



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Auto-évaluation de la confiance en soi et de l'importance accordées
aux compétences gynécologiques chez les jeunes médecins
généralistes issus de l'ECN 2017 et 2018 à Lille.**

Présentée et soutenue publiquement le 22 mars 2023 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Honorine DEQUIEDT - PENKALLA**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseures :

Madame le Docteur Céline BROCHOT

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur David WYTS

**Travail de statistiques par l'intermédiaire du Docteur Raphaël
BENTEGEAC, statisticien indépendant.**



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Auto-évaluation de la confiance en soi et de l'importance accordées
aux compétences gynécologiques chez les jeunes médecins
généralistes issus de l'ECN 2017 et 2018 à Lille.**

Présentée et soutenue publiquement le 22 mars 2023 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Honorine DEQUIEDT - PENKALLA**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseures :

Madame le Docteur Céline BROCHOT

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur David WYTS

**Travail de statistiques par l'intermédiaire du Docteur Raphaël
BENTEGEAC, statisticien indépendant.**

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

GO	Gynécologue(s)-Obstétricien(s), Gynécologie Obstétrique
MG	Médecin(s) Généraliste(s), Médecine Générale
CMG	Collège de la Médecine Générale
SF	Sage-femme(s)
GM	Gynécologue(s) Médical(aux), Gynécologie Médicale
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
ECN	Épreuves Classantes Nationales
HDF	Hauts-De-France
DMG	Département de Médecine Générale
FNCGM	Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale
MED-4	Quatrième année de médecine
MED-5	Cinquième année de médecine
MED-6	Sixième année de médecine
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
RSCA	Récit de Situation Complexe et Authentique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire (loi)
ANDPC	Agence Nationale du Développement Professionnel Continu
DPC	Développement Professionnel Continu
CEMG	Collège des enseignants de Médecine Générale
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
DIU	Dispositif Intra Utérin
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
SASPAS	Stage Ambulatoire Soins Primaires en Autonomie Supervisée
HTA	Hypertension Artérielle
DG	Diabète Gestationnel
HPV	Herpès Papillomavirus

CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
DU / DIU	Diplôme Universitaire/ Diplôme Inter-Universitaire
FMC	Formation Médicale Continue
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
GEU	Grossesse Extra-Utérine
FCS	Fausse-Couche Spontanée
MST	Maladie Sexuellement Transmissible

Table des matières

Résumé	8
Introduction	10
1. Quelques définitions.....	10
2. Données démographiques actuelles.....	11
3. Freins et moteurs	13
4. Formation actuelle des corps de métiers	14
5. Objectifs	15
Matériels et méthodes.....	16
I. Présentation de l'étude et objectifs.....	16
A. Présentation	16
B. Objectifs	16
1. L'objectif principal.....	16
2. L'objectif secondaire	16
II. Construction et diffusion du questionnaire	16
A. Construction	16
B. Sélection de la population	17
C. Diffusion	17
III. Collecte et analyse des résultats.....	18
A. Collecte des données.....	18
B. Analyse des résultats	18
IV. Recherches bibliographiques	19
1. Résultats.....	20
A. Caractéristiques de la population	20
1. Sexe	21
2. Statut d'obtention de thèse	21
3. Terrain d'exercice.....	22
4. Situation professionnelle	22
B. Confiance en soi et importance des compétences	22
1. Compétence 1 : assurer un suivi gynécologique (FCV, seins) - examens paracliniques - traitement de la ménopause.....	22
2. Compétence 2 : conseiller une contraception – pose d'un stérilet et d'un implant	23
3. Compétence 3 : réaliser une 1 ^{ère} consultation de grossesse, expliquer les dépistages (Trisomie 21)	24
4. Compétence 4 : diagnostiquer un début de grossesse et ses complications	25
5. Compétence 5 : suivre la grossesse, renseigner le dossier partagé	25
6. Compétence 6 : dépister/surveiller un risque (HTA/diabète gestationnel). Repérer une urgence obstétricale.....	26
7. Compétence 7 : prendre en charge un post partum, le couple mère nouveau-né, les parents	27
8. Compétence 8 : reconnaître les principales infections gynécologiques, MST, vaccination HPV.....	27
9. Cumul des confiances et des compétences.....	28
C. Table de corrélation	28
D. Analyses complémentaires	30
1. Analyses dimensionnelles.....	30

2.	Lien entre confiance et sexe du répondant.....	31
3.	Lien entre importance et sexe du répondant.....	32
4.	Lien entre confiance et terrain d'exercice	32
5.	Lien entre confiance globale et statut vis à vis de la thèse	32
2.	Discussion.....	33
I.	Interprétation des résultats	33
A.	Interprétation du profil des répondants	33
B.	Interprétation du niveau de confiance en soi	36
C.	Interprétation de l'importance attribuée aux compétences	37
D.	Interprétation des corrélations et de l'analyse dimensionnelle.....	38
II.	Forces et faiblesses de l'étude	38
A.	Forces	38
1.	Choix du sujet de thèse.....	38
2.	Réalisation d'une étude quantitative	39
3.	Sélection de notre échantillon	39
4.	Collecte des données.....	39
B.	Faiblesses	40
1.	Étude quantitative plutôt que qualitative	40
2.	Faible taux de réponse.....	40
3.	Biais inhérents au choix de la population.....	40
4.	Effets négatifs du questionnaire	41
III.	Perspectives	42
3.	Conclusion	43
4.	Annexes	48
	Annexe 1 : Attestation accordée par la CNIL	48
	Annexe 2 : Mail informatif pour le recrutement des médecins généralistes.....	49
	Annexe 3 : questionnaire Framiforms accessible aux répondants partie 1/3	50
	Annexe 4 : questionnaire Framiforms accessible aux répondants partie 2/3	51
	Annexe 5 : questionnaire Framiforms accessible aux répondants partie 3/3	52

RESUME

Contexte : Le médecin généraliste joue un rôle prépondérant concernant la santé de la femme. Ses compétences sont d'autant plus renforcées par la démographie médicale actuelle et l'accès difficile aux spécialistes tels que gynécologues. Moins de 50% des médecins généralistes pratiquent le suivi gynécologique. Certains freins ont été identifiés, néanmoins l'influence de la formation initiale n'a pas fait l'objet d'évaluation.

Objectif : Notre étude avait pour but de sonder les jeunes médecins généralistes, installés ou non, issus du DES de médecine générale à Lille pour savoir à quel point la formation initiale pratique, qui leur a été dispensée au cours des stages, leur permet d'avoir confiance en eux une fois en situation.

Un objectif secondaire était d'apprécier à quel point les critères d'évaluation validant le stage de gynécologie étaient adaptés à la pratique effective des jeunes médecins généralistes.

Méthode : Étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale basée sur un questionnaire auto-administré, ciblant la population des jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale à Lille (promotions ECN 2017 et ECN 2018). Chaque répondant devait s'auto-évaluer dans chacun des domaines de compétences composant la grille d'évaluation de stage en gynécologie, et secondairement évaluer l'importance de chaque champ de compétence dans son activité quotidienne.

Résultats : Analyse de 76 questionnaires (taux de réponse 20,1%). Le profil de répondants est plutôt féminin (76%), majoritairement thésé (68%), non installé (76%) et exerçant en milieu plutôt rural (59%). Sur l'ensemble des sujets gynécologiques, les jeunes MG ont globalement confiance en eux (médiane de la confiance globale 6,08/10 (5,31 ; 6,69)) sauf en ce qui concerne la pose de stérilet (1/10 (1,00 ; 3,00)) ou de l'implant (4,5/10 (3,00 ; 7,00)). L'importance globale accordée aux

compétences gynécologiques est forte (médiane de l'importance globale 7,25/10 (6,25 ; 8,62)). Les dimensions « confiance » et « importance » sont corrélées entre elles et on met en évidence deux composantes principales qui lient les variables : si on ne tient pas compte des gestes complexes, les jeunes MG semblent aussi confiants sur les sujets gynécologiques (6,50 (5,69 ; 7,25)) que sur les sujets obstétricaux (6,50 (5,79 ; 7,50)). D'autre part, aucun des sujets de la fiche d'évaluation ne leur semblerait contre-productif, toutes les variables d'importance allant dans le même sens dans notre analyse dimensionnelle.

Conclusion : Les jeunes médecins généralistes formés à Lille sont plutôt confiants en leur pratique gynécologique, à l'exception de la réalisation de certains gestes techniques comme la pose du DIU et de l'implant dans une moindre mesure. Ils semblent plus confiants en suivi gynécologique qu'en suivi de grossesse. Tous les domaines de compétences requis leur semblent importants dans leur pratique : ils considèrent la grille d'évaluation adaptée et le domaine de la gynécologie comme partie prenante de leurs attributions.

INTRODUCTION

En 2023, la démographie médicale est parfois source de problèmes pour les patients comme pour les praticiens de santé eux-mêmes. En effet, la désertification médicale est ressentie à plusieurs endroits du territoire et concerne de nombreux corps de métiers. L'accès au corps médical s'avère parfois difficile, y compris pour les soins de premiers recours.

Selon la situation géographique, il peut être plus difficile pour un patient d'accéder à certains médecins spécialistes et il est parfois complexe pour un médecin généraliste d'adresser son patient à un confrère, comme le ressentent 7 MG sur 10 (1).

Dans ce contexte, la place du médecin généraliste est renforcée, en effet 3/10 se sentent prêts à se spécialiser pour pallier ce problème selon la DREES (1). Cependant, on met en évidence qu'à peine la moitié des MG pratiquent le suivi gynécologique dans leur activité (2).

1. Quelques définitions

La gynécologie est composée de la racine *gynéco-*, du grec ancien « femme », et de *-logie*, « discours », étymologiquement « science, étude de la femme ». C'est une spécialité médico-chirurgicale qui s'occupe de la physiologie et des maladies de l'appareil génital féminin (3).

A la différence de la gynécologie, la « **santé de la femme** » englobe tous les éléments qui peuvent spécifiquement influencer la santé des femmes (4). Cette dernière est un sous-ensemble de la santé de la population. Elle inclut les sujets liés à la médecine de la reproduction, tels que la gynécologie, mais aussi toutes les affections qui concernent plus fréquemment les femmes (certains cancers, l'ostéoporose, l'anémie, etc), ainsi que les comportements et les inégalités de traitements induisant des conséquences spécifiques sur la santé des femmes (violences domestiques, moindre accès à certains soins ou à l'éducation, etc).

Le suivi gynécologique correspond aux actes visant à assurer aux patientes le meilleur état de santé possible en termes de gynécologie (5). 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

En ce qui concerne son déroulement, le CNGOF le décompose en trois actes (6):

- L'examen abdomino-périnéal, réalisé vessie vide, avec inspection et palpation.
- L'examen pelvien (comprenant l'examen au spéculum, l'hystérométrie si nécessaire, le toucher vaginal et le toucher rectal s'il est indiqué).
- L'examen sénologique, regroupant une inspection et une palpation bilatérale et réalisée quadrant par quadrant.

2. Données démographiques actuelles

Chaque année, le CNOM (conseil national de l'ordre des médecins) dresse un atlas de la démographie médicale à l'échelle nationale et régionale par spécialité, avec détail sur leur secteur d'activité, sexe, tranche d'âge (7)(8).

Démographie des Gynécologues Médicaux

La pyramide des âges des GM est expliquée par l'absence d'apprentissage de la gynécologie médicale entre 1984 et 2003 (9). Jusqu'en 1984 (et depuis 1963), la gynécologie médicale était une spécialité universitaire à part entière visant à promouvoir la contraception, la lutte contre les IST, la prise en charge médicale des troubles post-ménopausiques. Lors de la réforme de l'internat de 1984, la gynécologie médicale avait été supprimée du cursus universitaire avant d'être réhabilitée en 2003 (10). Ce trou générationnel explique l'évolution de la densité des GM : selon le CNOM en 2020, les GM étaient majoritairement des femmes âgées de 60 à 64 ans exerçant en libéral. Face à ces départs en retraite à venir, les postes proposés pour l'internat en GM restent insuffisants pour compenser la diminution d'effectif : à horizon 2030, la densité des GM devrait diminuer d'environ 13% dans les Hauts de France.

D'ailleurs, en fonction des régions, on constate de nettes disparités qui confirment le ressenti sur le terrain : rien qu'à l'échelle des Hauts de France, sur la

période 2010-2022, on voit dans le Nord une baisse de densité d'environ 34% contre une hausse de 14% dans le Pas-de-Calais. Dans les HDF en 2020, la densité varie de 1,1 à 2 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants selon les secteurs.

Démographie des Gynécologues-Obstétriciens

Cette tendance à la baisse du nombre de praticiens se retrouve également chez les GO, avec pour 2030 une projection de densité en baisse de 15% à l'échelle nationale. A l'échelle régionale, les densités de spécialistes GO sont, comme pour les GM, assez disparates. En effet, malgré cette baisse nationale, on constate dans les Hauts de France des densités à la hausse : +48,9% entre 2010 et 2022 dans le Nord et + 33,7% dans le Pas-de-Calais.

Leur densité est différente entre le Nord (8,1 GO/100 000 habitants) et le Pas-de-Calais (6,4 GO/100 000 habitants).

Démographie des médecins généralistes

Selon l'atlas de la démographie du CNOM du 1^{er} janvier 2022, les MG en activité régulière étaient comptabilisés au nombre de 85 364 et représentaient 42,5% des médecins inscrits en activité (8)(9). Pour la première fois de l'histoire de la Médecine en France, désormais une majorité de médecins en exercice régulier est du genre féminin (50,5%), conséquence d'une féminisation progressive des études médicales ces dernières décennies.

Néanmoins, l'effectif total des médecins généralistes est constamment en baisse depuis 2010 : perte annuelle de 0,94% des effectifs sur la période 2010-2022 avec 10 128 médecins en moins en l'espace de 12 ans. Les prévisions envisagent une tendance à la baisse des effectifs des MG en activité régulière jusqu'en 2025, pour atteindre un effectif de 81 912 médecins. En moyenne, les médecins quittent le recueil du CNOM pour la retraite à un âge de 66,8 ans.

Démographie des sage-femmes

D'après le rapport de l'ONDPS de 2016 (observatoire national de la démographie des professions de santé), en vingt ans l'effectif des sage-femmes en activité a augmenté de 70 %. Entre 2011 à 2021, leur effectif a augmenté de 26 % avec une croissance estimée de 24% supplémentaire à horizon 2030. Ainsi, sur l'ensemble de la période 1993 - 2030, l'effectif des sage-femmes serait multiplié par

2,10 (11). En 2018 la France comprenait 22 812 sage-femmes : 888 exerçant dans le Nord et 393 dans le Pas de Calais (12).

Démographie des femmes françaises

Chaque année, l'INSEE publie début janvier les données de l'année N-1 soit cette année pour 2022 (13)(14). En 2019, les femmes représentaient 51,6% de la population française soit 2,2 millions de plus que les hommes. En ce qui concerne la fécondité, il est désormais bien connu que l'âge moyen du premier enfant recule avec le temps : il est passé de 23,8 ans pour les femmes nées entre 1948 et 1957 à 28,2 ans pour les femmes nées entre 1968 et 1977.

Ces quelques chiffres visent à montrer qu'en proportion, la quantité de femmes ainsi que la survenue de grossesses à un âge plus tardif doivent inciter les professionnels de santé à se former aux problématiques inhérentes au sexe féminin.

3. Freins et moteurs

De nombreux travaux précédents (15) ont mis en évidence les freins à pratiquer le suivi gynécologique en cabinet libéral. Ces freins existent tout autant chez les praticiens que chez les patientes.

Plus de la moitié des MG (55,5%) ne pratiquent pas de gynécologie (2). Une thèse réalisée en 2021 à l'Université de Lille 2 (16) a mis en lumière leurs principaux freins : la réticence ressentie des patientes, la proximité d'un autre professionnel de santé, l'activité chronophage des gestes gynécologiques et le manque de formation professionnelle ou de pratique. Peu de MG étaient cependant demandeurs d'une formation en gestes pratiques bien qu'ils reconnaissent leur rôle prépondérant dans le suivi gynécologique. Cela semble un peu paradoxal mais cette tendance s'inversait lorsque la question était posée aux médecins remplaçants ou ayant une courte expérience en libéral, plus demandeurs. L'âge avancé du praticien (17), tout comme l'installation en cabinet individuel semblaient également avoir une influence négative sur la réalisation de certains gestes techniques (18) : seuls 11,7% réalisaient la pose de DIU.

De leur côté, les patientes semblent bien comprendre la nécessité d'un suivi gynécologique (19), néanmoins les représentations qu'elles s'en font dépendent de nombreux facteurs (milieu socio-éducatif, culturel, âge, pudeur, sexualité, représentation de la maladie...). D'après un travail de thèse réalisé à Lille en 2018, le

choix du praticien serait patiente-dépendant : le gynécologue était souvent choisi pour ses connaissances spécialisées, mais les patientes mettaient en évidence sa difficulté d'accessibilité. Le MG était apprécié pour son suivi longitudinal ce qui était pourtant perçu comme un frein pour d'autres patientes. L'étude relevait que les patientes connaissaient peu les compétences du MG en gynécologie.

4. Formation actuelle des corps de métiers

Formation des médecins généralistes

Le 2^{ème} cycle universitaire des études médicales a subi des changements au cours de la Réforme de septembre 2021 (R2C). Les répondants de notre étude ont été formés avant cette réforme soit un cycle de 6 semestres qui se composait de théorie, de stages pratiques puis s'achevait par les ECN (Épreuves Classantes Nationales). Au cours des stages, 6 spécialités dont la gynécologie étaient obligatoires.

La R2C de 2021 vise à renforcer les compétences, plus encore que les connaissances. Les ECN seront supprimées en 2024 au profit d'une association entre des épreuves de connaissances théoriques et cliniques ainsi que d'une valorisation du parcours universitaire (20)(21). Les spécialités obligatoires en stage passent de 6 à 4 en deux ans et la gynécologie reste une des disciplines obligatoires.

Réforme du R3C

La réforme concernant le 3^{ème} cycle date de 2017 (22), elle a donc concerné les participants de cette étude. Concernant le DES de MG, les DMG (Départements de Médecine Générale) ont pour mission de former des professionnels de santé capables de répondre aux demandes des patients en soins primaires (23).

La formation pratique, d'une durée de 3 ans, est régie par le décret du 16 janvier 2004 et l'arrêté du 22 septembre 2004. Le modèle de formation souhaité est celui d'un praticien réflexif, expert de sa discipline, capable de répondre aux problèmes de santé de chacun qui sont multiples et complexes, dans une société en perpétuel mouvement. Les internes doivent effectuer 6 stages de 6 mois : un stage de médecine adulte, de médecine d'urgence, de gynécologie et/ou pédiatrie, de N1 (ambulatoire de 1^{er} niveau), de SASPAS (ambulatoire de 2^{ème} niveau) et un stage libre en département hospitalier. Pour valider chaque stage, l'interne doit au minimum rendre des traces écrites d'apprentissage sous forme de RSCA, et une

grille d'évaluation doit être remplie par le chef de service et rendue au DMG. La faculté de Lille a rédigé une liste d'objectifs de stage à acquérir au terme du stage de gynécologie du DES de MG, scindés en 8 familles principales (24):

- Assurer un suivi gynécologique (FCV, seins). Prescrire les examens paracliniques à bon escient. Actualisation des données sur le traitement de la ménopause
- Conseiller une contraception. Appréhender la pose d'un stérilet et d'un implant.
- Réaliser la première consultation de grossesse. Expliquer les dépistages, en particulier la trisomie 21.
- Diagnostiquer un début de grossesse et ses complications (GEU, FCS).
- Suivre la grossesse, renseigner le dossier partagé.
- Dépister et surveiller conjointement un risque (HTA, diabète gestationnel). Repérer une urgence obstétricale (pré-éclampsie, hématome rétro-placentaire)
- Prendre en charge le post partum. Le couple mère nouveau-né, les parents.
- Reconnaître les principales infections gynécologiques, MST, vaccination HPV.

5. Objectifs

Les difficultés éprouvées par les médecins généralistes installés peuvent-elles être corrélées à la façon dont les internes sont formés à la pratique de la gynécologie, au sein des stages proposés ? Afin de répondre à cette question, il semble légitime de vérifier si les objectifs nécessaires à la validation du stage « gynécologie » du DES de médecine générale de Lille sont adéquats à la pratique future de la gynécologie dans un cabinet de médecine générale.

Cette étude a donc plusieurs objectifs :

- **Un objectif principal répondant à la question suivante : La validation du stage de gynécologie et des objectifs obligatoires au cours du DES de médecine générale à Lille 2 permet-elle la formation de jeunes médecins généralistes qui se sentent compétents en santé de la femme ?**
- Un objectif secondaire sera de savoir si la grille d'évaluation proposée par la faculté est jugée adaptée à la pratique de la santé de la femme, du point de vue des généralistes.

MATERIELS ET METHODES

I. Présentation de l'étude et objectifs

A. Présentation

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale basée sur un questionnaire anonyme auto-administré.

B. Objectifs

1. L'objectif principal

L'étude vise à répondre à la question suivante : La validation du stage de gynécologie et des objectifs obligatoires au cours du DES de médecine générale à Lille 2 permet-elle la formation de jeunes médecins généralistes qui se sentent compétents en santé de la femme ?

2. L'objectif secondaire

En parallèle, un objectif secondaire est de savoir si la grille d'objectifs de formation telle que proposée par la faculté est jugée appropriée / adaptée à la pratique de la santé de la femme, du point de vue des jeunes généralistes.

II. Construction et diffusion du questionnaire

A. Construction

La grille d'évaluation de 8 critères a été remaniée au cours de la R3C. Les objectifs théoriques et de stage sont précisés dans les maquettes définies par arrêté des Ministres de l'Enseignement Supérieur, de la Santé et de la Défense. La maquette actuelle est donc en vigueur depuis le 15 avril 2017 (arrêté du 12 avril 2017, article R. 6153-20 du code de la santé publique) (25).

La rédaction du questionnaire s'est faite sur un document WORD qui a été retranscrit sur FRAMAFORMS. Il se composait de 4 questions initiales pour cerner le profil du répondant puis de 8 rubriques de questions : l'intitulé de chaque rubrique

retranscrivait l'intitulé exact de la grille d'évaluation. Chaque rubrique comprenait 2 à 4 questions, laissant le choix au répondant de coter son niveau de confiance entre 1 et 10 dans la compétence, puis s'il considère la compétence comme importante dans son activité entre 1 et 10 (annexes 3 à 5).

Les 8 rubriques étaient :

- N°1 : Assurer un suivi gynécologique. Prescrire les examens paracliniques à bon escient. Actualiser des données sur le traitement de la ménopause.
- N°2 : Conseiller une contraception. Appréhender la pose d'un stérilet et d'un implant.
- N°3 : Réaliser la 1^{ère} consultation de grossesse. Expliquer les dépistages, en particulier la trisomie 21.
- N°4 : Diagnostiquer un début de grossesse et ses complications.
- N°5 : Suivre la grossesse. Renseigner le dossier partagé.
- N°6 : Dépister et surveiller conjointement un risque (HTA, DG) repérer une urgence obstétricale.
- N°7 : Prendre en charge un post-partum. Le couple mère-enfant, les parents.
- N°8 : Reconnaître les principales infections gynécologiques, vaccination HPV.

B. Sélection de la population

Il nous a semblé important, d'une part que les répondants puissent être des anciens internes formés par la méthode actuelle d'évaluation, et d'autre part qu'ils puissent avoir eu une expérience « en vie réelle » hors stage, pour comparer les connaissances acquises au cours du DES et leur application au sein de leur activité professionnelle. Dans ce contexte, nous n'avons ciblé que les jeunes MG issus des promotions Pasteur et Quesnay (ECN 2017 et 2018).

C. Diffusion

Le questionnaire a été remis au secrétariat du DMG pour qu'il soit envoyé aux promotions Quesnay (ECN 2018) et Pasteur (ECN 2017) via la liste de diffusion mail de la faculté. Il a également été mis à disposition des potentiels répondants sur un groupe Facebook destiné aux questionnaires de thèse, regroupant de nombreux jeunes MG issus de la faculté de médecine Lille 2.

Le mail et la publication contenaient un lien redirigeant le répondant sur une page internet « Framaforms » contenant le questionnaire à soumettre. La diffusion du questionnaire a été réalisée le 03 octobre 2022 et a été suivie de deux relances par les mêmes canaux de diffusion.

III. Collecte et analyse des résultats

A. Collecte des données

Dans le cadre de la protection des données recueillies, nous avons sollicité la CNIL qui a donné son accord le 26 septembre 2022 pour la diffusion de notre questionnaire (annexe 1). Le recueil s'est déroulé du 03 octobre 2022 au 08 janvier 2023 inclus. Passé cette date, les questionnaires rendus n'ont pas été retenus. Avec le paramétrage de Framaforms, une même personne ne pouvait soumettre qu'un questionnaire et chaque question nécessitait une réponse afin d'éviter les questionnaires incomplets.

B. Analyse des résultats

Les données ont été recueillies directement sur le site Framaforms. Le data-management et les analyses statistiques ont été effectués avec le logiciel R 4.2.2 et Tidyverse 1.3.2. Concernant les statistiques descriptives, la figure 1 résume les caractéristiques de la population avec des effectifs et fréquences pour les variables catégorielles, et des médianes et intervalles inter-quartiles pour les variables quantitatives. Concernant les éléments de visualisation, pour chacune des variables catégorielles, des diagrammes en barres ont été produits et pour chacune des variables quantitatives des histogrammes avec des courbes de densité ont été produits.

Concernant les statistiques analytiques, une table de corrélation par compétence a été produite, pour explorer les corrélations entre les composantes de cette compétence.

Deux analyses en composantes principales ont été effectuées pour explorer d'une part les relations entre les scores de confiances et d'autre part les relations entre les scores d'importances perçues.

IV. Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques sont majoritairement issues des sources suivantes :

- Les travaux de thèse : PEPITE, SUDOC, DUMAS et PUBMED.
- Les données démographiques et historiques : DREES, INSEE, CNOM, WONCA et REMEDE.
- Les données médicales : CNGOF, HAS, INCa, UVMaF, institut BVA, Revue PRESCRIRE, EXERCER et AMELI.

1. RESULTATS

A. Caractéristiques de la population

Figure 1 : tableau des caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques	N = 76 ¹
Sexe	
Femme	51 (67%)
Homme	25 (33%)
Thésé	
Non	30 (39%)
Oui	46 (61%)
Terrain d'exercice	
Plutôt rural	45 (59%)
Plutôt urbain	31 (41%)
Activité actuelle : en remplacement	
Non	16 (21%)
Oui	60 (79%)
Activité actuelle : installé	
Non	58 (76%)
Oui	18 (24%)
Compétence suivi gynécologique Confiance prescription d'examens et suivi gynécologique	7.00 (6.00, 8.00)
Compétence suivi gynécologique Confiance traitement ménopause	4.00 (3.00, 5.00)
Compétence suivi gynécologique Importance perçue	7.00 (6.00, 8.00)
Compétence contraception Confiance conseil	7.00 (6.00, 8.00)
Compétence contraception Confiance pose stérilet	1.00 (1.00, 3.00)
Compétence contraception Confiance pose implant	4.50 (3.00, 7.00)

Caractéristiques	N = 76 ¹
Compétence contraception Importance perçue	7.00 (6.00, 8.00)
Compétence première consultation grossesse Confiance	7.00 (6.00, 8.00)
Compétence première consultation grossesse Importance perçue	8.00 (6.75, 9.00)
Compétence diagnostiquer début grossesse et complications Confiance	8.00 (7.00, 8.00)
Compétence diagnostiquer début grossesse et complications Importance perçue	8.00 (7.00, 9.00)
Compétence suivi grossesse Confiance	6.00 (5.00, 8.00)
Compétence suivi grossesse Importance perçue	7.00 (5.00, 8.00)
Compétence gestion risque et urgence Confiance grossesse à risque	7.00 (5.75, 8.00)
Compétence gestion risque et urgence Confiance urgence obstétricale	5.00 (4.00, 7.00)
Compétence gestion risque et urgence Importance perçue	8.00 (5.00, 9.00)
Compétence post-partum Confiance	7.00 (6.00, 8.00)
Compétence post-partum Importance perçue	8.00 (7.00, 9.00)
Compétence infections gynécologiques Confiance	8.00 (7.00, 9.00)
Compétence infections gynécologiques Importance perçue	8.00 (7.00, 9.00)
Confiance globale	6.08 (5.31, 6.69)
Importance globale	7.25 (6.25, 8.62)
Confiance gynécologie	5.50 (4.83, 6.00)
Confiance gynécologie sans implant	6.50 (5.69, 7.25)
Importance gynécologie	7.00 (6.33, 8.08)
Confiance obstétrique	6.50 (5.79, 7.50)
Importance obstétrique	7.40 (6.15, 8.80)

¹n (%); Médiane (IQR)

1. Sexe

L'échantillon recueilli se compose de 76 réponses. Le profil des répondants était nettement féminin (51 réponses soit 76%).

2. Statut d'obtention de thèse

Au moment du recueil, la majorité des répondants avaient soutenu leur thèse (46 répondants soit 61%).

3. Terrain d'exercice

La répartition des répondants entre milieu rural et urbain était plutôt en faveur de l'activité rurale à hauteur de 59%.

4. Situation professionnelle

Seul un quart des jeunes MG répondants étaient installés de façon fixe (24%).

B. Confiance en soi et importance des compétences

Les participants devaient s'autoévaluer dans chaque rubrique, interpréter leur niveau de confiance en eux dans chacune des 8 compétences. Les résultats sont affichés sous forme d'histogrammes en barre, sur lesquels figurent la note médiane et la densité.

1. Compétence 1 : assurer un suivi gynécologique (FCV, seins) - examens paracliniques - traitement de la ménopause

En ce qui concerne la réalisation du suivi gynécologique et la prescription d'examens paracliniques, les jeunes MG étaient plutôt confiants avec une note médiane de 7/10 (IQ 6,00 ; 8,00). Les jeunes MG étaient plutôt peu confiants concernant les traitements de la ménopause et s'accordaient une note médiane à 4 (3,00 ; 5,0).

Figure 6 : confiance en soi concernant le suivi gynécologique

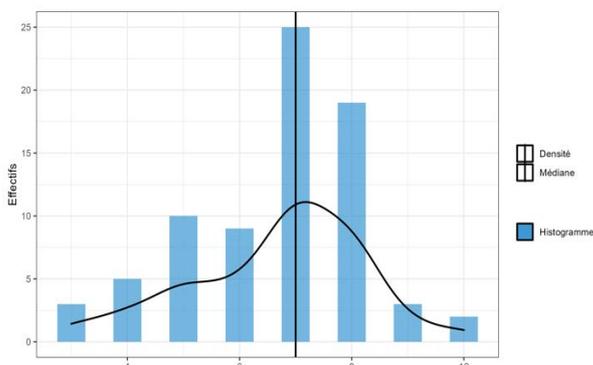
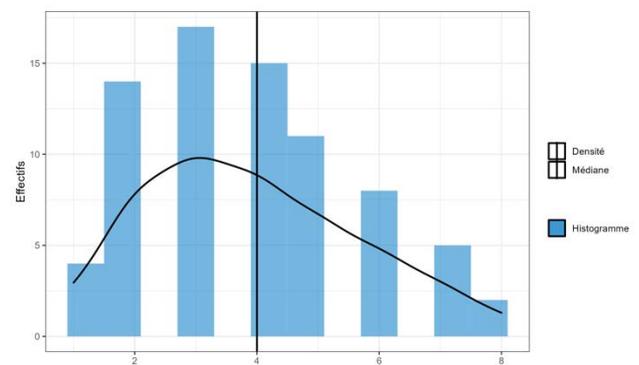
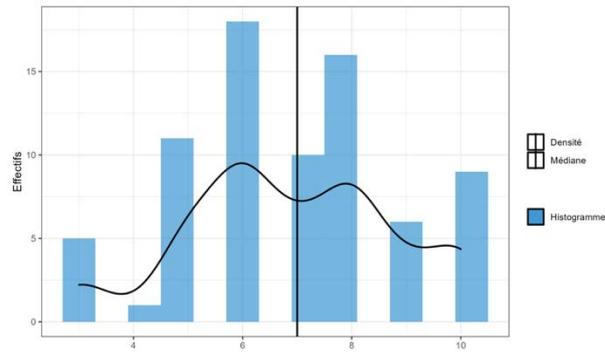


Figure 7 : confiance en soi sur la ménopause



Malgré le faible score qu'ils s'accordent pour la partie ménopause, les jeunes MG trouvaient cependant importante la compétence globale « suivi gynécologique et ménopause » en général. (Score 7 (6,00 ; 8,00)).

Figure 8 : importance accordée au suivi gynécologique/ménopause

2. Compétence 2 : conseiller une contraception – pose d'un stérilet et d'un implant

La contraception était un domaine dans lequel les répondants se sentaient à l'aise avec une autoévaluation médiane à 7/10 (6,00 ; 8,00). La pose de l'implant est quant à elle une compétence que nous avons cherché à distinguer du geste de pose de stérilet, raison pour laquelle la question a été subdivisée. La pose de l'implant semblait diviser les répondants avec une large amplitude de notes pour une médiane qui reste faible à 4,5/10 (3,00 ; 7,00). La pose du stérilet est un domaine où les MG se sentent nettement en difficulté, s'évaluant à 1/10, considérant ce geste complexe dans leur pratique quotidienne (1,00 ; 3,00).

Globalement, cette compétence est importante aux yeux des jeunes MG qui accordent une note de 7/10 (6.00, 8.00) et une densité de réponse élevée, aux alentours de 7/10.

Figure 9 : confiance en soi en contraception

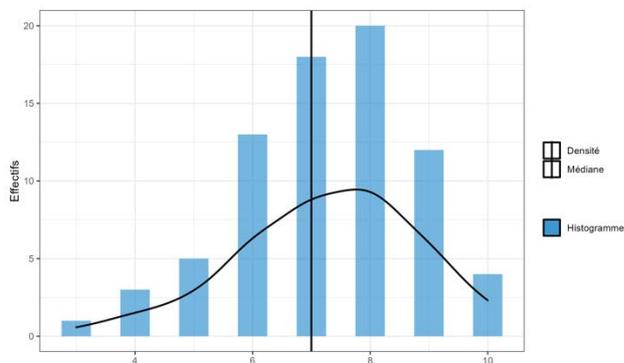


Figure 10 : confiance en soi en pose d'implant

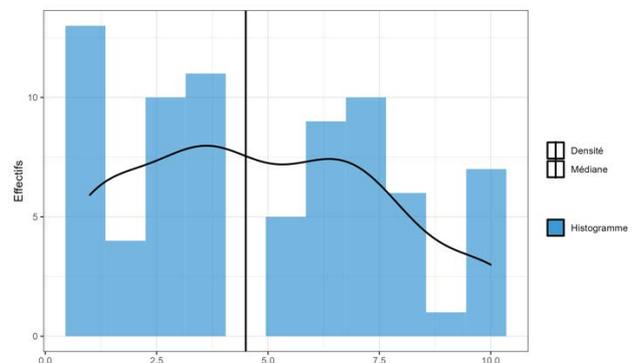


Figure 11 : confiance en soi en pose de stérilet

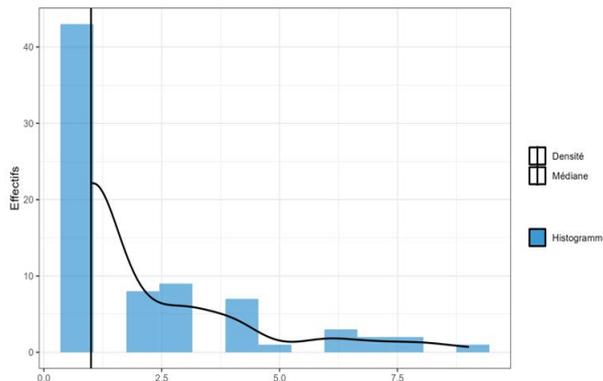
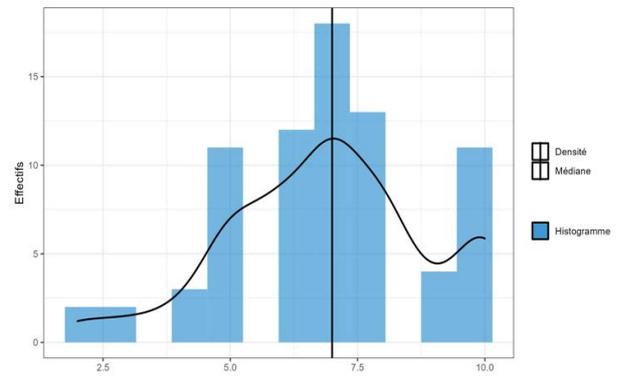


Figure 12 : importance accordée à la compétence contraception/ Implant/ stérilet



3. Compétence 3 : réaliser une 1^{ère} consultation de grossesse, expliquer les dépistages (Trisomie 21)

Les MG répondants étaient plutôt confiants en leurs connaissances en 1^{ère} consultation de grossesse et en explication des dépistages, s'accordant une note de 7/10 (6,00 ; 8,00). L'importance accordée au sujet est forte, la compétence semble vraiment inhérente à la pratique de la médecine générale (8/10 (6,75 ; 9,00)).

Figure 13 : confiance en soi 1^{ère} consultation de grossesse / dépistages

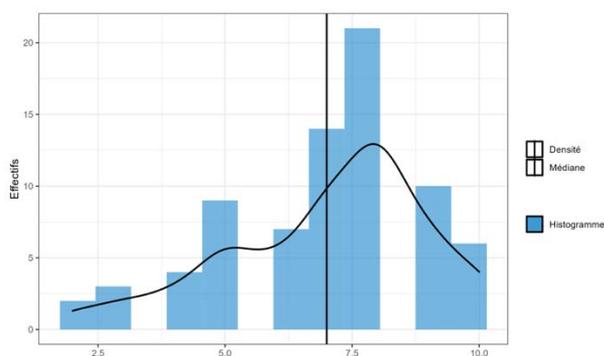
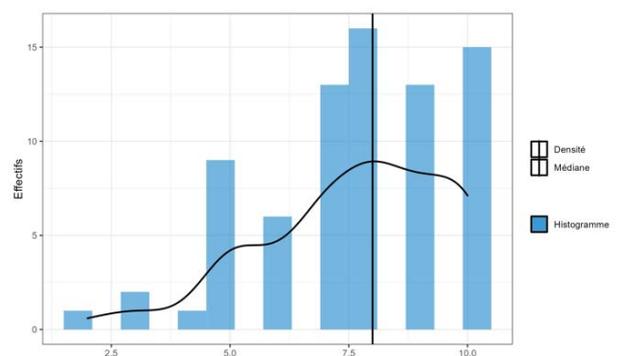


Figure 14 : importance accordée à la 1^{ère} consultation de grossesse/dépistages



4. Compétence 4 : diagnostiquer un début de grossesse et ses complications

Les répondants sont très confiants en ce qui concerne le diagnostic d'une grossesse avec une autoévaluation à 8/10 (7,00 ; 8,00). Ils estiment par ailleurs que c'est un domaine de compétence particulièrement important dans leur activité puisqu'ils le cotent à 8/10 (7,00 ; 9,00).

Figure 15 : confiance en soi sur le diagnostic de grossesse et ses complications

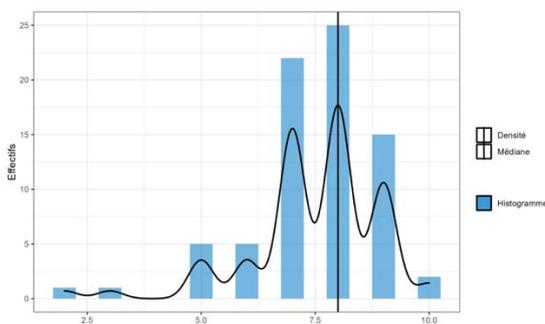
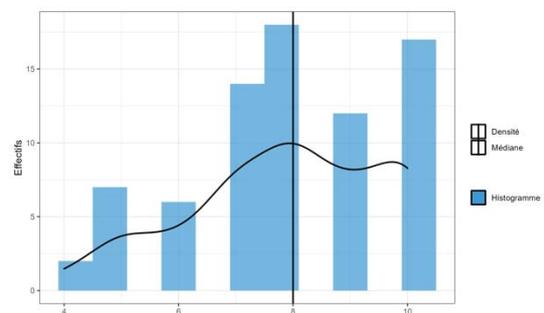


Figure 16 : importance accordée au diagnostic de grossesse et ses complications



5. Compétence 5 : suivre la grossesse, renseigner le dossier partagé

Le taux de confiance en soi chute assez fortement par rapport au diagnostic initial de grossesse quand il s'agit de suivre la grossesse avec un score à 6/10 (5,00 ; 8,00). Cela reste cependant un domaine jugé important pour les MG qui cotent ce suivi à 7/10 (5,00 ; 8,00).

Figure 17 : confiance en soi en suivi de grossesse

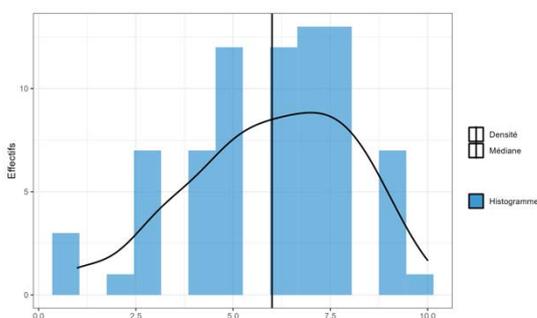
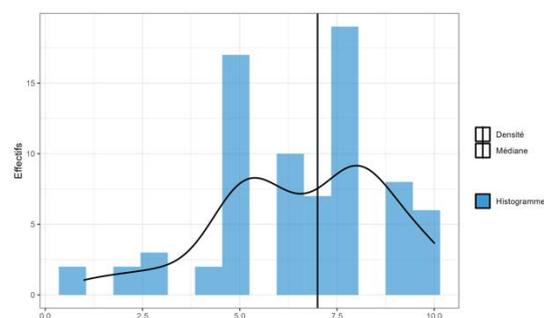


Figure 18 : importance accordée au suivi de grossesse



6. Compétence 6 : dépister/surveiller un risque (HTA/diabète gestationnel). Repérer une urgence obstétricale

Cet intitulé nous a semblé trop vaste et nous avons proposé aux répondants deux questions concernant leur confiance en eux : l'une destinée à la surveillance et le dépistage des risques de la grossesse, l'autre au repérage de l'urgence obstétricale.

Cette dichotomie a permis de voir que les MG étaient plutôt confiants sur la surveillance des grossesses à risque (7.00 (5.75, 8.00)) mais que cette confiance chutait brusquement en ce qui concerne le repérage des urgences obstétricales (hématome rétro-placentaire, prééclampsie) (5.00 (4.00, 7.00)). Les MG considèrent la surveillance des complications de la grossesse comme l'une de leurs compétences très importantes 8.00 (5.00, 9.00)).

Figure 19 : confiance en soi en grossesse à risque

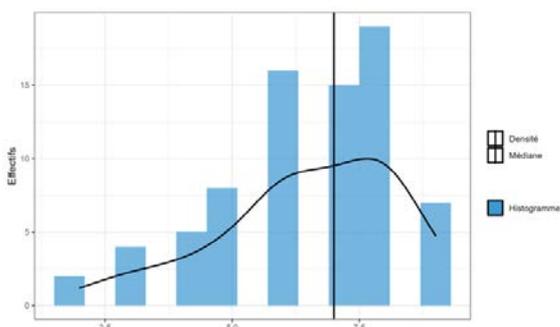


Figure 20 : confiance en soi en urgence obstétricale

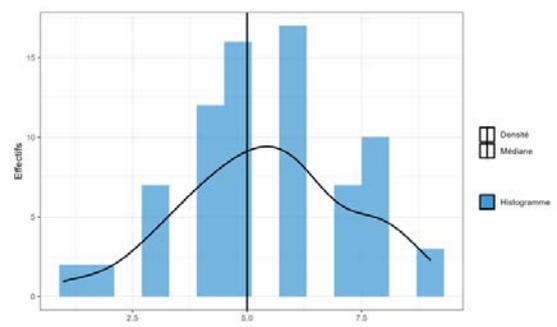
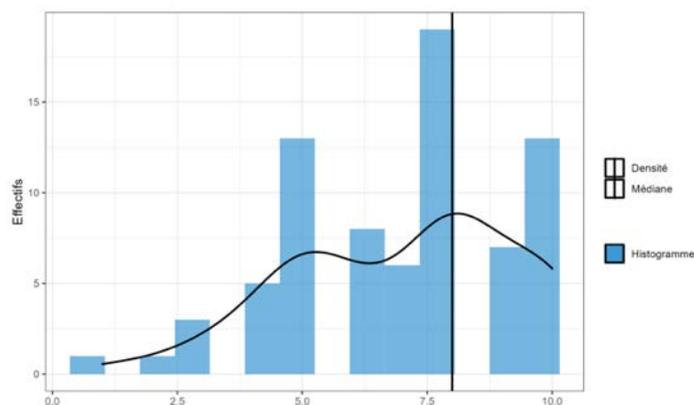


Figure 21 : importance de la compétence « grossesse à risque/ urgences obstétricales »



7. Compétence 7 : prendre en charge un post partum, le couple mère nouveau-né, les parents

Les jeunes médecins interrogés se trouvaient plutôt compétents concernant la prise en charge des jeunes parents et des femmes en post-partum ainsi que des nouveau-nés, s'autoévaluant à 7/10 (6.00, 8.00). Ils pensent d'ailleurs que ce champ de compétence fait entièrement partie du champ d'action de la médecine générale (8.00 (7.00, 9.00)).

Figure 22 : confiance en soi sur le post partum

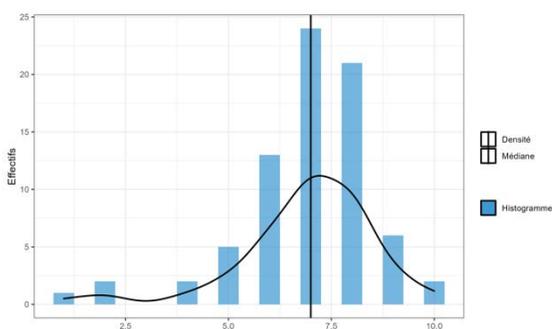
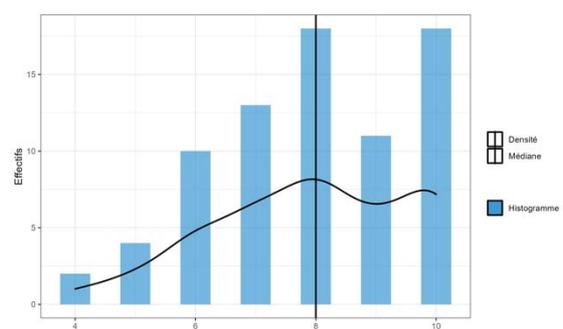


Figure 23 : importance des compétences en post partum



8. Compétence 8 : reconnaître les principales infections gynécologiques, MST, vaccination HPV

Nous avons constaté une bonne adéquation entre l'importance et la confiance en soi attribuées aux MST et leurs préventions. C'est un domaine que les jeunes MG prennent à cœur et pensent maîtriser (note de 8/10 (7,00 ; 9,00)) avec la même importance accordée à 8/10 (7,00 ; 9,00).

Figure 24 : confiance en soi en IST/infections/HPV

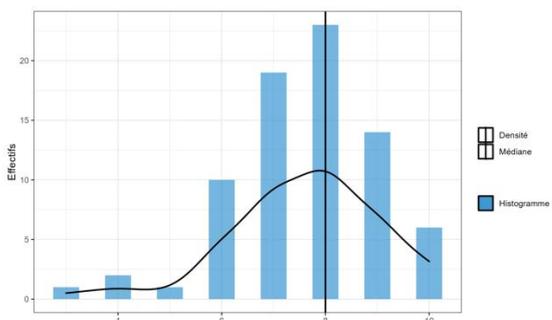
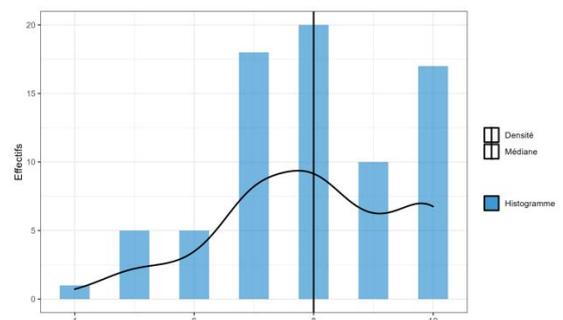


Figure 25 : importance de la compétence liée aux IST/infections/ HPV



9. Cumul des confiances et des compétences

Figure 26 : confiance globale

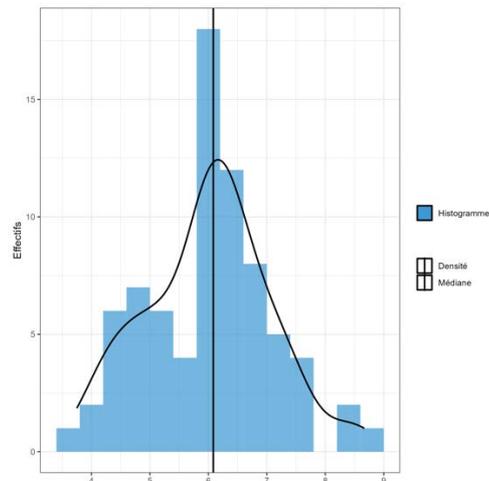
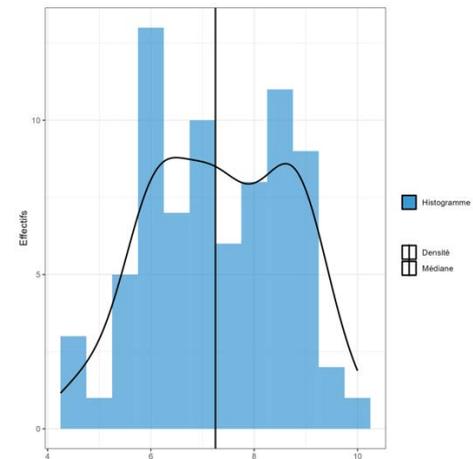


Figure 27 : importance globale



La médiane de la confiance globale pour toutes les compétences gynécologiques évaluées est mesurée à 6,08/10 (5,31 ; 6,69). Dans le détail, on peut séparer les compétences gynécologiques et obstétricales. Les répondants s'autoévaluent à 6,50/10 (5,79 ; 7,50) sur les sujets touchant à la grossesse contre 5,50/10 (4,83 ; 6,00) sur les sujets gynécologiques. Concernant la gynécologie (hors obstétrique), en retirant les notes portant sur la compétence « gestes techniques (englobant les notions d'implant et de DIU) », la médiane de la confiance est réhaussée à 6,50/10 (5,69 ; 7,25).

La médiane de l'importance globale pour toutes les compétences gynécologiques est mesurée à 7,25/10 (6,25 ; 8,62). De la même manière que pour les confiances, la médiane de l'importance moyenne attribuée au domaine gynécologique est estimée à 7,0/10 (6,33 ; 8,06) contre 7,401/0 (6,14 ; 8,80) pour le domaine obstétrical.

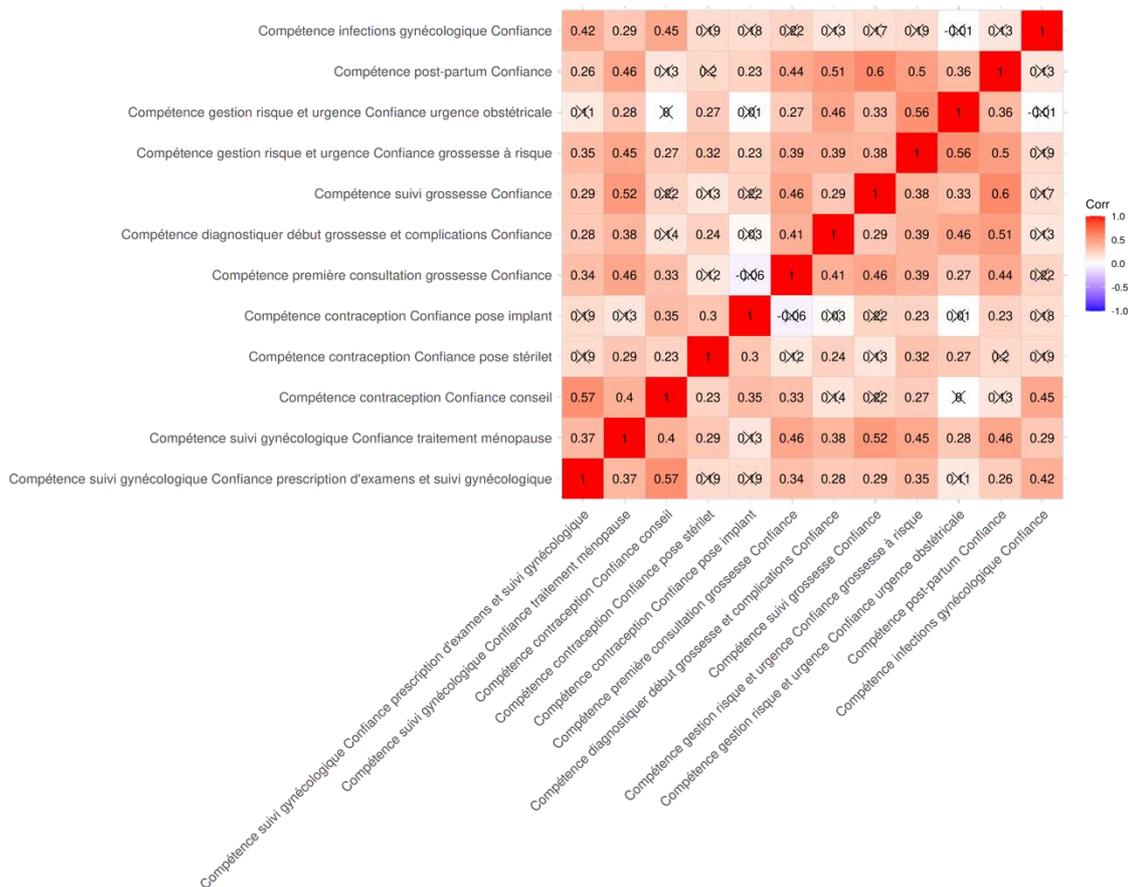
C. Table de corrélation

La réalisation d'une table de corrélation cherche à mettre en évidence des relations entre des variables, c'est à dire établir un lien statistique entre elles. Pour rappel, Le coefficient de corrélation est compris entre 1 et -1. Plus ce coefficient est proche de 1, plus la relation linéaire positive entre les variables est forte et donc plus les variables sont liées et dans le même sens.

De même, plus le coefficient est proche de -1, plus la relation linéaire négative entre les variables est forte et donc les variables sont inversement liées. Plus le coefficient est proche de 0, plus les variables sont indépendantes l'une de l'autre (26)(27). Pour le reste, on considère la valeur absolue « r » :

- De 0,9 à 1 : corrélation très forte
- De 0,7 à 0,9 : corrélation forte
- De 0,5 à 0,7 : corrélation modérée
- De 0,3 à 0,5 : corrélation faible
- > 0 et <0,3 : corrélation négligeable

Figure 28 : table de corrélation entre confiance en soi et importance accordées à chacune des 8 compétences requises



Dans notre analyse, le but était de mettre en évidence les liens éventuels entre confiance en soi et importance accordées aux compétences en gynécologie. On remarque deux faits notables :

- Quasiment toutes les variables sont statistiquement liées entre elles, peu de coefficients de corrélation sont proches de zéro (ce sont ici les variables barrées sur la table). « Confiance » et « importance » sont liées entre elles.
- Tous les coefficients de corrélations sont positifs, les variables évoluent donc dans le même sens.

D. Analyses complémentaires

1. Analyses dimensionnelles

Nous avons réalisé une analyse dimensionnelle en composantes principales. Cette méthode a pour but, depuis des variables corrélées, d'obtenir de nouvelles variables décorrélées nommées composantes principales, où les principaux axes expliquent les résultats de notre étude (28).

La représentation sous forme de graphiques modélise la façon dont les variables se placent les unes par rapport aux autres dans un espace restreint.

Figure 29 : composantes expliquant la « confiance »

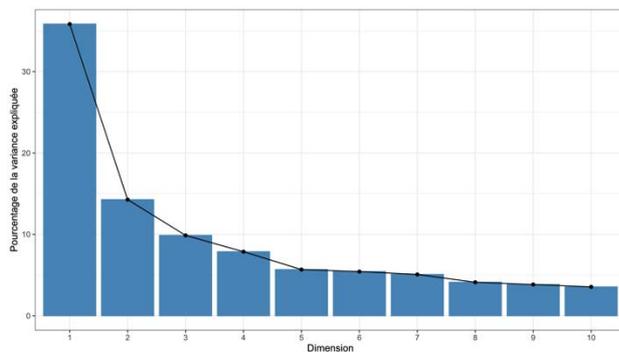
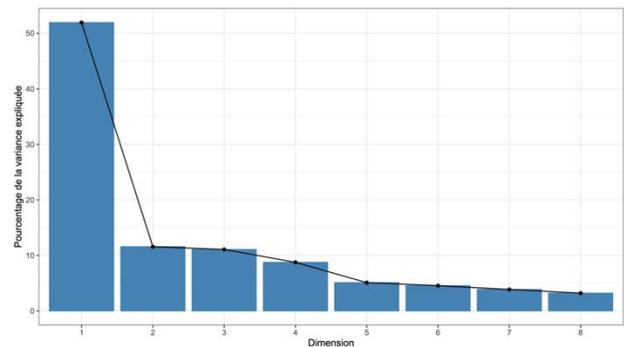


Figure 30 : composantes expliquant « l'importance »



En ce qui concerne nos analyses, on remarque que la 1^{ère} dimension principale explique à elle seule environ 35% de la variable « confiance » et plus de 50% de la variable « importance ».

Cette dimension met en évidence (figures 31 et 32) que toutes les variables évoluent du même côté du graphique, il n'en existe aucune évoluant dans un sens opposé. Les variables allant toutes dans le sens positif semblent toutes liées entre elles.

Figure 31 : confiance en soi accordée aux compétences

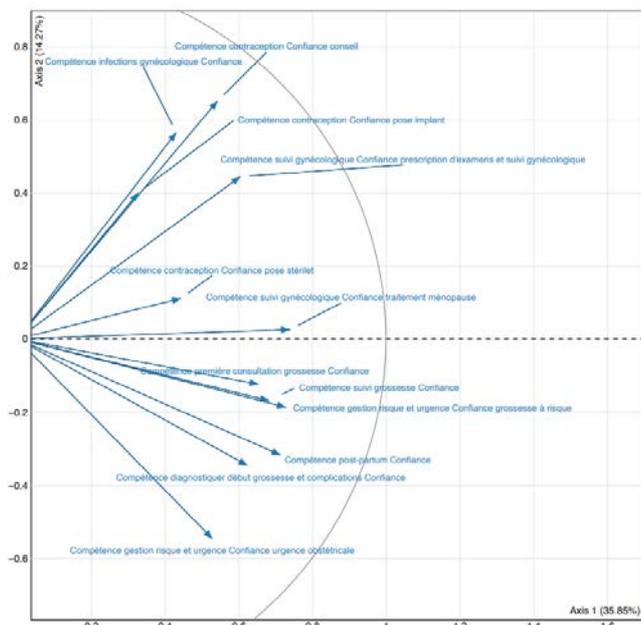
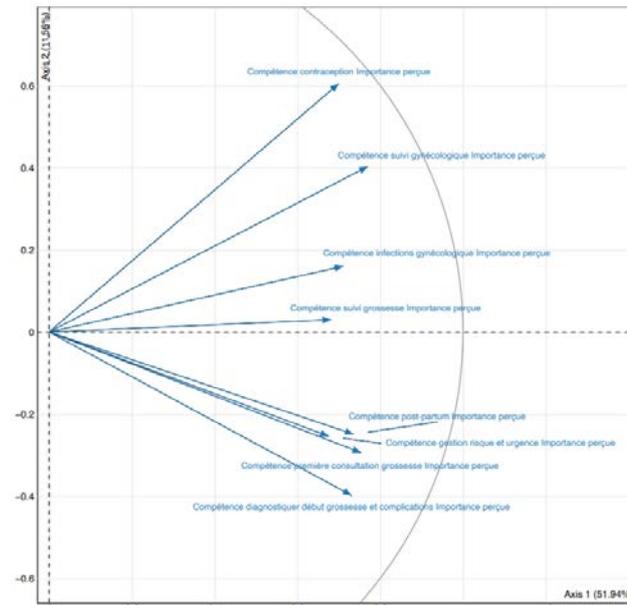


Figure 32 : importance accordée aux compétences en composante principale



A travers les figures 31 et 32, une autre composante principale semble émerger. Cette composante semblerait diviser, tant sur le plan des confiances que des importances, les données touchant gynécologie d'un côté et obstétrique de l'autre. En effet, sur ces graphiques, même si toutes les données sont tournées dans le même sens de l'axe 1, les importances et les confiances vont dans des sens opposés sur l'axe 2, selon qu'elles toucheraient ou non au domaine de la grossesse.

2. Lien entre confiance et sexe du répondant

Figure 33 : Lien entre confiance moyenne et sexe

Caractéristiques	Femme, N = 51 ¹	Homme, N = 25 ¹	p-value ²
Confiance moyenne	6.08 (5.42, 6.50)	6.00 (5.00, 6.75)	0.8
¹ Median (IQR)			
² Wilcoxon rank sum test			

Il n'existe pas de différence statistique entre hommes et femmes en ce qui concerne leur confiance en eux, toutes compétences confondues.

3. Lien entre importance et sexe du répondant

Figure 34 : Lien entre importance moyenne et sexe

Caractéristiques	Femme, N = 51 ¹	Homme, N = 25 ¹	p-value ²
Importance moyenne	7.50 (6.31, 8.62)	7.12 (6.00, 8.50)	0.3
¹ Median (IQR)			
² Wilcoxon rank sum test			

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistique entre hommes et femmes quant à l'importance accordée à la pratique gynécologique.

4. Lien entre confiance et terrain d'exercice

Figure 35 : lien entre confiance moyenne et terrain d'exercice principal

Caractéristiques	Plutôt rural, N = 45 ¹	Plutôt urbain, N = 31 ¹	p-value ²
Confiance moyenne	6.08 (5.00, 6.83)	6.08 (5.71, 6.38)	>0.9
¹ Median (IQR)			
² Wilcoxon rank sum test			

Nous n'avons pas remarqué de différence statistique concernant la confiance en soi en fonction du terrain d'exercice plutôt rural ou plutôt urbain.

5. Lien entre confiance globale et statut vis à vis de la thèse

Figure 36 : lien entre thèse et confiance globale en gynécologie

Caractéristique	Non, N = 30 ¹	Oui, N = 46 ¹	p-value ²
Confiance moyenne	6.00 (4.96, 6.69)	6.08 (5.40, 6.62)	0.8
¹ Median (IQR)			
² Wilcoxon rank sum test			

La confiance en soi globale ne semblait pas différer de façon significative selon le statut thésé ou non thésé du répondant.

2. DISCUSSION

I. Interprétation des résultats

A. Interprétation du profil des répondants

Profil plutôt féminin

Dans notre étude, nous avons eu 76 questionnaires soumis. Les promotions QUESNAY (ECN 2018) et PASTEUR (ECN 2017) regroupaient 378 personnes (29) soit une proportion de réponse de 20,1% de notre population source.

Sur l'effectif répondant, on peut constater que, contrairement à d'autres études réalisées auprès de médecins généralistes, ce sujet de pratique gynécologique a attiré un profil de médecins répondant nettement féminin (67% dans notre étude contre une minorité à 47% pour Charly BOCQUET en 2021 à Lille (30) et 43,2% pour Angèle DRUBAY dans son étude en 2021 à Lille (2)).

Le fait d'interroger de jeunes médecins généralistes plutôt qu'une population globale de généralistes a-t-il pu influencer ce résultat ?

La thèse de Charly BOCQUET en 2021 retrouvait que les jeunes MG pratiquaient moins de gestes pratiques gynécologiques que les autres tranches d'âge. Dans les freins vis à vis de la pratique gynécologique, les jeunes médecins évoquaient en priorité leur manque de formation, quand les autres tranches d'âge évoquaient principalement la proximité d'une sage-femme ou d'un gynécologue pour expliquer leur pratique limitée (35).

Demande de formation

Ce constat ne doit pas être interprété comme un désintérêt de la part des jeunes médecins de sexe masculin concernant de la pratique gynécologique. Cela étant, l'importance de notre étude s'en retrouve renforcée : l'état et l'influence de la formation initiale qu'ont suivie nos répondants devaient être explorés. Par ailleurs, on ne retrouvait pas de différence statistique de confiance en soi selon le sexe dans notre étude.

Rappelons que dans le processus de formation initiale indiqué dans les textes, l'obligation de stage validant concerne « la gynécologie et/ou la pédiatrie ». En fonction des disponibilités des terrains de stage, d'une faculté à l'autre, les étudiants n'ont donc pas forcément la possibilité d'effectuer un stage dans les deux disciplines. Au sein de la faculté de Lille, une alternative est appliquée en divisant le semestre : un trimestre est effectué en gynécologie, un autre en pédiatrie.

Dans une thèse qualitative réalisée en 2016 à l'université d'Amiens, faculté où les étudiants ont accès à l'une ou l'autre des disciplines, les médecins interrogés regrettaient vraiment leur manque de formation et mettaient en avant leur manque d'expérience sur le terrain. Il semble donc que **l'accès systématique au stage de gynécologie à l'université de Lille soit un point positif** à porter à la formation qui y est diffusée (31).

Propositions de modifications du DES de MG au sortir de la pandémie

La formation et la disponibilité des jeunes médecins est souvent au cœur de l'actualité. Le système de santé a été soumis à rude épreuve au cours de la crise sanitaire du COVID-19, ce qui a mis en lumière des difficultés concernant ce système, parfois antérieures à la crise. En juillet 2021, la DREES a établi un premier état des lieux des répercussions liées à la crise sanitaire sur le corps médical. Elle met en évidence une hausse plus forte des tensions internes, ainsi que des projections difficiles des soignants dans les mêmes conditions, qui s'estiment incapables de poursuivre la même activité jusqu'à la retraite (32).

Par voie de conséquence, c'est toute la structure du système de santé, jusqu'à la formation des futurs praticiens, qui est remise en question.

En effet, le 26 septembre 2022, le Ministre de la Santé et de la Prévention, Mr François Braun, ainsi que son homologue à l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Mme Sylvie Retailleau, ont annoncé leur souhait d'accélérer une nouvelle réforme du 3^{ème} cycle de médecine générale. L'internat durerait non plus 3 mais 4 ans, afin d'ajouter une phase de consolidation (33).

Quelle que soit l'issue de ce débat qui est introduit, c'est donc la formation initiale des internes de médecine générale qui risque d'être modifiée et devra donc être réévaluée par la suite.

Formation initiale et continue

Il faut néanmoins distinguer la formation initiale, qui est ici l'objet principal de nos recherches, de la formation continue qui pourra aider par la suite les jeunes médecins à gagner en confiance au cours de leur pratique.

Dans le cadre de la réglementation sur la formation continue, tous les professionnels de santé sont sollicités pour créer un compte « monDPC » afin d'alimenter les chiffres de suivi concernant la formation continue. Avec ces données, l'ANDPC transmet à chacun des Conseils Nationaux Professionnels les données de DPC de sa spécialité (34).

Le CMG (Collège de Médecine Générale) reçoit donc de façon trimestrielle les chiffres d'inscription et de formation des MG (35). Un quart des praticiens indiquent disposer d'un DU/DIU en gynécologie-obstétrique, ou avoir suivi une séance de FMC dans ce domaine au cours des deux dernières années. La part des médecins ayant effectué ces formations est nettement plus importante parmi les plus jeunes : 37 % chez ceux âgés de moins de 40 ans, contre 18 % chez ceux de 60 ans ou plus (36). Parmi le top 10 des sujets sollicités en formation, la gynécologie occupe la 2^{ème} place, ce qui indique que les problématiques autour de ce domaine préoccupent les praticiens et qu'il existe un besoin de formation persistant dans leur activité. Cela est concordant avec le travail d'I.BONHOMME et C.MORETTI en 2017 retrouvant environ 60% des MG installés qui seraient motivés par une formation pratique en gynécologie (37).

Profil en lien avec le lieu et la modalité d'exercice

Dans cette étude, le niveau de confiance en soi global ne différait pas selon le lieu d'exercice principal des répondants. **Ce résultat diffère d'autres travaux, la population source aurait-elle eu un impact sur ces réponses ?**

En effet, selon la DRESS en 2020 (1), le lieu d'installation est influencé par plusieurs types de facteurs : professionnels (quantité de travail attendue dans une région) ou personnels (raisons familiales). Certains critères sont présents, quelles que soient les tranches d'âge, mais d'autres sont davantage mis en avant par les générations plus récentes : la possibilité de créer ou d'intégrer un regroupement de professionnels est plébiscitée par 73 % des médecins de moins de 40 ans et mentionnée par seulement 27 % des 60 ans ou plus. Ce constat conforte l'importance de l'exercice en groupe pour les jeunes générations.

Toujours selon cette même enquête, 3 généralistes sur 10 se spécialiseraient face à la raréfaction des spécialistes dans leur zone : les domaines les plus mentionnés sont la gynécologie (49 %), la pédiatrie (45 %) et la gériatrie (27%). Ce sont les médecins généralistes jeunes, les femmes, ceux en exercice regroupé, exerçant en zone sous-dense ou ceux ayant un faible volume d'activité qui déclarent le plus se spécialiser.

Dans notre étude, on constate que la large majorité des répondants (76,3%) n'est pas installée. La problématique d'accès aux soins est une notion forcément déjà rencontrée par tous les répondants. Néanmoins, le fait de pratiquer ou non la gynécologie en cabinet dépend peut-être plus de l'activité du MG qu'ils remplacent que de leur lieu d'exercice, qui reste fluctuant par le caractère « remplaçant ».

B. Interprétation du niveau de confiance en soi

La médiane de la confiance globale pour toutes les compétences gynécologiques évaluées est calculée à 6,08/10 (5,31 ; 6,69). On peut estimer que cette note auto-attribuée est satisfaisante, elle signifie en tous cas que les jeunes MG interrogés se sentent plutôt à l'aise dans leur pratique en gynécologie.

Néanmoins, ces confiances sont très variables et chutent brusquement lorsqu'il est question de la mise en pratique de certains gestes complexes comme notamment la pose d'un stérilet (1/10 (1,00 ; 3,00)) ou d'un implant (4,50 (3,00 ; 7,00)). Pour rappel, la proportion des MG effectuant ce geste se limite à 11,7% selon des études antérieures (2)(16), ce qui confirme les difficultés qu'éprouvent les MG à la pratique de ces gestes complexes du suivi gynécologique.

Si on subdivise les notes moyennes auto-attribuées par les répondants, on retrouve une confiance plutôt similaire entre sujets gynécologiques (6,50 (5,69 ; 7,25)) et obstétricaux (6,50 (5,79 ; 7,50)), surtout après avoir retiré les confiances relatives à la pratique des gestes complexes qui déséquilibrent le rapport. Cette confiance plutôt lisse semble en adéquation avec l'évolution des pratiques : en 2000, l'étude Thalès (38) retrouvait que la grossesse et la stérilité étaient plus souvent du domaine quasi exclusif des gynécologues tandis que contraception et ménopause amenaient les femmes à consulter indifféremment un MG ou un gynécologue. A

contrario en 2015, la DREES mettait en évidence que les praticiens les plus jeunes (40 ans ou moins) effectuaient plus de suivi de grossesse que les praticiens plus âgés (36). Cette évolution entre générations peut expliquer que nos répondants soient aussi à l'aise en obstétrique qu'en gynécologie.

Le rôle du médecin généraliste a parallèlement été renforcé par la loi HPST de 2009, et plus particulièrement l'article L.4130-1 (39). L'âge moyen des femmes suivies par leur MG pour motif gynécologique est d'environ 44 ans.

C. Interprétation de l'importance attribuée aux compétences

Les compétences requises au cours de la formation initiale sont à la base de notre questionnaire. Elles semblent vraiment importantes aux yeux des jeunes MG : la médiane des importances globales est de 7,25/10 (6,25 ; 8,62). On peut subdiviser ces réponses entre le domaine gynécologique (7/10 (6,33 ; 8,08)) et le domaine obstétrical (7,40/10 (6,15, 8,80)) : les intervalles de confiance de ces deux importances se chevauchent.

Les jeunes MG accordent donc autant d'importance aux sujets gynécologiques qu'obstétricaux en pratique quotidienne. Cette tendance rejoint les chiffres de la DREES en 2015 (40) qui mettait déjà en évidence que 84% des MG interrogés considéraient le suivi de grossesse dans leurs attributions. Néanmoins, cette même enquête précisait que seuls 57% des MG effectuaient le suivi de grossesse dans leur quotidien.

De même, la HAS recommande le suivi des grossesses non compliquées par le médecin généraliste (65 à 90% des cas selon les sources). Dans les faits, les patientes elles-mêmes sollicitent assez peu leur MG au cours d'une grossesse (27% d'entre elles en 2015), y compris en l'absence de complication, et ce, d'autant plus que le terme approche. Cette propension à consulter le MG semble évoluer positivement (15% le consultaient en 2003)(41).

D. Interprétation des corrélations et de l'analyse dimensionnelle

Les analyses en composantes principales ont permis d'ébaucher plusieurs notions qui rattachent ces nombreuses variables entre elles. Il s'agit de tendances qui sont soumises à interprétation.

Parmi ces tendances, on peut remarquer que toutes les confiances en soi accordées aux compétences vont dans le même sens ; aucune d'entre elle ne semble donc contre-productive par rapport aux autres, aux yeux des jeunes MG interrogés.

On voit également se dessiner une petite dichotomie entre le domaine gynécologique et celui de l'obstétrique, tant en termes de confiance que d'importance. Cette constatation visible dans l'analyse en composantes principales n'est toutefois pas très robuste (axe secondaire) et n'est pas confirmée par les médianes globales de chacun des deux domaines.

II. Forces et faiblesses de l'étude

A. Forces

1. Choix du sujet de thèse

Les problématiques de gynécologie en médecine générale commencent à être de plus en plus abordées mais cela reste un thème plutôt restreint. Les précédents travaux réalisés s'intéressaient surtout aux freins exprimés par les MG à la pratique de la gynécologie. Parmi ces freins, le manque de formation mis en évidence n'avait jamais vraiment fait l'objet d'un travail complémentaire.

Notre étude a pour avantage de recueillir l'avis d'un segment peu interrogé des praticiens : les jeunes médecins issus du cursus de médecine générale. Ces répondants sont confrontés à la mise en pratique en « conditions réelles » de leurs connaissances fraîchement acquises au cours de leur cursus. Il était donc intéressant de les solliciter afin de comprendre leurs difficultés éventuelles dans la mise en pratique de celles-ci.

2. Réalisation d'une étude quantitative

Le processus quantitatif de notre étude n'avait pas pour objectif d'établir de lien de causalité entre la formation initiale et le niveau de compétence. Notre étude quantitative a permis de brosser un portrait à un moment précis du niveau de confiance en eux des jeunes MG en gynécologie, de connaître leurs difficultés actuelles et éventuellement d'entrevoir leurs attentes quant à l'évolution de leur formation.

3. Sélection de notre échantillon

Le recrutement des MG concernés par notre enquête s'est fait au travers de deux canaux : par mail via le DMG qui a transmis notre questionnaire sur l'adresse email universitaire et d'autre part via le réseau social Facebook habituellement utilisé par les jeunes MG pour la diffusion de questionnaires de thèse ou d'annonce de remplacements. L'utilisation conjointe de ces deux canaux a permis de toucher plus largement les répondants qui utilisent moins fréquemment leur adresse e-mail universitaire une fois la thèse soutenue.

4. Collecte des données

L'utilisation d'un formulaire sur une plateforme en ligne a permis de faciliter le recueil. Les données informatisées et le fait que toutes les questions étaient à réponse obligatoire ont permis de limiter les pertes de données et d'éviter les questionnaires inutilisables ou incomplets. Nous avons souhaité poser des questions fermées, courtes et concises en nous basant sur les intitulés exacts tels qu'inscrits dans la feuille d'évaluation. Nous avons parfois subdivisé les intitulés pour que chaque item contienne peu de notions, afin d'éviter les biais de confusion.

Le taux de participation a pu être augmenté par plusieurs relances effectuées par mail et sur Facebook.

B. Faiblesses

1. Étude quantitative plutôt que qualitative

Le fait d'avoir choisi de mener une étude quantitative limite les résultats à une tendance concernant les connaissances actuelles des jeunes MG. Cela ne permet pas de préciser leurs ressentis ni d'explorer les attentes éventuelles vis-à-vis d'une modification de leur formation initiale. L'étude n'explore pas non plus le fait que les étudiants ont pu se former par eux même, augmentant leurs compétences autrement que par la formation initiale dispensée. Cette formation complémentaire aurait pu influencer leurs réponses.

2. Faible taux de réponse

Malgré deux relances effectuées, nous avons constaté un taux de réponse d'environ 20% de notre population cible, constituée de jeunes diplômés sensibilisés à l'intérêt d'une participation à ce type d'étude. Ce taux de réponse n'a pas empêché d'obtenir des résultats statistiquement significatifs, mais la puissance de l'étude a de ce fait été limitée.

Rappelons que l'analyse dimensionnelle semble mettre en évidence, comme deuxième dimension, une dichotomie entre gynécologie et obstétrique, qu'il s'agisse de confiance ou d'importance. Cependant les médianes de confiance en gynécologie et en obstétrique au sein des tests initiaux ne semblent pas différentes statistiquement : on peut se demander si le taux relativement faible de réponse à notre étude a pu engendrer une perte de puissance, ne permettant pas de confirmer statistiquement cette impression.

3. Biais inhérents au choix de la population

Biais de recrutement

Les réponses à notre enquête se faisant sur la base du volontariat, il est probable que nous ayons recruté principalement des MG intéressés par le sujet ayant trait à la gynécologie. Par extension, on peut imaginer que des MG « intéressés » ne possèdent pas la même confiance en eux que ceux dont l'intérêt pour la gynécologie

est moindre. Les résultats auraient peut-être été différents si ces médecins avaient répondu.

Biais cognitif

Le fait d'avoir choisi d'étudier de jeunes MG a pu provoquer un biais cognitif de type « Dunning Kruger » aussi appelé effet de surconfiance (42).

Appliqué au contexte, il ne s'agit pas de dire que les jeunes médecins généralistes manquent de connaissances, mais peut-être certains des répondants s'auto-évalueraient à la baisse s'ils avaient rencontré plus de situations gynécologiques en pratique quotidienne depuis la fin de leur cursus universitaire.

Il serait intéressant de réinterroger cette même population dans quelques années pour savoir si leur niveau de confiance en eux a tendance à évoluer à la hausse ou à la baisse. Il faut noter cependant que l'effet Dunning Kruger ne fait pas consensus au sein de la communauté scientifique.

4. Effets négatifs du questionnaire

Le côté « numérique » du questionnaire crée une certaine distance entre l'investigateur et les répondants. On peut imaginer que la remise en main propre du questionnaire aurait motivé une partie de la population cible qui n'a pas été sensible aux relances par mail ou par les réseaux sociaux (43).

De plus, le questionnaire était uniquement basé sur des questions toujours fermées, ne laissant pas de place à l'expression personnelle d'un éventuel commentaire qui aurait pu le rendre plus dynamique ou attrayant.

Au cours de la construction du questionnaire, l'échelle d'autoévaluation a fait l'objet d'un questionnement. La note entre 1 et 10 était-elle aisément compréhensible ; les participants seraient-ils à l'aise avec le fait que 1 était la note la plus faible et 10 la plus forte ?

J'ai consulté plusieurs auto-questionnaires réalisés dans le cadre de thèses, retenant toutes ce sens de notation. Je n'ai donc pas pris la peine de préciser le sens de l'échelle ; ce manque de précision peut éventuellement avoir porté à confusion. Cela étant, les répondants pouvaient me contacter par mail, ce que 8 d'entre eux ont fait. Le contenu de leur mail m'informait de leur intérêt pour mon étude mais je n'ai reçu aucune question ou remarque concernant le sens de l'échelle.

III. Perspectives

Il n'existait pas de score auquel se référer en ce qui concerne l'auto-évaluation des jeunes médecins généralistes. Par définition, l'auto-évaluation fait appel à des dimensions multiples qu'il est difficile de quantifier et qui varient d'un individu à l'autre, ce qui rend une même note discutable. Par ailleurs, il n'était pas possible de vérifier si les connaissances que s'attribuaient les répondants étaient effectivement rattachées à des connaissances réelles.

Il serait envisageable de réaliser une enquête plus fiable à l'aide d'un questionnaire médical, évaluant à la fois les connaissances et le niveau de confiance en soi, afin de mettre en perspective ces deux notions.

Les données recueillies mettent en évidence l'importance que la gynécologie au sens large représente dans l'activité des jeunes MG, mais l'étude relève également les difficultés sur la réalisation pratique de la pose de l'implant et du stérilet. La prise en charge des troubles ménopausiques semble également être un problème pour les jeunes praticiens. Ce constat peut inciter les professionnels qui ont actuellement en charge des étudiants à insister sur ces points pour faciliter la pratique future des jeunes MG.

3. CONCLUSION

Les freins et moteurs à la pratique du suivi gynécologique ont été mis en évidence par le biais de travaux antérieurs. L'influence de la formation initiale n'avait jusqu'alors jamais fait l'objet de recherche.

Notre étude met en évidence que les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale à Lille (promotions QUESNAY et PASTEUR ou ECN 2018 et 2017) ont globalement confiance en eux concernant le domaine de la pratique gynécologique, à l'issue de leur formation initiale universitaire. Cette tendance positive doit être nuancée car certaines compétences semblent sources de problèmes pour eux : on peut retenir que la réalisation de certains gestes techniques tels que la pose de DIU, mais aussi d'implants dans une moindre mesure, sont sources de manque de confiance.

De même, les analyses en composantes principales mettent en évidence deux dimensions principales : la première est une corrélation entre les niveaux de confiance en soi et d'importance de la discipline. La deuxième dimension de ces analyses semble mettre en évidence une dichotomie entre le domaine gynécologique et le domaine obstétrical, ce qui n'est pas confirmé par les tests statistiques, qui ne retrouvent pas de différence significative de confiance ou d'importance entre ces deux sous-matières.

On constate néanmoins que les jeunes MG jugent chacune des compétences requises en stage comme importante : la grille d'évaluation actuelle leur semble donc appropriée.

Références bibliographiques

1. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de>
2. LES PRATIQUES GYNECOLOGIQUES EN MEDECINE GENERALE DANS LE NORD-PAS-DE-CALAIS EN 2020 [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM228.pdf
3. Gynécologie. In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 22 juill 2022]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Gyn%C3%A9cologie&oldid=192380962>
4. Santé de la femme. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sant%C3%A9_de_la_femme&oldid=158229671
5. Loiseau S. Facteur facilitant la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste: une étude qualitative menée auprès de patientes seinomarines en 2018.
6. gynecologie-polycopie-examen-gynecologique.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <http://www.fascicules.fr/data/consulter/gynecologie-polycopie-examen-gynecologique.pdf>
7. Chiffres clés : Gynécologue-obstétricien | Profil Médecin [Internet]. [cité 27 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetrique/>
8. [cnom_atlas_demographie_2022_tome_2_approche_territoriale_par_specialites.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/bnhcwi/cnom_atlas_demographie_2022_tome_2_approche_territoriale_par_specialites.pdf) [Internet]. [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/bnhcwi/cnom_atlas_demographie_2022_tome_2_approche_territoriale_par_specialites.pdf
9. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. :141.
10. La gynécologie médicale [Internet]. FNCGM. [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.fncgm.com/qui-sommes-nous/la-gynecologie-medicale.html>
11. ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf
12. La démographie des professionnels de santé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 5 janv 2023]. Disponible sur:

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/la-demographie-des-professionnels-de-sante>

13. Estimations de population | Insee [Internet]. [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1169>

14. Femmes et hommes – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238375?sommaire=4238781>

15. 62bd3a15-c39a-4613-ace3-54e608bfe46b.pdf [Internet]. [cité 22 juill 2022]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/62bd3a15-c39a-4613-ace3-54e608bfe46b>

16. pratique des gestes techniques gynécologique en médecine générale.

17. pratique des jeunes médecins généralistes dans le suivi de grossesse [Internet]. [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M476.pdf

18. UNIVERSITE DE CAEN. :94.

19. Bernard PJ. Suivi gynécologique : Représentations et ressentis des patientes. Étude qualitative. :75.

20. Études de médecine : la réforme du deuxième cycle en place à la rentrée 2021 [Internet]. L'Etudiant. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/la-reforme-du-deuxieme-cycle-des-etudes-de-medecine-en-place-a-la-rentree-2021.html>

21. R2C - Faculté de Médecine Henri Warembourg [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lille.fr/formation-initiale/r2c>

22. 3ème cycle (internat) - Faculté de Médecine Henri Warembourg [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lille.fr/formation-initiale/3eme-cycle-internat>

23. Médecine Générale - Faculté de Médecine Henri Warembourg [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lille.fr/dmg>

24. OBJECTIFS DE FORMATION DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN STAGE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, DE PÉDIATRIE ET D'URGENCE À LILLE [Internet]. [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2012/LIL2_STME_2012_057.pdf

25. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.

26. L'interprétation du coefficient de corrélation - Voxco [Internet]. 2022 [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.voxco.com/fr/blog/linterpretation-du-coefficient-de-correlation/>

27. Mukaka MM. A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal: The Journal of Medical Association of Malawi* [Internet]. sept 2012 [cité 17 janv 2023];24(3):69. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/>
28. Analyse en composantes principales. In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Analyse_en_composantes_principales&oldid=198788709
29. Boutillier B. Lille : rangs limites d'affectation et postes pour les Epreuves Classantes Nationales (ECN / ENC) [Internet]. Remede.org. [cité 10 janv 2023]. Disponible sur: http://www.remede.org/internat/rangs-enc.html?mode=det&conv_chu=Lille
30. Pratique des gestes techniques gynécologiques des médecins généralistes en cabinet et ressenti des patientes concernant leur suivi gynécologique.
31. INFLUENCE DE L'ABSENCE D'UN STAGE DE GYNECOLOGIE AU COURS DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES (DES) DE MEDECINE GENERALE SUR LA PRATIQUE DU MEDECIN GENERALISTE. :73.
32. er1235_0.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1235_0.pdf
33. L'année d'internat supplémentaire en médecine générale annoncée par le gouvernement ne passe pas [Internet]. L'Etudiant. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/l-annee-d-internat-supplementaire-en-medecine-generale-annoncee-par-le-gouvernement-ne-passe-pas.html>
34. chiffres_cles3080622_vf_compressed.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/images/chiffres_cles3080622_vf_compressed.pdf
35. Chiffres-cles-2021-CMG-30062021.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2021/07/Chiffres-cles-2021-CMG-30062021.pdf>
36. er977.pdf [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er977.pdf>
37. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative.
38. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm#analyse
39. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.

40. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes-dans-le-cadre-du>
41. Lecomte B. Place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse.
42. Effet Dunning-Kruger. In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 10 janv 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Effet_Dunning-Kruger&oldid=198319569
43. Avantages et inconvénients des enquêtes en ligne [Internet]. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.soft-concept.com/surveymag/avantages-et-inconvenients-des-enquetes-en-ligne.html>

4. ANNEXES

Annexe 1 : Attestation accordée par la CNIL



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Les jeunes médecins généralistes formés à Lille se sentent ils à l'aise dans la pratique quotidienne de la gynécologie au sortir de leurs études?
Référence Registre DPO : 2022-271
Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme. Honorine DEQUIEDT

Fait à Lille,

Le 23 Septembre 2022

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 2 : Mail informatif pour le recrutement des médecins généralistes

OBJET : QUESTIONNAIRE THESE : Les jeunes médecins généralistes issus de la Faculté de Lille se sentent-ils confortables en gynécologie au sortir de leurs études ?

Bonjour, Je m'appelle Honorine DEQUIEDT, étudiante en Médecine Générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la pratique de la gynécologie en médecine générale. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le niveau d'autosatisfaction des jeunes médecins généralistes dans leur formation à la pratique quotidienne de la gynécologie en ville. Je cherche à comprendre si la formation pratique initiale diffusée à l'université de Lille suffit à les rendre confortables dans leur pratique.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être jeune médecin généraliste, c'est à dire être issu des ECN 2017 ou plus récent ET exercer en médecine générale, que vous soyez thésé ou non, installé ou non. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement ! Ce questionnaire n'est pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse. Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le n°2022-271 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous,

Honorine

<https://framaforms.org/les-jeunes-medecins-generalistes-issus-de-la-faculte-de-lille-se-sentent-ils-confortables-en>

Annexe 3 : questionnaire Framafoms accessible aux répondants partie 1/3

Début : 1 / 2

Cette enquête comporte 8 questions rapides, chacune étant en lien avec un des objectifs de stage définis par la faculté de Lille.

Pour chaque objectif (compétence), il vous sera posé 2 sous-questions :

- la 1ère sera de vous auto-évaluer entre 1 et 10
- la seconde vous demandera l'importance que vous accordez à cette compétence entre 1 et 10.

Quel est votre sexe ? *

- Femme
- Homme

Êtes-vous thésé(e) ? *

- Oui
- Non

Sur quel terrain exercez-vous ? *

- Plutôt urbain
- Plutôt rural

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? *

- je suis médecin remplaçant
- je suis médecin installé

plusieurs réponses possibles

COMPETENCE N°1 : - Assurer un suivi gynécologique (FCV, seins) - Prescrire les examens para-cliniques à bon escient - Actualiser des données sur le traitement de la ménopause *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quel est votre niveau de confiance en vous concernant la prescription d'examens paracliniques et le suivi gynécologique ? *

Quel est votre niveau de confiance en vous concernant l'actualisation des données sur le traitement de la ménopause? *

Quelle importance accordez-vous à ce champ de compétence au quotidien? *

Annexe 4 : questionnaire Framafoms accessible aux répondants partie 2/3

COMPETENCE N°2 : Conseiller une contraception. Appréhender la pose d'un stérilet et d'un implant *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quel est votre niveau de confiance en vous en terme de conseil d'une contraception? *	<input type="radio"/>									
Quel est votre niveau de confiance en vous quant à la pose d'un stérilet? *	<input type="radio"/>									
Quel est votre niveau de confiance en vous quant à la pose d'un implant? *	<input type="radio"/>									
Quelle importance accordez-vous au quotidien à ce champ de compétence? *	<input type="radio"/>									

COMPETENCE 3 : Réaliser la première consultation de grossesse. Expliquer les dépistages, en particulier la trisomie 21

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quel est votre niveau de confiance en vous dans ce domaine?	<input type="radio"/>									
Quelle importance accordez-vous au quotidien à ce champ de compétence?	<input type="radio"/>									

COMPETENCE 4 : Diagnostiquer un début de grossesse et ses complications (GEU ? FCS ?) *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quel est votre niveau de confiance en vous dans ce domaine? *	<input type="radio"/>									
Quelle importance accordez-vous au quotidien à ce champ de compétence? *	<input type="radio"/>									

COMPETENCE 5 : Suivre la grossesse . Renseigner le dossier partagé.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quel est votre niveau de confiance en vous dans ce domaine?	<input type="radio"/>									
Quelle importance accordez-vous au quotidien à ce champ de compétence?	<input type="radio"/>									

Annexe 5 : questionnaire Framafoms accessible aux répondants partie 3/3

COMPETENCE 6 : Dépister et surveiller conjointement un risque (HTA, diabète gestationnel...) Repérer une urgence obstétricale (pré-éclampsie, Hématome rétro-placentaire) *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quel est votre niveau de confiance en vous concernant le dépistage et la surveillance des situations à risques au cours de la grossesse (HTA, diabète)? *

Quel est votre niveau de confiance en vous dans le repérage d'une urgence obstétricale (HRP, pré-éclampsie)? *

Quelle importance accordez-vous au quotidien à ce champ de compétence? *

COMPETENCE 7 : Prendre en charge un post-partum. Le couple mère-nouveau né. Les parents *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quel est votre niveau de confiance en vous dans ce domaine? *

Quelle importance accordez-vous au quotidien à ce champ de compétence? *

COMPETENCE 8 : Reconnaître les principales infections gynécologiques, MST, vaccination HPV *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quel est votre niveau de confiance en vous dans ce domaine? *

Quelle importance accordez-vous à ce champ de compétence au quotidien? *

Merci beaucoup pour votre participation! Pour accéder aux résultats scientifique de l'étude, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : honorine.dequiedt.etu@univ-lille.fr

SOUMETTRE

AUTEURE : Nom : DEQUIEDT-PENKALLA

Prénom : Honorine

Date de Soutenance : 22 mars 2023 à 18 heures.

Titre de la Thèse : Auto-évaluation de la confiance en soi et de l'importance accordées aux compétences gynécologiques chez les jeunes médecins généralistes issus de l'ECN 2017 et 2018 à Lille.

Thèse - Médecine – Lille 2023

Cadre de classement : Médecine Générale, Gynécologie

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : apprentissage ; santé des femmes ; médecine générale ; internat et résidence

Résumé :

Contexte : Le médecin généraliste a un rôle prépondérant concernant la santé de la femme. Ses compétences sont renforcées par la démographie médicale actuelle et l'accès difficile aux spécialistes tels que gynécologues. Moins de 50% des médecins généralistes pratiquent le suivi gynécologique. Certains freins ont été identifiés mais l'influence de la formation initiale n'a pas fait l'objet d'évaluation.

Méthode : Étude épidémiologique descriptive, transversale quantitative. Questionnaire adressé aux jeunes MG issus des promotions Quesnay (ECN 2018) et PASTEUR (ECN 2017) formés à l'Université de Lille 2, portant sur leur confiance en soi en gynécologie et l'importance accordée à chacun des 8 domaines de compétences requises lors du stage de gynécologie du DES de médecine générale.

Résultats : Analyse de 76 questionnaires (taux de réponse 20,1%). Le profil de répondants est plutôt féminin (76%), majoritairement thésé (68%), non installé (76%) et exerçant en milieu plutôt rural (59%). Sur l'ensemble des sujets gynécologiques, les jeunes MG ont globalement confiance en eux (médiane globale 6,08/10 (5,31 ; 6,69)) sauf concernant la pose de stérilet (1/10 (1,00 ; 3,00)) et d'implant (4,5/10 (3,00 ; 7,00)). L'importance globale accordée aux compétences gynécologiques est forte (médiane globale 7,25/10 (6,25 ; 8,62)). L'analyse en composantes principales retrouve que les dimensions « confiance » et « importance » sont corrélées entre elles. Une deuxième dimension met en évidence une dichotomie d'importance et de confiance entre gynécologie et obstétrique, non retrouvée par les tests statistiques qui détectent surtout la 1^{ère} dimension : si on ne tient pas compte des gestes complexes, confiances et importances sont identiques entre gynécologie (6,50 (5,69 ; 7,25)) et obstétrique (6,50 (5,79 ; 7,50)). Aucun sujet de la fiche d'évaluation ne semble contre-productif, toutes les variables d'importance allant dans le même sens de l'analyse dimensionnelle.

Conclusion : Les jeunes médecins généralistes formés à Lille sont confiants en pratique gynécologique, à l'exception de la réalisation de certains gestes techniques comme le DIU. Ils semblent plus confiants en suivi gynécologique qu'en suivi de grossesse. Tous les domaines de compétence requis leur semblent importants dans leur pratique : ils considéreraient la grille d'évaluation adaptée et le domaine de la gynécologie comme partie prenante de leurs attributions.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Asseseurs : Madame le Docteur Céline BROCHOT, Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur David WYTS