11,18–20) En 2009, le DREES a dressé un rapport sur le temps de consultation, qui s'élevait à 16 min chez un MG contre 20min chez un gynécologue. (59) Selon la thèse du Dr Bidet, rien que l'examen gynécologique était estimé à 5-10min, le FCU à 10 min et la pose d'un DIU à 15min. (24) Devant l'augmentation du nombre de motifs de consultation (33,57), la diminution des effectifs de MG, la recrudescence de la gestion des données administratives, il leur est de plus en plus difficile de trouver du temps pour se former et réaliser des gestes techniques. Dans notre étude, ce frein était surtout présent chez les MG femmes, soit 25% de l'effectif pour les femmes et 41% au total, contrairement aux résultats du Dr Levasseur qui ne retrouvait pas de significativité. (56) Ces résultats sont conformes à ceux du Dr Champeaux qui relevait à juste titre que ces résultats peuvent paraître paradoxaux dans la mesure où les femmes réalisent plus de gestes gynécologiques que les hommes. Dans son étude, il montrait aussi une significativité avec les MG de moins de 50 ans concernant le manque de temps pour cette pratique, que nous n'avons pas retrouvé dans notre étude. (55) La thèse du Dr Saidani étudiait une pratique gynécologique plus large que la nôtre et montrait que le manque de temps était surtout lié au côté chronophage des gestes gynécologiques (surtout la pose-retrait de DIU, puis la pose-retrait de l'implant). (17)

- Manque de formation personnelle ou de pratique

Ces freins étaient partagés par 29% des MG pour le manque de formation et 40% pour le manque de pratique. (20,27,52,53) Les résultats de notre étude montrent que le manque de formation était surtout présent chez les jeunes MG. Dans le même sens, toujours selon nos résultats, la formation universitaire avec le stage d'internat en gynécologie n'était pas une formation permettant d'avoir des compétences solides en gestes gynécologiques (sauf pour l'examen avec spéculum), contrairement au DU de gynécologie. (33) Elle était jugée comme insuffisante par 62% des MG dans l'étude du

Dr Costes. (12) Dans sa thèse, le Dr Chambenoit relevait aussi une lacune dans la formation initiale et selon ces données, la meilleure formation universitaire en gestes gynécologiques seraient soit, les consultations de gynécologie hospitalière, soit la PMI ou les consultations ambulatoires chez un gynécologue. (60)

Bien souvent, le stage de gynécologie se résume soit à de l'obstétrique pure, soit des urgences gynécologiques ou une association des deux. Pourtant, l'apport des consultations gynécologiques est primordial pour un MG. D'ailleurs, l'acquisition de ces gestes gynécologiques fait partie intégrante des objectifs dans la maquette de stage en gynécologie-obstétrique afin de valider le DES de Médecine générale à Lille. (61) Les résultats du Dr Dias confirment l'importance d'une formation universitaire exhaustive car la formation gynécologique des MG était principalement universitaire dans son étude. (11) Le stage SASPAS est cependant très formateur dépendant car pour avoir une bonne formation en gynécologie, il faut avoir un formateur intéressé et compétent en gynécologie. (18)

Dans le cadre de la formation continue (=FMC), nos résultats n'étaient pas concluants. Très peu de MG s'étaient formés à la réalisation des gestes gynécologiques. Dans la thèse du Dr Levasseur, 22% des MG participaient à des FMC (manque de temps surtout) et 41.7% seulement étaient satisfaits de leur formation. (56) Formation pas assez pratique ? Justement, les formations davantage pratiques, à l'instar du « Séminaire de gynécologie du Département universitaire de Médecine générale » dans la formation universitaire, semblent plus appréciées par les MG selon la thèse du Dr Kiassi. (18) « *L'école de la gynécologie* », qui consisterait à venir pratiquer gratuitement dans un centre de PMI sur mannequin ou patiente, avec formation par compagnonnage entre confrères, selon le Dr Bonhomme et Moretti, serait également une piste à envisager. (54)

Le box plot sur les compétences des MG de notre étude concernant les gestes gynécologiques montrait une moyenne à environ 5/10. Dans la thèse du Dr Saidani, les résultats sont identiques. (17) Ceci montre la nécessité de l'apprentissage par la pratique. De plus, les MG avaient le savoir et la pratique nécessaire pour réaliser les FCU mais pas pour le DIU et l'implant. Il n'y a pas de différence de compétence entre le gynécologue et le MG dans la pose de DIU, sous réserve d'une pratique

suffisante.(16) Comme le précise le Dr Lauchet dans sa thèse, le stage de gynécologie devrait être obligatoire dans le DES de Médecine générale. De plus, il devrait être plus ambulatoire et plus pratique. En effet, il est possible de ne réaliser qu'un stage de pédiatrie de 6 mois et d'éviter le stage de gynécologie au cours de la maquette d'apprentissage. (62)

➤ **Freins des patientes**

- Compétences du gynécologue/SF

Ce frein était présent pour 59% des patientes de l'étude. Nous n'avons pas retrouvé de significativité avec les facteurs étudiés. Selon les résultats du Dr Cretin, Ben hayoun, les femmes qui s'adressent à un gynécologue le font parce qu'elles le trouvent plus spécialisé et plus compétent. (25,26,48,63) D'autres patientes sont attachées à un suivi gynécologique par un médecin gynécologue. (44) Selon un sondage BVA réalisé en 2008, cette reconnaissance de compétence du gynécologue est valable pour l'ensemble des femmes, y compris celles suivies par un MG. (50,64) Dans la thèse du Dr Spilthooren, la préférence du suivi gynécologique pour le gynécologue est surtout valable en ce qui concerne les pathologies complexes. (23) Mais cela ne s'explique-t-il pas aussi par la méconnaissance des compétences du MG (pouvant être liée au manque d'information donnée par les MG eux-mêmes) ? D'ailleurs, dans la thèse du Dr Cretin, Ben Hayoun, les deux tiers des patientes ne savaient pas si leur MG réalise des consultations de gynécologie. (25,50,65)

- Image du médecin de famille

Ce frein était présent pour 46.5% des patientes de l'étude. Aucune significativité a été établie selon les facteurs étudiés. Dans la thèse du Dr Blin, il se détachait une image taboue de la gynécologie et les femmes séparent leur génitalité du reste de leur suivi. (50) De même, le choix des patientes de dissocier le suivi gynécologique du reste du suivi médical, nécessitant le recours à une tierce personne est relevé dans les travaux du Dr Chéron. (44) Les patientes évoquent de la pudeur à parler de leur suivi gynécologique au MG (23,26,55). Dans la thèse du Dr Delannoy-Edlinger, la raison

évoquée est la recherche du sentiment d'anonymat dans le suivi gynécologique. (48) Dans son travail de thèse, le Dr Barre-Chantre relève deux profils de patientes. Celles qui cherchent une relation assez intime avec le médecin qui assure leur suivi gynécologique et celles qui préfèrent une relation plus distante, plus anonyme. (66)

- Manque de formation du MG

Ce frein était présent pour 34% des patientes de l'étude. Nous n'avons pas retrouvé de significativité avec les facteurs étudiés. Selon l'étude BVA 2008, seulement 20% des femmes estimaient que les MG étaient suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique des patientes. (64) Dans la thèse du Dr Megret, 21% des patientes de son étude seraient rassurées de savoir que leur MG a bénéficié d'une formation spécifique en gynécologie. (52) Dans la thèse du Dr Cretin, Ben Hayoun, la plupart des femmes n'exprimaient pas d'avis sur les compétences en gynécologie du MG (25,26), peut-être par manque d'information sur les compétences de leur MG. (67). Nous avons vu que ces résultats ne relevaient pas que d'un ressenti exprimé par les patientes mais d'un réel manque de formation et de pratique des MG dans ce domaine. Ce frein nous questionne aussi sur la qualité de l'information des MG donnée aux patientes.

- Sexe du médecin

Nos résultats montraient, du point de vue des MG, une réticence des patientes. De plus, la majorité des MG homme de l'étude ne réalisaient pas les gestes gynécologiques. (18) Ceci pourrait être expliqué en partie par le sexe masculin du MG. Ce frein était partagé par 27% des patientes. Nous n'avons pas trouvé de significativité selon les facteurs étudiés, ce qui peut limiter la pertinence de nos résultats. Dans la thèse du Dr Megret, les résultats sont équivalents aux nôtres et montrent que 30% des patientes de son étude manifestent une nette préférence en faveur d'un MG féminin pour le suivi gynécologique. (48,50,52,55,65,67) Dans la thèse du Dr Spilthooren, il est question d'une pudeur face au sexe masculin du MG. (23) Ce facteur pourrait en partie être résolu devant la féminisation progressive de notre profession. (68) Selon un rapport du CNOM, Entre 2010 et 2020, la part des femmes passe de 39.2 % (2010) à

50.4% % (2020) soit une augmentation de 11 points en 10 ans et 1 point en un an (49.4% en 2019). (69) Par contre, d'autres thèses montraient des résultats plus mitigés. En effet, les résultats du Dr Cretin, Ben Hayoun montraient que moins de la moitié des femmes préféraient consulter une femme MG, un tiers n'avaient pas de préférence et un quart préféraient un MG homme. (17,25,63)

➤ **Motivations des patientes**

- Proximité du cabinet de MG

Nos résultats montraient que 21% des patientes souhaiteraient être suivies par leur médecin traitant sur le plan gynécologique en raison de la proximité de son cabinet. (63,70) Le rapport BVA 2008 précisait que 13% des patientes étaient suivies par le médecin traitant faute de gynécologue à proximité. (64) Ces résultats étaient plus importants chez les patientes ayant un suivi gynécologique non régulier. Ceci n'a pas été retrouvé dans d'autres études et peut s'expliquer par la commodité de la consultation chez le MG pour ces patientes. En effet, ce sont souvent des patientes qui consultent surtout pour des urgences (67), un renouvellement de pilule... Dans la thèse du Dr Spilthooren, qui se déroule dans le milieu rural, les résultats sont semblables concernant cette proximité mais qui plus est, la distance avec le cabinet de gynécologie potentialise encore plus la volonté du suivi avec le médecin traitant. (23,55). Le Dr Humeau Aubin précise que cet avantage de la proximité est relatif car il concerne surtout certains motifs de suivi gynécologie tel que le renouvellement de contraception. (67) Contrairement à cela, dans la thèse du Dr Megret, les difficultés structurelles d'accès à un spécialiste ne représentaient pas une gêne pour les patientes. (52)

- Délai d'attente simplifié pour un RDV

Nos résultats montraient que 19% des patientes de l'étude préféraient le suivi gynécologique avec leur médecin traitant en raison du délai d'attente moindre pour obtenir un rdv. (25,52) Nous n'avons pas retrouvé de significativité avec les facteurs étudiés. Le Dr Champeaux expliquait que ce motif du délai d'attente était surtout

valable pour les pathologies aiguës ou un suivi gynécologique régulier avec FCU et les patientes jeunes. (55) Le Dr Humeau Aubin précisait qu'en cas de consultation d'urgence, « de dépannage », un délai court était retenu par les patientes, qui se rendaient donc plus souvent chez leur MG. (63,67) Les résultats de l'enquête BVA montrent que 46% des patientes suivies par le MG sur le plan gynécologique pensaient que les délais pour obtenir un rdv en gynécologie étaient trop longs. (64) Dans la thèse du Dr Ora, 67% des femmes qui ne pouvaient pas avoir un rdv rapidement avec le gynécologue se rendaient chez le MG. (26)

- Coût de la consultation

Nous avons trouvé que 17.5% des patientes préféraient leur suivi gynécologique avec leur médecin traitant en raison d'un faible coût de la consultation. Selon l'enquête BVA, 14% des femmes interrogées ne sont pas suivies en gynécologie, ce qui est non négligeable et pose la question de l'accessibilité financière des consultations gynécologiques. (64) En effet, si une patiente consulte en le gynécologue en secteur 1, le prix d'une consultation sera de 30 euros. Mais le coût de la consultation peut devenir onéreux selon que ce soit un avis demandé d'un confrère ou si des actes techniques sont réalisés. (71) En comparaison, une consultation chez le médecin traitant est à 25 euros et à 23 chez la sage-femme conventionnée. (72) Au contraire, le Dr Cretin, Ben Hayoun n'a pas retrouvé de lien avec le prix de la consultation. Cela n'apparaît pas être un facteur déterminant dans le choix du médecin. (25,26,55,70) D'autant plus qu'avec l'arrivée du dépistage organisé, aucune avance de frais n'est à réaliser pour les patientes en difficultés financières et ce, à partir de 30 ans. (14)

- Relation de confiance avec le médecin traitant

Nos résultats montraient que 17% des patientes se sentaient en confiance avec leur médecin traitant par rapport au suivi gynécologique. Nous n'avons pas retrouvé de significativité avec les facteurs étudiés. Ces résultats sont décrits dans la thèse du Dr Champeaux. En effet, il explique que cette relation de confiance est due aux compétences du MG à reconnaître, diagnostiquer les pathologies gynécologiques complexes et orienter les patientes vers un gynécologue en cas de nécessité. (55,67). Ceci correspond aux compétences attendues du MG. Dans sa thèse, le Dr Spilthooren

évoque l'importance de la réassurance des patientes pour intégrer le suivi gynécologique des patientes dans leur suivi global. (23) D'ailleurs, les compétences du MG à rassurer les patientes se retrouvent dans la thèse du Dr Chaffeaux (70) et du Dr Humeau Aubin qui parle de relation « privilégiée ». En effet, dans l'étude du Dr Humeau Aubin, 90% des patientes appréciaient pouvoir consulter leur MG en urgence. (67) De plus, les patientes ayant leur suivi gynécologique avec le médecin traitant préféraient le consulter en cas d'urgence gynécologique. (25,67)

### **c) Nécessité de la pratique des gestes gynécologiques par MG**

Les réponses des MG à la question en commentaires libres faisaient ressortir la nécessité et un certain optimisme concernant la réalisation des gestes gynécologiques par le MG. (23,37,44,49,54,55,73)

Par ailleurs, même si le suivi gynécologique des patientes se faisait principalement avec le gynécologue, 6% des patientes de l'étude étaient suivies par leur médecin traitant sur le plan gynécologique et auraient souhaité avoir leur suivi gynécologique ultérieur avec leur médecin traitant uniquement, ce qui est plutôt rassurant. (52). Les femmes suivies par leur médecin traitant sont motivées par la confiance et l'accessibilité aux consultations (55). Dans la thèse du Dr Megret, 55% des répondantes ne refusaient pas le suivi gynécologique par le MG. (52)

Par contre, seulement 34.5% des MG souhaitaient des formations complémentaires en gestes gynécologiques (MG femmes remplaçantes). (33) Pour les 65.5% restants, une partie d'entre eux sont MG homme, plus âgés et déjà formés dans ce domaine. L'autre partie préférerait peut-être des formations plus pratiques ? Peut-être un manque de temps ? Par ailleurs, plus de 56% des patientes ne trouvaient pas de facteur motivationnel à faire réaliser ces gestes gynécologiques chez leur médecin traitant.

Dans les commentaires libres, beaucoup de MG et de patientes évoquaient le déficit en gynécologue qui se creuse, malgré les chiffres qui prévoient une tendance à la stabilisation voire une légère augmentation des gynécologues d'ici 2030 au niveau national, mais selon une répartition inégale sur le territoire. (7,11,33,44,49,57) Dans la

région Hauts de France, la démographie des gynécologues médicaux tend à diminuer, selon un rapport du DREES. Il y a donc une réelle inquiétude des MG concernant la réalisation des gestes gynécologiques de leur patientèle féminine et de leur suivi de manière plus générale. (6)

De plus, concernant certains gestes, la pratique notamment est plus présente chez les MG plus âgés. Or, beaucoup de MG de plus de 60 ans sont proches de la retraite, ce qui risque de faire diminuer l'activité gynécologique des MG à l'avenir. (33)

La thèse du Dr Loiseau a relevé les facteurs de motivation du MG à réaliser le suivi gynécologique. Ses résultats montrent qu'une patiente qui choisit son médecin traitant pour son suivi gynécologique qualifie ce choix comme bénéfique. (3)

Ainsi, ces résultats, bien que partagés, ouvrent des pistes d'amélioration afin de faciliter ce suivi gynécologique par le médecin traitant, acteur central du suivi des patients.

#### **d) Apports DU gynécologie dans la pratique des gestes gynécologiques MG**

Le DU de gynécologie s'étend à pratiquement toutes les facultés de médecine de France mais son apport pratique en MG est variable selon les facultés de formation.

La formation du DU de gynécologie de l'université de Lille est une formation facultative qui se déroule sur une période d'un voire 2 ans. Elle comprend 11 journées d'enseignement théorique sous forme de module (84h) et 38 demi-journées de consultations, pour la partie pratique. Il est réparti en 3 modules distincts : Le premier module s'intéresse au cycle menstruel et aux pathologies associées, à la contraception, IVG, et violences faites aux femmes. Le deuxième module s'attelle aux cancers gynécologiques, pathologies vulvaires et de l'endomètre, IST, algies et troubles de la statique pelvienne et l'infertilité. Enfin, le troisième module est centré sur la grossesse physiologique, pathologique et le post-partum La validation de ce DU comprend un examen théorique sous forme de cas cliniques (6 cas cliniques) et une validation de la pratique par un MSU avec confirmation par un jury régional, sous forme

d'un mémoire. Concernant les gestes techniques gynécologiques, la formation théorique est riche variée (cours théoriques, cas cliniques, ateliers PRESAGE, GEP) et la formation pratique doit permettre de consolider les acquis. Le seul bémol, indépendant du DU lui-même, est l'impossibilité de faire valoir ce diplôme en l'affichant sur son ordonnancier ou sa plaque de médecin. Mais cela ne remet pas en cause la plus-value de ce diplôme, qui peut être expliquée aux patientes directement en consultation. (74)

Dans la thèse du Dr Legroux, la moitié des MG de son étude augmentait sa pratique de la gynécologie-obstétrique après l'obtention du DU de gynécologie. (33) Elle précise aussi que les médecins interrogés sur leurs attentes concernant le DU de Gynécologie répondaient en premier lieu l'apprentissage des gestes techniques pour acquérir une certaine maîtrise. (34)

Selon la thèse du Dr Bidet, il ressort un réel déficit de formation à la pose du DIU et de l'implant. (24) Dans notre étude, nous avons retrouvé une faible réalisation de l'implant (pose et retrait) et de la pose de DIU chez les MG ayant réalisé uniquement le stage d'internat en gynécologie et au contraire, une augmentation de réalisation de tous les gestes de l'étude sauf le retrait du DIU chez les MG ayant travaillé en PMI ou ayant obtenu le DU de gynécologie. Cela montre que la formation en DU de gynécologie des Hauts-de-France forme bien les MG à la réalisation de la pose du DIU et de l'implant, les 2 gestes les plus techniques de notre étude. Pourtant, seulement 9% de notre effectif a réalisé le DIU de gynécologie. (33) Comment expliquer cela ?

Le DU de gynécologie est souvent critiqué dans les thèses de médecine générale. En effet, sans remettre en cause son intérêt, on lui oppose le fait qu'il est difficile de faire valoir ce diplôme en cabinet (11,27,33), que c'est une formation payante, non rémunérée, chronophage (19,33) et que les stages pratiques sont difficiles à trouver pour les MG. (11,33) De plus, il serait formateur en FCU mais pas en DIU ni en implant (24,34). Enfin, les cours magistraux sont jugés trop centrés sur la pratique gynécologique hospitalière. (34).

### **e) Disparités du suivi gynécologique des patientes**

Dans notre étude, 83.5% des patientes déclaraient avoir un suivi gynécologique régulier. Ces résultats sont plus élevés que ceux du Dr Champeaux, Dr Delannoy et sont rassurants. (48,55) Selon l'enquête BVA en 2008, 71% des patientes déclaraient avoir un suivi gynécologique régulier (70% par les gynécologues gynéco, 15% par les MG et 14% sans suivi gynécologique). Cependant, les patientes jeunes et en situation de précarité avaient un suivi gynécologique irrégulier voire inexistant. (64) Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la thèse du Dr Bernard Julie, selon le score EPICES et le mémoire de Mme Dewez Elise. (63,75) De plus, notre étude retrouve une corrélation entre l'âge des patientes et le professionnel pour l'examen avec spéculum et le FCU. En effet, les patientes plus âgées faisaient leur examen gynécologique avec spéculum plus volontiers avec leur médecin traitant alors que les femmes entre 25 et 50 ans faisaient réaliser leur FCU chez le gynécologue. Ces résultats sont similaires à ceux de Bernard Julie qui retrouve un suivi gynécologique des femmes plus âgées chez le médecin traitant et celui des femmes les plus jeunes chez le gynécologue. (63) Devant la baisse à venir des gynécologues, il est important que ce suivi gynécologique soit maintenu, y compris chez les jeunes patientes.

## **II) Forces et limites de l'étude**

### **a) Forces de l'étude**

#### **1) Sujet de thèse**

Le thème de la pratique gynécologique en médecine générale a été peu étudiée dans le NPDC, ce qui renforce l'intérêt de cette étude. En effet, une thèse a été réalisée sur les actes techniques en médecine générale mais ne répondait pas spécifiquement au domaine de la gynécologie. De plus, une thèse a été réalisée sur les obstacles à la réalisation du FCU en Médecine Générale mais il s'intéressait uniquement aux obstacles et pas à la pratique dans son ensemble.

De plus, notre étude s'intéresse aussi bien au versant « médecin » qu'au versant « patiente », ce qui permet de confronter les points de vue des différents intervenants sur ce sujet.

## 2) Choix d'une étude quantitative

Le choix d'une étude transversale permet d'obtenir un « instantané » de la pratique gynécologique des MG et du vécu des patientes dans le NPDC. Même si elle n'a pas pour but d'évaluer avec précision un phénomène ni de rechercher un lien de causalité, elle permet de décrire des tendances.

## 3) Sélection des échantillons

- **Le recrutement des MG**

Les MG ont été contactés à la fois par la liste des UPL de la Faculté, par la liste universitaire des promotions des anciens internes en Médecine Générale, via l'annuaire téléphonique et par un centre de santé et ceci de manière équitable entre le Nord et le Pas de Calais. Ainsi, l'originalité repose sur le fait que le recrutement s'est fait par le biais de différents canaux.

- **Le recrutement des patientes**

Celui-ci s'est fait par l'intermédiaire des laboratoires à la fois du Nord et du Pas de Calais, répartis sur l'ensemble du territoire du NPDC, ce qui est un mode de recrutement original, adapté et qui limite un éventuel biais de réponse. En effet, si le recrutement des patientes avait été réalisé directement par l'intermédiaire des médecins interrogés, il est probable que les patientes auraient été dans le sens du suivi par leur médecin traitant, ce qui aurait biaisé les résultats avec une surreprésentation du suivi gynécologique par le MG et un vécu faussement positif.

## 4) Collecte des données

Les questionnaires ont été réalisés sur une plateforme en ligne, ce qui a grandement facilité le recueil des données. En effet, les MG ont répondu au questionnaire par un lien unique qui leur a été transmis via leur adresse mail, ce qui évite les délais d'attente liés à un envoi postal standard ainsi que le coût associé à ce mode d'envoi et les données étaient directement analysables.

Le choix du questionnaire en ligne a également facilité le recrutement des patientes. En effet, ce choix aurait été difficilement applicable sans la possibilité de ce type de questionnaire. La facilité de donner le lien URL lors de la venue de la patiente au

laboratoire permettait aux patientes de répondre au questionnaire quand elles le souhaitent, ce qui limite le nombre de refus.

De plus, le questionnaire en ligne a permis de limiter le nombre de questionnaires incomplets et non analysables et donc la perte de données. En effet, afin de valider l'ensemble du questionnaire, le répondant devait impérativement répondre à chaque question. Pratiquement l'ensemble des questionnaires a pu être analysé.

Les questionnaires sont courts, concis, compréhensibles à la fois pour les médecins et les patientes, simples à remplir. Ils sont également variés car ils comprennent des questions fermées, une question ouverte, une échelle d'auto-évaluation et ils ne sont pas binaires, ils s'intéressent à des fréquences de réalisation de gestes.

Nous avons réalisé plusieurs relances par courriel, ce qui a permis d'augmenter le taux de participation à l'étude.

Enfin, les questionnaires ainsi que le traitement des données recueillies sont anonymes et répondent aux normes éthiques de la CNIL.

#### 5) Analyse des données

Concernant le questionnaire médecin, nous avons à la fois posé des questions fermées mais également une question ouverte. De plus, nous avons recueilli les freins des MG à la réalisation des gestes gynécologiques de l'étude ainsi qu'un auto-questionnaire. Toutes ces données ont permis un recueil exhaustif de la pratique des MG dans le domaine de la gynécologie.

Concernant le questionnaire patiente, les freins et les motivations ont été recueillis, permettant d'obtenir un avis global concernant l'attente du suivi gynécologique des patientes de l'étude.

#### 6) Conflits d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

### **b) Limites de l'étude**

#### 1) Choix du sujet

Le sujet s'est intéressé principalement aux actes techniques gynécologiques. Ce thème est très spécifique et peut paraître réducteur dans son approche de la

gynécologie. La pratique de la gynécologie en Médecine Générale ne se résume bien entendu pas à son aspect technique mais renvoie à une prise en charge globale de la patiente.

## 2) Manque d'originalité

Les travaux de thèse sur la pratique gynécologique des MG ont été réalisés à de nombreuses reprises dans d'autres régions. C'est un thème récurrent.

## 3) Choix d'une étude quantitative

Le choix d'une étude quantitative n'est probablement pas la meilleure option pour étudier la pratique des MG et le vécu des patientes. En effet, l'approche quantitative ne permet pas d'explorer en profondeur les différentes pratiques des MG ni le ressenti d'une patiente vis-à-vis de son suivi gynécologique, il ne fait que donner une tendance de la pratique dans la population et du vécu des patientes.

De même, il ne renvoie pas aux compétences liées aux gestes (acquisition des gestes) mais à la performance de ceux-ci. (fréquence des gestes).

## 4) Période de recueil des données

Le recueil des données a été réalisé durant la période des fêtes de fin d'année (de novembre 2018 à janvier 2019), réputée de forte activité professionnelle pour les MG, ce qui a pu contribuer à ce faible effectif.

## 5) Sélection des échantillons

- **Biais de sélection**

- Le taux de participation a été faible en comparaison aux thèses sur le sujet avec un taux de participation entre 40 et 50% (I. Kiassi, S.Dias, Champeaux). Il y avait pour les MG, une partie des médecins à la retraite, des médecins non intéressés par le sujet, de faux numéros dans l'annuaire, des adresses mails de MSP, ce qui signifie l'absence de contact direct avec les MG. Pour la part des patientes, le recrutement a été réalisé dans les laboratoires, ce qui est fortement dépendant de l'engagement des professionnels des laboratoires à diffuser le questionnaire, ainsi que de la volonté et de la disponibilité des patientes à remplir le questionnaire via une plateforme en ligne.
- Il y a un manque de représentativité des deux populations étudiées. En effet, les échantillons de médecins et de patientes recrutés étaient faibles en comparaison aux

populations respectives du NPDC. De plus, il n'a pas été effectué de tirage au sort des deux échantillons finaux au vu des effectifs initiaux restreints.

- **Biais de recrutement**

- Notre étude est basée sur le volontariat. En effet, les MG étaient contactés par mail et étaient libres de répondre au questionnaire et les patientes pouvaient répondre au questionnaire si elles le souhaitaient. Peut-être que les MG les plus intéressés par la gynécologie et que les patientes accordant le plus d'intérêt à leur suivi gynécologique sont ceux ayant répondu le plus aux questionnaires.
- Concernant le questionnaire « médecin », près de 60% des MG répondants étaient des MSU. Les MSU sont probablement plus engagés sur le plan pédagogique et motivés pour répondre aux questionnaires de thèse. De plus, la patientèle féminine des MG de l'étude concerne principalement la population de 25 à 65 ans. L'effectif faible de suivi des jeunes femmes est un frein à l'analyse des résultats de l'étude. En effet, celles-ci n'ont probablement pas les mêmes attentes par rapport aux modalités contraceptives et au suivi gynécologique que le reste de la population féminine. De plus, les femmes au-delà de 65 ans sont moins concernées par les gestes techniques gynécologiques courants de l'étude (uniquement par le PV et l'examen au spéculum).
- Concernant le questionnaire « patiente », dans la population de patientes de notre étude, la répartition des participantes selon le département est inégale. En effet, en 2018, la répartition des femmes entre le Nord et le Pas-de-Calais retrouve 64% des femmes pour le Nord et 36% de femmes pour le Pas de Calais. Dans notre étude, elle est de 86.5% dans le Nord et 13.5% dans le Pas-de-Calais. Il existe donc une différence de répartition dans notre étude par rapport à celle des deux départements. Cela peut s'expliquer par les réponses favorables des laboratoires qui se sont limitées à certaines zones géographiques du Nord-Pas-de-Calais (surtout le bassin minier pour le Pas-de-Calais et la métropole lilloise pour le Nord).

## 6) Collecte des données

- **Biais de classement/jugement**

Les deux questionnaires contenaient plusieurs incohérences.

➤ *Pour le questionnaire « médecin »*

Le questionnaire « médecin » n'était pas centré exclusivement sur la pratique gynécologique des MG mais relatait une tendance de la pratique des gestes gynécologiques les plus courants par les professionnels de santé concernés.

La question sur « **la réalisation de l'internat de MG** » selon la réforme de 2004 a dû poser une problématique à certains MG. En effet, certaines réponses ne sont pas cohérentes au vu de l'âge du MG. Peut-être ont-ils confondu avec la réalisation d'un résidanat.

Il était demandé aux MG de répondre à « **la proximité des autres professionnels de santé** » avant de répondre à « **leur pratique dans le domaine gynécologique** », ce qui va à l'encontre même du sujet de thèse puisque nous nous intéressons avant tout à l'activité des MG. Certains MG ont pu se conforter dans la délégation de la prise en charge gynécologique et cela a pu se répercuter dans leurs réponses au questionnaire.

De même, concernant la question « **Formation en gestes techniques gynécologiques** », la mention « Stage d'internat » est peu précise, cela peut correspondre à un stage en N1, SASPAS, au planning familial, en stage de gynécologie hospitalière. De même, certains MG ont probablement compris la formation dans son ensemble et ont donc répondu à cette question d'une manière générale, pas spécifiquement en rapport à la gynécologie.

Pour la question « **Formation Pédagogique** », certains remplaçants ont répondu qu'ils étaient MSU. Cependant, il est impossible d'être MSU sans être installé en cabinet et après une certaine expérience en tant que médecin traitant. La question a été probablement mal comprise par les remplaçants car elle est équivoque. Ceux-ci ont compris « formation en gestes techniques par leurs MSU » au lieu de « leur propre formation en tant que MSU ».

A propos de la question « **Mode d'installation** », certains MG remplaçants ont indiqué qu'ils étaient installés, soit en cabinet seul, de groupe ou MSP car ils ont répondu en considérant leur activité dans leurs cabinets de remplacement. Cette question n'aurait

pas dû être posée aux MG remplaçants. Cela aurait pu être évité : soit en créant deux questionnaires « médecin » différents (un pour les MG remplaçants et un autre pour les médecins installés), soit en rendant les réponses à cette question facultatives.

Concernant la question sur le « **Niveau socio-économique et culturel de la patientèle** », les qualificatifs « Faible-Intermédiaire ou élevé » étaient peu parlant pour la majorité des MG qui ont une patientèle hétéroclite.

En effet, le niveau socio-économique et culturel ou communément appelé catégorie Socio Professionnelle (CSP), renvoie à la composante économique, culturelle et sociale. La signification de ce terme est large et plurifactorielle. C'est pourquoi il aurait été plus convenable d'utiliser des qualificatifs plus concis, comme dans le questionnaire « patiente », c'est-à-dire « Etudiant, Actif ou retraité ».

A propos de la question « **Envisagez-vous de vous former dans ce domaine ?** », 75% des MG ont répondu non. Il aurait été intéressant de connaître la raison de leur réticence à se former.

➤ *Pour le questionnaire « patiente »*

Il y a tout d'abord l'intitulé du questionnaire qui a pu influencer le taux de réponse à celui-ci. En effet, même si le terme « **acte technique gynécologique** » était expliqué en commentaire, il a pu paraître flou pour de nombreuses patientes.

La question « **Travaillez-vous dans le milieu Médical ?** » manque de sens. Il aurait été plus judicieux de demander quel est le secteur d'activité de la personne afin d'étudier la variable secteur d'activité concernant le vécu des patientes dans le domaine de la gynécologie.

Concernant le « **mode de contraception actuel** », nous avons oublié de préciser la contraception par injection intra-musculaire trimestrielle de progestatif.

La question « **Avez-vous un suivi gynécologique régulier ?** » avec un suivi gynécologique régulier sur une période d'un an, comme le préconisait la campagne de sensibilisation IMAGYN en 2018 et l'HAS. En fait, le terme « régulier » est très subjectif car il dépend du niveau d'intérêt de la patiente en ce qui concerne son suivi

gynécologique et le suivi dépend aussi de l'âge de la patiente. En effet, il est recommandé pour les patientes d'effectuer une palpation mammaire annuelle chez un MG ou un gynécologue à partir de 25 ans. De plus, concernant ce sujet de thèse, il aurait été plus approprié de parler d'un suivi minimum sur 3 ans. (qui correspond à la fréquence de réalisation du FCU lorsque l'antériorité est normale et de la périodicité de l'implant).

Le positionnement de la question « **Qui vous suit sur le plan gynécologique ?** » dans le questionnaire n'est pas approprié en début de questionnaire dans le sens où si la patiente est effectivement suivie par le gynécologue ou la SF, elle sera influencée sur le reste du questionnaire concernant son suivi gynécologique. Il aurait fallu poser cette question à la fin du questionnaire.

La formulation même de certaines questions pose problème car elle ne s'oriente pas vers le suivi exclusif par le MG mais s'intéresse plutôt au suivi gynécologique des patientes dans leur ensemble. Il aurait fallu préciser si tel ou tel geste gynécologique était réalisé par le médecin traitant ou MG remplaçant. Au vu des résultats de l'étude, nous aurions recueilli principalement des réponses négatives et cela aurait eu un intérêt limité pour évaluer le vécu des patientes. De plus, l'approche du suivi gynécologique des femmes doit se faire en prenant compte les différents intervenants dans ce suivi que sont le MG, le gynécologue, la SF et maintenant les laboratoires, avec bien entendu le rôle central du MG dans ce suivi pour une prise en charge globale de la patiente.

La question sur **les modalités du suivi gynécologique** s'intéresse à la réalisation des gestes gynécologiques mais sans préciser la fréquence de réalisation de ceux-ci. Ces données sont pourtant indispensables lorsqu'on s'intéresse au suivi gynécologique des femmes.

Chaque question se référant au **vécu pour tel ou tel geste** renvoie à la réalisation du dernier geste en date. Ainsi, il est possible que le suivi par le gynécologue ou la SF soit la conséquence d'un suivi antérieur par le MG et mal vécu par la patiente. Ces données n'ont pas été recueillies et peuvent limiter l'étude du vécu des patientes concernant leur suivi gynécologique par le MG.

De même, Il fallait que la patiente réponde au « vécu du geste » selon qu'il soit « Faible, Intermédiaire ou Elevé ». Cependant, un vécu est soit bon ou mauvais mais ne peut pas être faible intermédiaire ou élevé.

Par rapport à l'étude de **la réalisation du PV**, il n'est pas précisé pour quel motif celui était réalisé : dépistage du CCU ? dépistage d'IST ? vulvo-vaginite persistante ?

Concernant l'étude des freins et des motivations des patientes au suivi gynécologique par le MG, il est précisé dans la même réponse « **gêne de la patiente** » et « **médecin de Famille** ». Le fait que le MG soit le médecin de famille peut en effet être un motif de gêne pour la patiente mais il ne résume pas la gêne de la patiente car celle-ci peut se référer à un autre motif voire être d'origine multiple.

Il y a le critère du genre avec la précision sur le fait que le suivi soit réalisé par un homme.

Il aurait été préférable d'inclure également le sexe féminin dans le sens où une femme peut préférer être suivie par un homme sur le plan gynécologique.

Il aurait fallu relever le critère « **délai d'attente pour un rendez-vous chez le gynécologue** » plutôt que « moins d'attente » car ce critère a été cité par quelques patientes. Certaines patientes ont peut-être compris « moins d'attente dans le cabinet » au lieu de « moins d'attente pour un rdv » et n'ont donc pas coché cet item.

- **Biais de réponse**

- *Pour le questionnaire « médecin »*

Il y a près de 60% de MG recrutés dans l'étude qui sont MSU. Il est possible que les MSU se forment plus que les autres sur les gestes techniques par soucis de transmettre une activité variée de la médecine libérale aux internes et externes.

- *Pour le questionnaire « patiente »*

Concernant la question « **Avez-vous un suivi régulier ?** », Nous sommes agréablement surpris que 84% des patientes aient répondu favorablement à cette question, en comparaison aux résultats obtenus dans le mémoire d'Elise Dewez en 2014 (c'est à dire 58.2% de suivi gynécologique régulier). Cela peut s'expliquer par l'extension des compétences à la gynécologie aux sages-femmes en 2009 ou aux

résultats des différentes campagnes sur les dépistages gynécologiques depuis 2014. Il aurait été intéressant d'étudier les motifs gynécologiques les plus fréquents faisant consulter les patientes afin d'évaluer la part de consultations pour gestes gynécologiques, la part de consultations pour autre motif gynécologique (prescription de pilule, IVG, ménopause...) et la part obstétricale (suivi de grossesse).

Concernant le vécu de chaque geste, il existe une redondance des réponses chez certaines patientes. Etait-ce réellement le vécu de ces patientes ou ont-elles été influencées par les premières questions ?

- **Biais de compréhension**

Certaines questions ont probablement été partiellement comprises par certaines patientes. En effet, à la question « **Les actes techniques que vous avez déjà eus dans le passé ?** », elles répondaient avoir eu tel geste gynécologique mais ensuite, aux questions se référant au « **vécu concernant chaque geste gynécologique** », elles disaient ne pas avoir eu ce geste.

A propos de la réponse sur **l'Examen avec spéculum**, certaines patientes qui sont pourtant âgées et qui ont déjà eu des frottis ou pose de DIU répondaient n'en avoir jamais eu. Le terme de « spéculum » n'a peut-être pas été compris par l'ensemble des patientes interrogées.

Concernant les **freins et les motivations à la réalisation des gestes techniques gynécologiques par le MG**, il est difficile de savoir si les réponses concernant le sexe et l'âge du médecin sont spécifiquement liés au MG ou non.

- **Biais de déclaration** : Chaque MG répondant au questionnaire sur sa pratique de gestes gynécologiques l'a fait de manière anonyme. Il est donc impossible de vérifier sa pratique réelle.
- **Biais d'évaluation** : Le questionnaire renvoie à une subjectivité car chaque répondant donne soit un avis concernant sa pratique pour les médecins, soit de son vécu pour les patientes. Il n'y a donc aucune valeur objective dans ces données.

Concernant la méthode du questionnaire en ligne, l'inconvénient de l'anonymat est la possibilité pour un répondant de répondre à plusieurs reprises au même questionnaire, ce qui crée des doublons. Ainsi, il est difficile pour l'enquêteur de repérer ces doublons et de pallier ce problème, surtout si ces doublons ne sont pas consécutifs.

7) Analyse des données

La puissance de l'étude est affaiblie par des effectifs peu importants.

---

## Conclusion

---

Dans le domaine de la gynécologie, le dépistage, la contraception et l'examen gynécologique sont parties intégrantes de l'activité du médecin généraliste qui est au centre de la prise en charge des patientes. Devant la pénurie des gynécologues médicaux, son recours est essentiel pour les pathologies gynécologiques.

Notre étude consistait à évaluer la pratique des principaux gestes gynécologiques chez les médecins généralistes en cabinet dans le Nord-Pas-de Calais.

Nos objectifs secondaires étaient de relever le ressenti des patientes du Nord-Pas-de Calais concernant leur suivi gynécologique, d'étudier les principaux freins à la pratique de ces gestes par les médecins généralistes libéraux et d'analyser les freins et les motivations des patientes concernant leur suivi gynécologique par le médecin généraliste.

### Nos principaux résultats montraient que :

Les médecins généralistes réalisaient régulièrement le FCU (les femmes, les MG travaillant en milieu rural). Ceux qui avaient moins d'expérience professionnelle réalisait moins le frottis. Le taux de pose et retrait du DIU était faible (retrait>pose) mais supérieur aux autres études, ce qui montre une évolution des pratiques. Nous avons trouvé que les MG de plus de 50 ans retiraient plus de DIU alors que les MG homme le faisaient moins. De plus, les MG qui avaient travaillé en PMI ou avaient leur DU de gynécologie posaient plus le DIU. Au contraire, les patientes de l'étude qui étaient sous DIU l'avaient fait poser aussi bien par le médecin traitant que le gynécologue ou à la sage-femme. La pose et le retrait de l'implant hormonal étaient faibles par rapport à des études plus ancienne. Ce n'était pas un moyen de contraception très utilisé par les patientes. Les MG homme posaient et retiraient moins l'implant alors que les médecins âgés le faisaient plus. De plus, plus ils étaient distants de la SF, moins ils réalisaient la pose et le retrait d'implant. La réalisation du PV par les MG était faible également, surtout chez les MG homme et plus significative avec la réalisation du DU de gynécologie ou l'expérience en PMI. Les MG qui avaient une activité en zone mixte (Nord et Pas-de Calais) le réalisaient plus. Le taux d'auto-prélèvement vaginal par les patientes était relativement important (toutes recherches étiologiques confondues). Les MG réalisaient régulièrement l'examen avec spéculum

(les femmes, les MG ayant le DU de gynécologie ou participant à des congrès médicaux dans ce domaine ou avec plus d'expérience professionnelle). Les patientes plus âgées faisaient plus souvent confiance à leur médecin traitant pour la réalisation de cet examen et elles préféraient que cet examen soit effectué par le professionnel qui les suit. Les principaux freins chez les MG étaient : la réticence des patientes (MG homme), la proximité d'un professionnel de santé (MG âgés, MSU, en cabinet de groupe/MSP, avec une formation pratique en gestes gynécologiques), l'activité chronophage des gestes gynécologiques (MG femmes) et le manque de formation personnelle ou de pratique (jeunes MG, avec un apport bénéfique du DU de gynécologie et insuffisance d'apprentissage pour le stage d'internat en gynécologie, pas assez de FMC). Les principaux freins chez les patientes étaient : les compétences du gynécologue ou de la sage-femme, l'image du médecin de famille, le manque de formation du médecin généraliste et le sexe masculin du MG. Les facteurs motivationnels énoncés par les patientes étaient la proximité du cabinet de MG (patientes avec suivi gynécologique non régulier), le délai d'attente simplifié pour un rdv, le coût de la consultation et la relation de confiance avec le médecin traitant. Trois données étaient particulièrement importantes dans notre étude : l'importance de la réalisation de ces gestes gynécologiques par le MG pour le suivi gynécologique de la femme, l'apport du DU de gynécologie, variable selon les lieux de formation, et les disparités de suivi gynécologique selon l'âge des patientes.

Plusieurs pistes de préconisations sont à envisager :

- **Pour les patientes** : Communication à grande échelle (affichage en cabinet de MG, en laboratoire, sur un site « grand public », médias, livres, presse féminine, des campagnes de sensibilisation ciblées au sein des Universités (stands informatifs, journées dédiées), information par les mutuelles, information des compétences en gynécologie sur les plaques médicales). (52,55)
- **Pour les MG** : Elargir la pratique gynécologique universitaire (rendre obligatoire le stage en gynécologie-obstétrique, plus de stages de gynécologie ambulatoire, plus de stages en PMI, stages de consultation sur la contraception, stage collaboratif avec les sages-femmes) et post-universitaire (permanences au planning familial, favoriser les ateliers pratiques, cours sur information et réassurance des patientes sur le suivi gynécologique) (16,57,60,76,77), aménager des plages horaires gynécologiques (à l'instar des plages horaires

pédiatriques), , faciliter l'obtention de kits FCU avec spéculum inclus, mettre à disposition des MG des outils d'apprentissage pour sensibiliser leurs patientes, travail collaboratif avec les sages-femmes libérales (coopération de proximité, MSP) (78), rôle des assurances pour mieux informer sur les modalités d'assurance pour les gestes gynécologiques. (24)

---

**Annexes**

---

**Annexe 1 : Fiche informative pour le recrutement des patientes**



J'effectue actuellement un travail de recherche sur la Santé des Femmes majeures, principalement leur vécu du suivi gynécologique dans le Nord-Pas de Calais (contraception, frottis, prélèvements gynécologiques...)

Ce travail s'effectue via un questionnaire en ligne (durée : 3min). Aucun résultat d'examen ne vous sera demandé et je m'engage personnellement à respecter l'anonymat des données recueillies.

Je vous remercie par votre participation à améliorer la prise en charge des patientes :

<https://urlz.fr/8790>

Mes remerciements

Bocquet Charly (interne en Médecine Générale)

**Annexe 2 : Mail informatif pour le recrutement des médecins généralistes**

Chères consœurs, chers confrères,

J'effectue actuellement une thèse qualitative sur le **ressenti et les attentes de médecins généralistes concernant la réalisation d'actes techniques gynécologiques en cabinet.**

Je vous sollicite afin de remplir ce questionnaire très court. Merci d'indiquer la même adresse mail dans le questionnaire (ou une adresse mail indiquant votre identité). Si des médecins remplaçants (non interne) intervenant dans votre cabinet travaillent surtout dans l'agglomération lilloise et que vous avez la possibilité de leur en parler, je vous en remercie.

Bien entendu, toutes les données seront gardées confidentielles et détruites après la soutenance de ma thèse.

**Il est possible que ma directrice de thèse le Dr Aelbrecht vous contacte pour le même motif. Dans ce cas, ne tenez pas compte de ce mail.**

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdU05gSdGE-DYH6izrASOWH4QjF6\\_kT7tuvpOaDXqufM06K6g/viewform?c=0&w=1](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdU05gSdGE-DYH6izrASOWH4QjF6_kT7tuvpOaDXqufM06K6g/viewform?c=0&w=1)

Je vous remercie pour votre temps.

Confraternellement

Bocquet Charly (interne en médecine générale à Lille)

### **Annexe 3 : Questionnaire médecin**

#### **Evaluation de la pratique des gestes gynécologiques par les médecins généralistes en cabinet**

Etude descriptive transversale dans le Nord-Pas-de-Calais sous forme d'auto-questionnaire-Bocquet Charly. Gestes techniques gynécologiques courants : spéculum, FCU, Pose et retrait DIU ou implant, PV.

**1. Sexe :**  femme  homme

**2. Age :**  <30 ans  30 à 50 ans  >50 ans

**3. Statut professionnel :**  installé  Remplaçant  Collaborateur  Assistant

**4. Avez-vous réalisé l'internat de médecine générale (Réforme 2004) :**  oui  
 non

**5. Avez-vous effectué votre internat dans le Nord-Pas-de-Calais :**  oui  non  
 non concerné

**6. Expérience en cabinet (ancienneté) :**  <3 ans  3 à 10 ans  11 à 25 ans  
 >25 ans

**7. Zone d'exercice :**  rurale  urbaine

**8. Département du lieu d'exercice :**  Nord  Pas-de calais  mixte

**9. Mode d'installation :**  cabinet seul  cabinet de groupe  MSP  
 Non concerné  Autre

**10. Formation pédagogique : (sélection la/les réponse(s)) :**  
 MSU  conférencier  aucune  autre

**11. Proximité cabinet gynécologie/ sage-femme :**

	Oui	Non
Gynécologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sage-femme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12. Envoyez-vous vos patientes en gynécologie ou chez la sage-femme pour des gestes techniques courants (cf définition du questionnaire) ?**

gynécologie  sage-femme  non

**13. Si oui, pour quels gestes ? Si non, répondre non concerné (sélectionner la/les réponse(s)) :**

FCU  PV  pose d'implant  retrait d'implant  pose DIU  retrait DIU  
 examen avec spéculum  non concerné

**14. Formation en gestes techniques gynécologiques (sélectionner la/les réponses(s)) :**

- stage d'internat  DU gynécologie  congrès médicaux  planning familial  
 missions humanitaires  formations pratiques  aucune  autre

**15. Pourcentage patientèle féminine du cabinet (%) :**

- <25  25 à 50  51 à 75  > 75

**16. Age patientèle féminine (majoritaire) :**

- <25 ans  25 à 50 ans  51 à 65 ans  >65 ans

**17. Niveau socio-culturel de la patientèle (majoritaire) :**

- faible  intermédiaire  élevée

**18. Réalisation FCU :**  < 1/sem  1 à 5/sem  >5/sem  non

**19. Réalisation DIU :**

	≥1/sem	<1/sem (et ≥1/mois)	<1/mois	Non
Pose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retrait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**20. Réalisation implant contraceptif :**

	≥1/sem	<1/sem (et ≥1/mois)	<1/mois	Non
Pose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retrait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21. Réalisation PV :**  <1/sem  1 à 5/sem  >5/sem  non

**22. Examen avec spéculum :**  <1/sem  1 à 5/sem  >5/sem  non

**23. Quels sont vos freins à la réalisation de gestes gynécologiques en cabinet ? (Sélectionner la/les réponse(s)) :**

- coût du matériel  acte pas assez rémunéré  réticence des patientes  
 temps insuffisant  trop de technicité  pas assez de formation  
 risque médico-légal  rôle gynécologue/sage-femme  gêne du médecin  
 pas assez de pratique  proximité du gynécologue/sage-femme  aucun

**24. Envisagez-vous de vous former dans ce domaine ? (Gestes techniques en gynécologie) :**  oui  non

**25. Auto-évaluation des compétences en gestes techniques gynécologiques :**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Insuffisante	<input type="radio"/>	Très bonne										

**26. Comment envisagez-vous le rôle du médecin généraliste dans la réalisation des gestes techniques gynécologiques dans les années à venir ?**

*(Texte libre)*

#### **Annexe 4 : Questionnaire patiente**

#### **Point de vue des femmes majeures concernant la réalisation des gestes techniques gynécologiques par le médecin généraliste**

(Gestes techniques= frottis, stérilet, implant hormonal, prélèvement vaginal spéculum). PATIENTES MAJEURES DANS LE NORD-PAS DE-CALAIS UNIQUEMENT, merci. Auto-questionnaire-Bocquet Charly

**1. Age :**  <25 ans  25 à 50 ans  51 à 65 ans  >65 ans

**2.Statut marital :**  célibataire  pacsée/mariée  séparée/divorcée  veuve

**3.Niveau socio-économique :**  active  retraitée  étudiante

**4.Dans quel département habitez-vous ?**  Nord  Pas de-Calais

**5.Travaillez-vous dans le milieu médical ?**  oui  non

**6.Quel mode de contraception avez-vous actuellement ?**

- pilule oestro-progestative  implant contraceptive  stérilet  
 anneau vaginal/patch œstrogène  préservatif masculin/féminin  aucun  
 non concernée (ménopausée)

**7. Avez-vous un suivi gynécologique régulier (au moins une fois par an) :**

- oui  non  aucun suivi

**8. Qui vous suit sur le plan gynécologique ?**

- médecin généraliste  gynécologue  sage-femme  pas de suivi

**9. Cochez la/les case(s) correspondant aux actes techniques gynécologiques que vous avez déjà eus dans le passé ? (Au moins une fois)**

- Frottis  implant contraceptif  stérilet  prélèvement vaginal  
 examen avec spéculum  aucun

**10. Vécu du frottis :**

	Faible	Moyen	Très élevé	Non réalisé
Appréhension avant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress pendant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vécu du geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11.Par qui a été réalisé le dernier frottis :**

- médecin traitant  médecin généraliste remplaçant  gynécologue  sage-femme  laboratoire  non réalisé

**12. Vécu de la pose du stérilet :**

	Faible	Moyen	Très élevé	Non réalisé
Appréhension avant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress pendant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vécu du geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. Par qui a été réalisé la dernière pose de stérilet ?**  médecin traitant  
 médecin généraliste remplaçant  gynécologue  sage-femme  non réalisée

**14. Vécu du retrait du stérilet :**

	Faible	Moyen	Très élevé	Non réalisé
Appréhension avant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress pendant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vécu du geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15. Par qui a été réalisé le dernier retrait de stérilet ?**  médecin traitant  
 médecin généraliste remplaçant  gynécologue  sage-femme  non réalisée

**16. Vécu de la pose d'implant :**

	Faible	Moyen	Très élevé	Non réalisé
Appréhension avant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress pendant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vécu du geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**17. Par qui a été réalisée la dernière pose d'implant ?**  médecin traitant  
 médecin généraliste remplaçant  gynécologue  sage-femme  non réalisée

**18. Vécu du retrait d'implant :**

	Faible	Moyen	Très élevé	Non réalisé
Appréhension avant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress pendant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vécu du geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**19. Par qui a été retiré le dernier implant ?**  médecin traitant  
 médecin généraliste remplaçant  gynécologue  sage-femme  non réalisé

**20. Vécu du prélèvement vaginal :**

	Faible	Moyen	Très élevé	Non réalisé
Appréhension avant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress pendant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vécu du geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21. Par qui a été réalisé le dernier prélèvement vaginal ?**  médecin traitant  
 médecin généraliste remplaçant  gynécologue  sage-femme  Vous-même  laboratoire  non réalisé

**22. Vécu de l'examen avec spéculum :**

	Faible	Moyen	Très élevé	Non réalisé
Appréhension avant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress pendant le geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vécu du geste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**23. Par qui a été réalisé le dernier examen avec spéculum ?**  médecin traitant  
 médecin généraliste remplaçant  gynécologue  sage-femme  non réalisé

**24. A l'avenir, vous préféreriez que ces gestes gynécologiques soient réalisés par ?**  médecin traitant  médecin généraliste remplaçant  gynécologue  
 sage-femme

**25. Critère(s) vous incitant à ne pas aller chez votre médecin généraliste pour ce motif : (sélectionner la/les réponse(s))**

- médecin de famille  médecin homme  jeune médecin  médecin âgé
- compétences du gynécologue/sage-femme
- médecin généraliste pas formé en gynécologie  aucun  autre

**26. Critère(s) vous incitant à aller chez votre médecin généraliste pour ce motif : (sélectionner la/les réponse(s))**

- aussi compétent  plus à l'écoute de mes problèmes de santé
- plus proche de chez moi  médecin femme  a l'habitude de mon suivi
- moins cher que le gynécologue  moins d'attente  aucun  autre

---

## Bibliographie

---

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
2. DocThom. Définition de « Gynécologie » [Internet]. Dictionnaire médical.
3. LOISEAU S. Facteurs favorisant la réalisation du suivi gynécologique par le MG. Rouen; 2019.
4. CNOSF. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.
5. Association CNGOF. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique (Observatoire Thalès, panel EPPM) [Internet]. 1998
6. DREES. Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe [Internet]. 2013
7. BROCAS A. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. J Pédiatrie Puériculture. févr 2009.
8. Jabri K (DREES/SEEE/BACS). Les dépenses de santé en 2018 > édition 2019 > DREES-Les soins des sages-femmes.
9. CNGOF asso. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. QUEL AVENIR ? SOMMAIRE (Observatoire Thalès, panel EPPM) [Internet].
10. INSEE. Estimations de population par sexe et âge au 1er janvier 2018 | Insee. 2018.
11. DIAS S. Etat des Lieux de la pratique de la Gynécologie-Obstétrique par les médecins Généralistes d'Ile-De-France. [Paris]: Paris VII; 2010.
12. COSTES M, LOUZEAU ARNAL G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2006.
13. LE GAOZIOU M-F. Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie- Revue du praticien-Médecine générale. 1999
14. HAS. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2020
15. MG France. Frottis- MG France [Internet].
16. CHARIER Y-M. Les motifs fréquents de consultation gynécologique en médecine générale : pratiques, freins et difficultés : à propos d'une étude réalisée auprès des médecins généralistes de la Corrèze. Limoges; 2009.

17. SAIDANI M. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins généralistes et des patientes [Internet]. [Bourgogne]: Bourgogne; 2016
18. KIASI I. L'implant contraceptif et les médecins généralistes en Seine Saint Denis: Etat des lieux [Internet]. [Paris]: Paris VII; 2013
19. LAUCHET N, Université de Limoges. Faculté de Médecine. Limoges. FRA / com. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne : obstacles et besoins de formation identifiés. Limoges; 2010.
20. BURNAY J. Facteurs influençant la pratique d'une activité gynécologique en médecine générale. Amiens; 2017.
21. SQUIMBRE C. Obstacles à la réalisation du FCU en Médecine Générale: étude qualitative par analyse prédictive chez les médecins généralistes du Nord Pas de Calais [Internet]. Lille; 2012.
22. NGUYEN N-K. Environnement réconfortant et respect de l'intimité: A propos de la consultation gynécologique. Lille; 2018.
23. SPILTHOOREN N. Le ressenti des femmes faisant leur FCU chez le MG en milieu rural. Bordeaux; 2018.
24. BIDET P. Pratique des gestes et techniques de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil. [Créteil]: Paris XII; 2013.
25. CRETIN, BEN HAYOUN F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique. Paris XII; 2014.
26. ORA M. Orientation et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention. Créteil; 2007.
27. DIEN-BERGEARD B. Les difficultés rencontrées par les MG d'Indre-et-Loire dans le suivi gynéco-obstétrical. Tours; 2013.
28. DE VERBIZIER A. DIU en médecine générale en Lorraine. Nancy; 2011.
29. MICHELET BRETAUDEAU L. DIU: Analyse des pratiques des MG et des gynécologues médicaux de Loire Atlantique. [Nantes]; 2010.
30. HAS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme- Recommandations pour la pratique clinique. 2004;
31. DESSENNE C. Approche de l'utilisation de l'implant contraceptif par les MG du Nord-Pas-de-Calais. Lille; 2013.
32. ARBOUYS S. Implant contraceptif hormonal: Opinions et Analyse des pratiques des MG en Sarthe, Maine et Loire et Mayenne. Angers; 2015.
33. PICAUD C. Pratique de la gynécologie par les médecins généralistes de Loire Atlantique. [Loire Atlantique]: Nante; 2013.

34. **LEGROUX C. Motivations et attentes des MG d'Aquitaine inscrits aux DU ou DIU de gynécologie à Bordeaux. Bordeaux; 2016.**
35. **CIM10. Code CCAM-QZGA002 Ablation ou changement d'implant. [Internet]. 2021**
36. **YVENAT M. Etat des lieux des connaissances des femmes sur l'implant contraceptif. Brest; 2016.**
37. **BONDARENKO O. Pratique du PV par les MG dans la prise en charge des vaginoses bactériennes. Angers; 2019.**
38. **URML. Suivi gynécologique: implication des médecins généralistes dans le Pays de la Loire. 2014-2016**
39. **DUQUENNE M. Prise en charge des principales vulvo-vaginites en MG. Amiens; 2018.**
40. **BOHBOT JM, SENAOUI P, VERRIERE F, ACHHAMMER I. Diversité étiologique des vaginites –Gynécologie Obstétrique et Fertilité 40. 2012.**
41. **BOISIVON A. Diagnostic des vaginites en médecine générale: confrontation clinique et bactériologique. 2002.**
42. **NESSLANY P. Intérêt de l'auto-prélèvement vaginal pour améliorer la couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus. Lille; 2012.**
43. **Santé Publique France. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire. Numéro thématique. Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2017.**
44. **CHERON C. Examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans en médecine générale pour le dépistage des cancers gynécologiques. Rouen; 2017.**
45. **LE FLOCH A. Auto-prélèvement vaginal à Chlamydia Trachomatis en MG: Etude quantitative et d'acceptabilité. [Paris 6]; 2014.**
46. **Santé Publique France. Chlamydiae [Internet]. 2020 .**
47. **HAS. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018**
48. **DELANNOY-EGLINGER A. A propos du suivi gynécologique: médecin généraliste ou spécialiste ? : étude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2009.**
49. **GUYOMARD H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale. Angers; 2018.**
50. **BLIN A. Suivi gynécologique hors grossesse: Contenu idéal des consultations selon les patientes. Tours; 2017.**
51. **RIALLAND A, RIPAUX M. Pratique du premier examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active. Angers; 2016.**

52. MEGRET V. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale. [Toulouse]: Limoges; 2010.
53. CARPEZA E. Les Gestes Techniques Gynécologiques en Médecine Générale à la Réunion : étude descriptive randomisée. [Picardie]: Amiens; 2006.
54. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative. 2017.
55. CHAMPEAUX R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecin générale: point de vue de MG et de patientes. Poitiers; 2013.
56. LEVASSEUR G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne [Internet]. 2005
57. LAGNEAU A. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques [Internet]. [PACA]: Nice; 2016.
58. BROSSET M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale. [Tours]: François-Rabelais; 2013.
59. DREES. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : Temps de consultation. 2009;8.
60. CHAMBENOIT B. La Formation Médicale Initiale à l'examen Gynécologique des Médecins Généralistes dans la Région Centre: Ou et comment sont-ils formés? [Tours]: Orléans Tours; 2011.
61. Université de Lille. Objectifs stage de gynécologie-obstétrique maquette Médecine générale [Internet]. 2021
62. Université de Lille. DES Médecine générale- Stages - Faculté de Médecine Henri Warembourg [Internet]. 2021
63. BERNARD J. Suivi gynécologique: Représentations et ressentis des patientes. [Etude qualitative]. Université de Lille; 2018.
64. BVA 2008. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique.
65. Stéphanie D, Catherine B. L'acceptation par les femmes des gestes techniques courants de gynécologie médicale en Médecine Générale. 2013.
66. BARRE-CHANTRE C. Qu'est ce qui détermine le choix du praticien pour le suivi gynécologique des femmes? Clermont-Ferrand; 2009.
67. HUMEAU AUBIN S. Etat des lieux et perspectives à partir d'une enquête menée auprès de 40 MG, 10 résidents et 154 patientes. Niort; 2004.
68. DREES. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. 2017
69. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. 2020

70. **CHAFFEAUX C. Suivi gynécologique des femmes en Picardie: quel médecin, sur quels critères? [Internet]. Picardie; 2009.**
71. **FMF. Les nouveaux tarifs en gynécologie [Internet]. Fédération des Médecins de France. 2017**
72. **AMELI. Tarifs conventionnels sage-femme [Internet]. 2020**
73. **LAGEYRE K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale: étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne. [Bordeaux]: Bordeaux; 2014.**
74. **Pr CATTEAU-JONARD S. Formation complémentaire en gynécologie-obstétrique pour les médecins généralistes. 2020-2021**
75. **DEWEZ E. Le suivi gynécologique des MG en milieu rural: Etat des lieux et freins dans le NPDC. Lille: Université Catholique de Lille; 2014.**
76. **Boucher S. Évaluation de l'acquisition de trois gestes techniques de gynécologie (frottis cervico-utérin, pose de dispositif intra-utérin et pose d'implant contraceptif) au cours du DES de médecine générale en fonction des lieux de formation en Rhône-Alpes (faculté Grenoble, Lyon et Saint-Etienne). [Grenoble]: Grenoble Alpes; 2016.**
77. **DESEILLE N. La formation des internes en MG aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie. [Bordeaux]; 2017.**
78. **TROSSAT F, Université Claude Bernard Lyon 1. Villeurbanne. FRA / com. Partage de compétences dans la pratique gynécologique : opinions des médecins généralistes et gynécologues concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique. 2017.**

**AUTEUR : Nom :** Bocquet

**Prénom :** Charly

**Date de soutenance :** 25/03/2021

**Titre de la thèse :**

Pratique des gestes techniques gynécologiques des médecins généralistes en cabinet et ressenti des patientes concernant leur suivi gynécologique

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement :** *Médecine Générale*

**DES + spécialité :** *Médecine Générale*

**Mots-clés :** Dispositif intra utérin, Frottis cervico-utérin, Implant hormonal, Prélèvement vaginal, examen avec spéculum, gestes gynécologiques, Médecine générale

**Résumé :**

Dans le domaine de la gynécologie, le dépistage, la contraception et l'examen gynécologique sont parties intégrantes de l'activité du médecin généraliste qui est au centre de la prise en charge des patientes. Devant la pénurie des gynécologues médicaux, son recours est essentiel pour les pathologies gynécologiques.

Notre étude consistait à évaluer la pratique des principaux gestes gynécologiques chez les médecins généralistes en cabinet et de relever le ressenti des patientes dans le Nord-Pas-de Calais.

Nos objectifs secondaires étaient d'étudier les principaux freins à la pratique de ces gestes par les médecins généralistes libéraux et d'analyser les freins et les motivations des patientes concernant leur suivi gynécologique par le médecin généraliste.

Les médecins généralistes réalisaient régulièrement le FCU (les femmes, les MG travaillant en milieu rural). Ceux qui avaient moins d'expérience professionnelle réalisait moins le frottis. Le taux de pose et retrait du DIU était faible (retrait>pose) mais supérieur aux autres études, ce qui montre une évolution des pratiques. Nous avons trouvé que les MG de plus de 50 ans retiraient plus de DIU alors que les MG homme le faisaient moins. De plus, les MG qui avaient travaillé en PMI ou avaient leur DU de gynécologie posaient plus le DIU. Au contraire, les patientes de l'étude qui étaient sous DIU l'avaient fait poser aussi bien par le médecin traitant que le gynécologue ou à la sage-femme. La pose et le retrait de l'implant hormonal étaient faibles par rapport à des études plus ancienne. Ce n'était pas un moyen de contraception très utilisé par les patientes. Les MG homme posaient et retiraient moins l'implant alors que les médecins âgés le faisaient plus. De plus, plus ils étaient distants de la SF, moins ils

réalisaient la pose et le retrait d'implant. La réalisation du PV par les MG était faible également, surtout chez les MG homme et plus significative avec la réalisation du DU de gynécologie ou l'expérience en PMI. Les MG qui avaient une activité en zone mixte (Nord et Pas-de Calais) le réalisaient plus. Le taux d'auto-prélèvement vaginal par les patientes était relativement important (toutes recherches étiologiques confondues). Les MG réalisaient régulièrement l'examen avec spéculum (les femmes, les MG ayant le DU de gynécologie ou participant à des congrès médicaux dans ce domaine ou avec plus d'expérience professionnelle). Les patientes plus âgées faisaient plus souvent confiance à leur médecin traitant pour la réalisation de cet examen et à l'instar du FCU, elles préféraient que cet examen soit effectué par le professionnel qui les suit. Les principaux freins chez les MG étaient : la réticence des patientes (MG homme), la proximité d'un professionnel de santé (MG âgés, MSU, en cabinet de groupe/MSP, avec une formation pratique en gestes gynécologiques), l'activité chronophage des gestes gynécologiques (MG femmes) et le manque de formation personnelle ou de pratique (jeunes MG, avec un apport bénéfique du DU de gynécologie et insuffisance d'apprentissage pour le stage d'internat en gynécologie, pas assez de FMC). Les principaux freins chez les patientes étaient : les compétences du gynécologue ou de la sage-femme, l'image du médecin de famille, le manque de formation du médecin généraliste et le sexe masculin du MG. Les facteurs motivationnels énoncés par les patientes étaient la proximité du cabinet de MG (patientes avec suivi gynécologique non régulier), le délai d'attente simplifié pour un rdv, le coût de la consultation et la relation de confiance avec le médecin traitant. Trois données étaient particulièrement pertinentes dans notre étude : l'importance de la réalisation de ces gestes gynécologiques par le MG pour le suivi gynécologique de la femme, l'apport du DU de gynécologie, variable selon les lieux de formation, et les disparités de suivi gynécologique selon l'âge des patientes. Plusieurs pistes de préconisations sont évoquées (pour les patientes, une communication à grande échelle, pour les MG, il s'agit d'élargir la pratique gynécologique universitaire et post-universitaire, plages horaires dédiées, faciliter l'obtention des kits FCU, coopération de proximité avec sages-femmes, mieux informer sur modalités d'assurance des gestes gynécologiques.

**Composition du Jury :**

**Président :** Pr CATTEAU-JONARD Sophie

**Assesseurs :** Pr COLLINET Pierre, Dr BAYEN-KROHN Sabine

**Directeur de thèse :** Dr AELBRECHT-DUHAMEL Brigitte