

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7  
FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2010

n°

**THESE**

POUR LE

**DOCTORAT EN MEDECINE**

*(Diplôme d'Etat)*

PAR

**DIAS Sabrina**

Née le 05 Juillet 1978 à Rueil-Malmaison

Présentée et soutenue publiquement le 28 Janvier 2010

**ETAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE DE LA  
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE PAR LES MEDECINS  
GENERALISTES D'ILE-DE-FRANCE**

**Président** : Professeur Dominique LUTON

**Directeur** : Docteur Isabelle AUBIN-AUGER

**RESIDENT**

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Luton, qui me fait l'honneur de présider la soutenance de cette thèse, ainsi qu'aux membres du jury, Messieurs les Professeurs Casalino, Budowski et Vrtovsnik, pour l'intérêt porté à ce travail et leurs compétences scientifiques à le présider.

Au Docteur Aubin-Auger, qui a accepté de diriger ce travail, pour ses précieux conseils et ses connaissances médicales.

Aux médecins généralistes, qui m'ont accordé un peu de leur temps, pour répondre à mon questionnaire, et sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible.

A ma mère, pour son amour, son soutien et son dévouement tout au long de ces longues études.

A mon frère Miguel pour m'avoir supportée et prêté sa chambre de si nombreuses fois, pour que j'étudie au calme. A ses chansons qui m'ont fait rire lorsque j'étais au plus bas et découragée. T'es « formidable » ...

A Chahrazed ma meilleure amie, et Guillaume mon mari, les piliers de cette thèse, et de ma vie. Merci pour tout, sans vous cette thèse n'aurait pas vu le jour.

A ton amitié Chichi, fidèle et éternelle je l'espère, que la distance qui va nous séparer ne soit pas un obstacle à ce lien.

Au reste de ma famille, ceux qui sont toujours là pour moi et qui m'ont soutenue de près ou de loin. Aux bons moments que nous passons ensemble et ceux que nous partagerons encore.

A Catia et Rafael, mes neveux, qu'ils connaissent à leur tour un jour le bonheur d'être diplômés.

A mon filleul David, que cette thèse t'inspire une grande carrière.

*À ma mère, que j'aime tendrement...*

# SOMMAIRE

	Page
<b>GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>12</b>
<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>13</b>
<b>I- OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....</b>	<b>13</b>
<b>II- METHODE UTILISEE POUR L'ENQUETE.....</b>	<b>13</b>
1) Élaboration du questionnaire.....	13
2) Sélection des médecins.....	14
<b>III- ANALYSE STATISTIQUE.....</b>	<b>15</b>
<b>IV- RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....</b>	<b>15</b>
<b>DEMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE.....</b>	<b>16</b>
<b>I- DEMOGRAPHIE MEDICALE FRANCAISE GLOBALE.....</b>	<b>16</b>
<b>II- DEMOGRAPHIE DES MEDECINS GENERALISTES.....</b>	<b>19</b>
1) Effectifs.....	19
2) Caractéristiques.....	19
<b>III- DEMOGRAPHIE DES GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS.....</b>	<b>21</b>
1) Effectifs.....	21
2) Caractéristiques.....	21

<b>FORMATION.....</b>	<b>23</b>
<b>I- LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES.....</b>	<b>23</b>
1) La formation universitaire.....	23
2) Après le troisième cycle de médecine générale.....	24
<b>II- FORMATION DES GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS.....</b>	<b>25</b>
1) Plusieurs années de réforme.....	25
2) Les premiers résultats du DES de gynécologie médicale...27	
<b>ANALYSE DES RESULTATS.....</b>	<b>28</b>
<b>I- CARACTERISTIQUES DES MEDECINS GENERALISTES.....</b>	<b>28</b>
1) Répartition des réponses.....	28
2) Répartition des médecins par âge.....	29
3) Répartition des médecins par sexe.....	29
a- Répartition générale.....	29
b- Répartition des médecins selon l'âge et le sexe.....	30
4) Répartition des médecins selon leur durée d'installation...30	
5) L'exercice professionnel des médecins.....	31
a- Descriptif général.....	31
b- Mode d'exercice selon le sexe du médecin.....	33
6) Répartition des médecins selon leur distance avec un gynécologue.....	34
7) Répartition des médecins selon leur nombre d'actes par semaine.....	35
a- Nombre moyen d'actes de médecine générale.....	35
b- Nombre d'actes selon le sexe.....	36
c- Nombre d'actes selon l'âge du médecin.....	37

<b>8) Pourcentage de GO dans leur activité.....</b>	<b>38</b>
a- Part de l'activité de GO dans l'activité globale des médecins généralistes.....	38
b- Part de l'activité de GO dans l'activité globale des médecins généralistes selon le sexe.....	39
c- Part de l'activité des GO dans l'activité des médecins généralistes selon la tranche d'âge.....	41
d- Part de l'activité de GO des médecins généralistes selon l'année d'installation.....	42
e- Part de l'activité de GO des médecins généralistes selon la distance avec gynécologue.....	44
f- Part de l'activité de GO des médecins généralistes selon leur mode d'exercice.....	45
g- Part de l'activité de GO des médecins généralistes selon le secteur d'activité.....	46
<b>II- EVALUATION GLOBALE DE L'ACTIVITE DE GYNECOLOGIE DES MEDECINS.....</b>	<b>47</b>
1) Circonstances de la pratique de la gynécologie.....	47
2) Les trois motifs de consultation de GO les plus fréquemment rencontrés.....	48
3) La pratique d'examens gynécologiques (pose de spéculum, touchers vaginaux).....	49
4) Les médecins pratiquant peu ou pas de gynécologie- obstétrique : les raisons de leur choix.....	50
<b>III- DEPISTAGE ET PREVENTION.....</b>	<b>52</b>
<b>IV- CONTRACEPTION.....</b>	<b>54</b>
<b>V- SUIVI DE GROSSESSE.....</b>	<b>57</b>
<b>VI- IVG MEDICAMENTEUSE.....</b>	<b>58</b>
<b>VII- MENOPAUSE.....</b>	<b>59</b>

<b>VIII- REPARTITION DE L'ACTIVITE DE GO DES MEDECINS GENERALISTES.....</b>	<b>61</b>
<b>IX- FORMATION EN GO DES MEDECINS GENERALISTES.....</b>	<b>62</b>
<b>X- OPINION DES GENERALISTES SUR L'AUGMENTATION DE LEUR ACTIVITE DE GO.....</b>	<b>64</b>
<b>XI- COMMENTAIRES LIBRES.....</b>	<b>66</b>
1) Découragement d'ordre financier à la pratique de la GO....	66
2) Une volonté d'être mieux formés.....	67
3) Un problème de sexe.....	67
4) Des laboratoires de proximité leur permettent de déléguer leurs frottis.....	68
5) L'aspect médico-légal.....	68
6) Rôle du médecin généraliste évident en gynécologie.....	68
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>69</b>
<b>I-LES FAIBLESSES DU TRAVAIL.....</b>	<b>69</b>
1) Biais de recrutement des médecins.....	69
a- Le choix de la région.....	69
b- Biais de sélection des médecins.....	70
2) Le questionnaire.....	71
3) Le recueil de données et son analyse.....	72
<b>II-DISCUSSION DES RESULTATS.....</b>	<b>73</b>
1) Activité des médecins généralistes.....	73
2) Activité gynécologique des médecins.....	75
a- Généralités.....	75
b- Les motifs de consultation de GO.....	78
c- L'examen gynécologique (pose de spéculum et touchers vaginaux).....	81

d- La faible activité de gynécologie de certains médecins.....	81
3) Dépistage et prévention.....	88
a- Le cancer du col de l'utérus.....	88
b- Le cancer du sein.....	93
4) La contraception.....	97
a- La pilule.....	97
b- Le dispositif intra-utérin (DIU).....	99
c- L'implant contraceptif (Implanon®).....	100
d- Les nouveaux moyens contraceptifs (anneau vaginal et patch).....	101
e- Synthèse.....	102
5) Le suivi de grossesse.....	103
a- La place du médecin généraliste.....	103
b- Évaluation de l'activité de suivi de grossesse par les médecins généralistes.....	104
c- Synthèse.....	105
6) L'IVG médicamenteuse.....	106
a- Réglementation.....	107
b- L'IVG en ville.....	107
c- Synthèse.....	109
7) La ménopause.....	110
a- Le traitement hormonal de la ménopause (THM).....	110
b- La prescription du THM par le généraliste.....	111
c- Synthèse.....	112
8) La formation en GO des médecins généralistes.....	113
a- La formation universitaire.....	113
b- Les formations médicales continues (FMC).....	115
c- Le diplôme inter-universitaire de GO.....	116
d- Littérature et internet.....	117

9) Opinion des médecins généralistes sur l'augmentation de leur activité de GO.....	117
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>119</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>121</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>128</b>

## GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

**AFSSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé  
**AGOF** : Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation  
**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché  
**ANAES**: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé  
**BIUM**: Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine  
**CDGM** : Comité de Défense de la Gynécologie Médicale  
**CEGOP** : Cercle d'Étude des Gynécologues-Obstétriciens du Parc  
**CES** : Certificat d'Études Spécialisées  
**CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire  
**CNAM**: Caisse Nationale d'Assurance Maladie  
**CNGOF**: Collège National des Gynécologues Français  
**CNOM**: Conseil National de l'Ordre des Médecins  
**DES** : Diplôme d'Études Spécialisées  
**DESC** : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires  
**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
**DIU** : Dispositif Intra Utérin  
**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
**ENC**: Examen National Classant  
**ENTOG**: European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology  
**EPPM** : Étude Permanente de la Prescription Médicale  
**FCV** : Frottis Cervico-Vaginal  
**FMC**: Formation Médicale Continue  
**GM** : Gynécologie Médicale  
**GO**: Gynécologie-Obstétrique  
**HAS**: Haute Autorité de Santé  
**HPV**: Human Papilloma Virus  
**IDF** : Île-de-France  
**INED** : Institut National d'Études Démographiques  
**INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé  
**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
**INVS**: Institut National de Veille Sanitaire  
**IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé  
**IST** : Infection Sexuellement Transmissible  
**ITG** : Interruption Thérapeutique de Grossesse  
**IVG**: Interruption Volontaire de Grossesse  
**MEP**: Médecine à Exercice Particulier  
**MG**: Médecine Générale  
**NR** : Non Renseigné  
**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé  
**PMI**: Protection Maternelle et Infantile  
**REVHO** : Réseaux Entre Ville et Hôpital pour l'Orthogénie  
**SA** : Semaine d'Aménorrhée  
**SASPAS** : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée  
**SFMG** : Société Française de Médecine Générale  
**THM** : Traitement Hormonal de la Ménopause

# INTRODUCTION

Traditionnellement, le médecin généraliste est le médecin de famille que les patients consultent en première intention quelque soit leur âge et leur pathologie.

Sa prise en charge du patient est globale : il prend en charge non seulement des pathologies aiguës et chroniques mais joue également un rôle important dans le dépistage et la prévention.

Le champ d'action du médecin généraliste est ainsi large et pluridisciplinaire, il a donc une place légitime dans le suivi gynécologique des femmes.

C'est ainsi qu'une femme consulte en moyenne 3,6 fois par an un médecin généraliste pour des questions gynécologiques [1].

Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), il est évident que les spécialistes de la gynécologie obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens systématiques et de dépistage, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause [2].

Ces prochaines années, les médecins généralistes pourront être amenés à voir leur activité de gynécologie-obstétrique augmenter du fait de la pénurie annoncée de leurs confrères gynécologues-obstétriciens, et plus particulièrement de gynécologues médicaux.

En effet, en 2010 il ne restera que 1000 gynécologues pour 30 millions de femmes en âge de consulter, 600 en 2015 et 180 en 2020 [3].

De ce constat est née l'idée de notre travail dont l'objectif est d'établir un état des lieux de la pratique de gynécologie-obstétrique des médecins généralistes en Île-de-France.

Deux hypothèses ont été formulées avant notre étude :

- l'activité de gynécologie-obstétrique des médecins généralistes ne représente qu'une faible part de leur pratique médicale quotidienne ;
- les généralistes ne pratiquent pas tous les actes de gynécologie-obstétrique ambulatoire.

# METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude descriptive effectuée à partir de questionnaires postaux.

## **I- OBJECTIFS DE L'ENQUETE**

Notre travail a pour objectifs de répondre aux questions suivantes :

- Quels actes de gynécologie pratiquent les médecins généralistes ?
- Quelle part de leur activité la gynécologie-obstétrique représente-t-elle ?
- Quelle formation ont-ils reçu dans ce domaine ? Ont-ils élargi leurs connaissances universitaires ?
- Sont-ils prêts en cas de forte pénurie de gynécologues-obstétriciens à faire davantage d'actes de gynécologie-obstétrique ?

## **II- METHODE UTILISEE POUR L'ENQUETE**

### **1) Élaboration du questionnaire [Annexe 1]**

Le questionnaire était divisé en dix parties permettant d'évaluer la pratique en gynécologie-obstétrique (GO) des médecins généralistes dans ses différents aspects :

- 1- Données socio-démographiques de chaque médecin : âge, sexe, année d'installation, mode d'exercice, distance avec un gynécologue, nombre d'actes de médecine générale dont le pourcentage d'actes de gynécologie-obstétrique.
- 2- Évaluation globale de leur activité de gynécologie : circonstances de leur pratique de la gynécologie, leurs 3 motifs de consultation les plus fréquents en gynécologie-obstétrique, leur pratique des examens au spéculum et/ou des touchers vaginaux, les raisons de leur non ou faible pratique de GO.
- 3- Dépistage et prévention : réalisent-ils des frottis, examinent-ils les seins, prescrivent-ils des mammographies, ou des vaccins anti-Human Papilloma Virus (HPV) ?

- 4- Contraception : instaurent-ils la pilule ou font-ils de simples renouvellements, prescrivent-ils les nouveaux moyens de contraception, posent-ils des stérilets ou des implants contraceptifs ?
- 5- Suivi de grossesse.
- 6- Pratique des Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) médicamenteuses.
- 7- Ménopause : prescrivent-ils des traitements hormonaux ou font-ils de simples renouvellements ?
- 8- Répartition de leur activité de GO : nombre d'actes au cours de leur dernière semaine dans chacun des domaines de GO précités.
- 9- Formation en GO : Universitaire, Formation Médicale Continue (FMC), Diplômes Universitaires, Littérature ou Internet ou autre et questionnement sur leur volonté de faire plus de GO si le besoin se présentait.
- 10- Commentaires libres.

Chaque domaine de GO étudié faisait partie des sujets retrouvés à l'ENC, base de la formation universitaire reçue par les médecins généralistes.

Ce questionnaire avait d'abord été testé auprès de 5 médecins généralistes, au sein de deux cabinets différents, qui s'étaient portés volontaires pour nous aider à l'améliorer.

Leur participation, nous avait permis de faire quelques modifications pertinentes, permettant de rendre le questionnaire facilement compréhensible et abordable.

Le choix d'un questionnaire recto-verso a ainsi été fait, afin de permettre aux médecins d'y répondre rapidement et de respecter au mieux leur temps de travail.

Le questionnaire était anonyme afin de respecter la position de chaque médecin et leur choix dans le déroulement de leur activité médicale.

## **2) Sélection des médecins**

L'enquête a consisté en l'envoi de questionnaires, par voie postale, à 400 médecins d'Île-de-France sélectionnés par tirage au sort dans les pages jaunes.

Nous avons choisi un nombre identique de médecins par département d'Île-de-France, soit 50 médecins pour chacun des huit départements : Paris, Seine et Marne, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val d'Oise.

Les questionnaires ont été envoyés à partir du 23 Septembre 2009, et nous avons laissé un temps de réponse d'un mois, soit jusqu'au 23 Octobre 2009.

Les réponses reçues après cette date n'ont pas été prises en compte dans l'analyse de nos résultats.

Les réponses des médecins généralistes ont été également postées, via une enveloppe réponse pré-timbrée fournie.

Chaque questionnaire était accompagné d'une lettre explicative présentant notre travail et son déroulement [**Annexe 2**].

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

### **III- ANALYSE STATISTIQUE**

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

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

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

Les résultats sont présentés sous forme de moyennes pour les variables quantitatives et sous forme de pourcentages pour les variables qualitatives.

### **IV- RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE**

La recherche bibliographique a été réalisée essentiellement par le biais d'internet :

- Sites institutionnels : ANAES, HAS, OMS, INVS, CNOM, CNAM, sante.gouv, INED, DREES, etc...
- Moteurs de recherche Medline, Google et de la Bibliothèque Inter Universitaire de Médecine (BIUM),
- Sites des principaux périodiques.

# DEMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE

Depuis plusieurs années le CNOM ne cesse d'alerter les pouvoirs publics du déficit prévisible des médecins dans les années à venir. C'est ainsi qu'il a décidé de rédiger depuis 2004, des brochures annuelles de démographie médicale.

L'innovation de cette démarche consiste en une présentation renouvelée, se rapprochant plus de la réalité de la démographie des médecins vraiment actifs.

Une vision plus précise par catégorie de médecins inscrits au Tableau est ainsi possible, tout en sachant que chaque médecin inscrit au Tableau de l'Ordre pour pouvoir exercer la médecine en France, n'exerce pas forcément son activité à temps plein.

Ainsi, pour la première fois est faite la différence entre les effectifs des médecins inscrits à l'Ordre et ceux réellement en exercice professionnel.

Il en ressort que la démographie médicale globale est préoccupante, certaines disciplines étant plus sinistrées que d'autres, notamment la médecine générale et la gynécologie-obstétrique.

## **I- DEMOGRAPHIE MEDICALE FRANCAISE GLOBALE**

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2009, selon l'atlas de démographie médicale élaboré par le CNOM, 216 017 médecins en activité ont été recensés, dont 209 143 pour la métropole [4].

Selon les sources (CNOM, Adeli, INED, enquêtes emploi...) ces chiffres peuvent varier mais nous avons choisi de nous baser sur ceux du CNOM qui recense tous les médecins inscrits au Tableau de l'Ordre.

Les médecins en activité, comprennent les médecins en activité régulière, les médecins remplaçants, et les médecins temporairement sans activité.

Les médecins en activité régulière au 1<sup>er</sup> Janvier 2009 étaient au nombre de 199 736, soit 2% de moins que l'année précédente.

Pour ces médecins, la densité médicale s'établissait à 290 médecins pour 100 000 habitants, contre 130 en 1970.

L'Île-de-France se situait au dessus de cette moyenne, avec une densité de 373 médecins pour 100 000 habitants au 1<sup>er</sup> Janvier 2009.

Alors que les années 1980 ont connu une augmentation importante de leurs effectifs (+3.2% par an en moyenne), les années 1990 observent quant à elles un ralentissement notable, avec en 1997 un taux de croissance au plus bas de moins de 1%.

Ce phénomène s'explique par l'évolution du numerus clausus qui fixe le nombre de places accessibles par concours d'entrée en deuxième année des études médicales. Dans les années 1970, le numerus clausus était élevé (supérieur à 8000 avant 1978), puis les effectifs médicaux ont été réduits dès les années 1990 afin de réduire le nombre de médecins sortant des facultés.

Par conséquent, les médecins issus de ces années « glorieuses », se trouvent être aujourd'hui sur le point de partir à la retraite. Ce phénomène s'illustre par le passage d'un nombre de 6 médecins retraités pour 100 actifs en 1979, à 19 retraités pour 100 actifs en 2008.

Depuis 2000, l'effectif des médecins en activité continue de croître très légèrement, avec une hausse annuelle de 0,5% en moyenne, tandis que les effectifs des médecins retraités augmentent chaque année de 3,5% en moyenne.

Ainsi, ce problème démographique médical a conduit de nouveau à l'augmentation du numerus clausus, fixé par décision ministérielle à 7000 en 2006 (soit une augmentation de 51% entre 2000 et 2006), 7100 pour 2007, 7300 en 2008, progressivement augmenté pour atteindre 8000 en 2011, maintenu à ce niveau jusqu'en 2020 puis diminuant progressivement jusqu'en 2030.

Les premiers résultats de ces changements ne seront visibles qu'au bout d'une dizaine d'années, temps nécessaire à la formation de ces nouveaux étudiants.

Le nombre de médecins retraités reste néanmoins plus important que le nombre de nouveaux médecins formés pendant encore quelques années.

Entre 2006 et 2030, le nombre de médecins, tous modes d'exercices confondus, pour 100 000 habitants passerait de 327 à 292.

L'Île-de-France est la région qui subira le plus fortement la chute de la densité médicale : le nombre de médecins diminuera de 20 % et la densité de médecins pour

100 000 habitants chutera de 26 % selon les dernières prévisions du Ministère de la Santé [5].

A noter que devant ce scénario, 1007 médecins retraités ont pu, entre 2003 et 2006, reprendre une activité médicale, grâce à des textes leur permettant de cumuler retraite et activité [6], [4].

Ce problème démographique s'ajoute à une crise de l'installation dans le libéral.

L'Île-de-France comptait 23 500 médecins libéraux en exercice en 2009.

Depuis 1997, la densité de médecins libéraux pour 100 000 habitants est en baisse constante (- 8 % entre 1997 et 2005) [7].

Les jeunes médecins s'installent de plus en plus tard (39 ans en Île-de-France en 2007) et sont de moins en moins nombreux à le faire, privilégiant le salariat à l'exercice libéral [8].

En 2007, seuls 6 % des nouveaux inscrits en Île-de-France ont choisi l'exercice libéral exclusif (contre 9,4 % en moyenne nationale), 73 % optant pour le salariat, selon les données du CNOM [9].

Au total, 62 médecins se sont inscrits en libéral exclusif durant l'année 2007 : ils étaient 429 en 1990, année où les inscriptions en salarié ont dépassé celles en libéral exclusif et 210 en 2003.

L'exercice libéral exclusif attire surtout les hommes, qui représentent 58 % des nouveaux inscrits.

C'est à Paris et dans le Val-de-Marne que les taux de libéraux exclusifs sont les plus bas puisqu'ils concernent seulement 5 % des nouveaux inscrits. À l'inverse, en Essonne, près d'un médecin nouvellement inscrit sur cinq a choisi l'exercice libéral exclusif (18,2 %) [10].

## **II- DEMOGRAPHIE DES MEDECINS GENERALISTES**

### **1) Effectifs**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, l'effectif des médecins généralistes de métropole en activité régulière était de 94 909. Leur densité était de 160 médecins pour 100 000 habitants contre 138 pour 100 000 habitants en 1985, soit une croissance de 16%.

Selon les dernières simulations, à partir des données de l'INSEE, la population française métropolitaine comptait 62 106 000 habitants au 1<sup>er</sup> Janvier 2008 dont 11 694 000 en Île-de-France. Le nombre de médecins généralistes au 1<sup>er</sup> janvier 2008 était de 18 267 [11] en Île-de-France. La densité des médecins généralistes de cette région était donc de 156,2 médecins pour 100 000 habitants.

En 2009, s'observait une légère baisse du nombre de médecins généralistes nouvellement inscrits au Tableau de l'Ordre de 2%.

Pour inciter les étudiants à opter pour la médecine générale, le Ministère de la Santé a décidé d'employer la manière forte en ouvrant à la rentrée universitaire 2008-2009, 3 200 postes d'internat en médecine générale sur les 5 704 offerts aux candidats de l'ENC.

372 postes de médecine générale sont ouverts en Île-de-France.

Sur les 338 postes supplémentaires ouverts cette année, 334 le seront en médecine générale [4].

### **2) Caractéristiques**

- Une population qui vieillit :

En 2009, l'âge moyen des médecins généralistes était de 51 ans.

59 % de ces médecins en activité étaient âgés de plus de 50 ans (contre 20% en 1994).

- La proportion de femmes choisissant la médecine générale comme spécialité tend à s'élever depuis une dizaine d'années [6]:

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, les femmes représentaient 43% des médecins généralistes (23% en 1984) [4].

En Île-de-France, elles représentaient 48% des médecins généralistes.

- Une crise d'installation en libéral :

En 2009, seuls 5,2 % des nouveaux avaient choisi l'exercice libéral exclusif (contre 9,4 % en 2007), 39,4% optant pour le salariat, selon les données du CNOM.

En Île-de-France, seuls 40% des médecins généralistes (hors spécialistes en MG) étaient installés en libéral [4].

En 2006, 57,8% des femmes généralistes exerçaient en tant que salariées, 29% avaient une activité mixte et seulement 28,2% une activité libérale exclusive.

Cette féminisation de la profession risque donc de s'accompagner d'une baisse du taux d'activité libérale des généralistes [6].

- Selon les régions, la répartition des médecins généralistes n'est pas égalitaire ce qui représente un véritable enjeu de santé publique :

36 départements comptent désormais moins de 1 médecin généraliste pour 1000 habitants, dont 8 se caractérisent par une moyenne d'âge élevée.

La césure Nord-Sud est toujours aussi prononcée hormis l'exception du Bassin Parisien.

- Enfin, un certain nombre de médecins généralistes a une activité professionnelle différente de la médecine générale :

Ces médecins exercent ce qu'il est convenu d'appeler les Médecines à Exercice Particulier (MEP). Leur nombre exact n'est pas toujours bien connu faute de signalement par les intéressés au Conseil de l'Ordre [6].

### **III- DEMOGRAPHIE DES GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS**

L'évolution au cours du temps de la formation des gynécologues-obstétriciens a conduit aujourd'hui à l'existence de 2 pôles de spécialités distincts depuis 2003 :

- la gynécologie-obstétrique : chirurgicale et/ou médicale ;
- la gynécologie médicale exclusive.

#### **1) Effectifs**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, selon les données du CNOM, on dénombre 7136 gynécologues-obstétriciens en métropole toutes spécialités confondues.

En Île-de-France, ils sont au nombre de 1838 soit 25% des gynécologues-obstétriciens nationaux [4].

Nous nous intéresserons plus particulièrement à ceux exerçant en gynécologie médicale exclusive ou non.

#### **2) Caractéristiques**

- Un vieillissement des Gynécologues-Obstétriciens :

L'âge moyen des gynécologues médicaux en activité est de 54 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2009 toutes spécialités confondues.

La gynécologie médicale est avant tout représentée par des femmes (88%) dont l'âge moyen est de 56 ans. Les hommes sont âgés en moyenne de 62 ans.

Les spécialistes pratiquant la gynécologie médicale et obstétricale sont un peu plus nombreux et sont constitués, en 2009, de 48% d'hommes d'âge moyen 58 ans et de 52% de femmes âgées en moyenne de 55 ans [4].

On observe depuis plusieurs années, un rétrécissement à la base de la pyramide des âges des gynécologues-obstétriciens en activité, ce qui traduit un vieillissement marqué de la population médicale.

Ce phénomène peut poser problème en particulier concernant la permanence de soins (gardes, urgences...), la pénibilité du travail et plus généralement l'organisation du système de soins.

- Une féminisation de la profession :

La spécialité de gynécologie médicale est la plus féminisée : la majorité des moins de 40 ans en spécialité de gynécologie médicale sont des femmes, alors que les hommes ont en moyenne 50-54 ans.

Mais le recrutement, ces dernières années, a fortement diminué du fait de l'attrait des étudiants pour la chirurgie : la réouverture de cette branche ces dernières années ne semble donc pas améliorer le déficit en gynécologues médicaux.

- Un recul du libéral :

L'activité de gynécologie-obstétrique, toutes spécialités confondues est essentiellement salariée puis mixte et de moins en moins libérale [11]. Il semblerait que le poids des responsabilités médico-légales en découragerait plus d'un.

- Une répartition homogène en France :

Leur répartition sur le territoire métropolitain est assez homogène avec en moyenne 2,7 médecins gynécologues et obstétriciens pour 100 000 habitants et 2,14 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants.

Il ne semble pas y avoir réellement de césure Nord/Sud comme pour les médecins généralistes.

L'Île-de-France, fait partie des quelques régions souffrant le moins de disparité médicale. On observe pour ces deux spécialités une plus forte concentration de médecins dans la moitié Ouest de cette région.

Seuls les gynécologues médicaux semblent manquer dans le Nord de cette région pour le moment [4].

# FORMATION

## **I- LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES**

Nous exposerons plus particulièrement l'aspect de la formation en GO des médecins généralistes au cours de leurs études.

### **1) La formation universitaire**

La formation des médecins généralistes en France comporte trois cycles successifs, les deux premiers constituant l'externat, pendant lequel tous les médecins sont réunis quelque soit leur future spécialité, puis le troisième cycle ou internat, auquel on accède après avoir validé l'ENC et ouvrant les portes vers une spécialité.

Depuis 2002, l'accès à la médecine générale, autrefois libre et sans concours en fin de deuxième cycle des études médicales, se fait après passage de l'ENC.

La médecine générale devient une spécialité médicale, soumise par conséquent aux mêmes règles de classement que les autres spécialités.

Au cours de son externat, l'étudiant doit effectuer un stage de 2 mois minimum dans un service de GO. Ce stage est l'occasion de retrouver les pathologies enseignées lors des cours magistraux et acquérir une expérience pratique de l'examen clinique gynécologique (touchers vaginaux, palpation mammaire, pose de spéculum, réalisation de frottis cervico-vaginaux, pose de stérilet...) et obstétrique (assister à des accouchements).

Cependant, les terrains de stage sont peu nombreux et le nombre d'étudiants croissant depuis six ans. Les externes se partagent donc les terrains de stage, au risque parfois de ne pas avoir l'occasion d'assimiler tous les objectifs attendus.

Et ce d'autant plus lorsque l'étudiant ne peut bénéficier que d'un stage purement obstétrical, par manque de place dans un service davantage pluridisciplinaire.

Après l'externat, le futur médecin généraliste suit une formation de trois ans constituant le troisième cycle des études médicales.

Pendant ces trois années, l'étudiant devra valider 6 stages de six mois, dont 4 imposés (arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 octobre 1988) :

- la médecine adulte : polyvalente ou spécialisée ;
- la médecine d'urgence : en service d'urgences et/ou SAMU ;
- la gynécologie et/ou pédiatrie : un semestre dans l'une des deux spécialités ou si possible, un trimestre de chaque (les terrains de stage étant peu nombreux cette dernière possibilité reste souvent impossible) ;
- la médecine en cabinet de ville agréé : l'étudiant découvre alors la pratique de la médecine générale en cabinet. Il pourra, selon l'activité de son maître de stage, avoir une pratique de la GO. Pendant ce semestre, l'étudiant aura la possibilité également d'explorer d'autres spécialités paramédicales telles que kinésithérapeutes, infirmiers, sages femmes... ou encore de découvrir des centres de PMI, de santé scolaire....

Selon les facultés, la formation des étudiants en médecine générale peut varier, certaines offrant plus de formation pratique que d'autres à la demande de leurs étudiants. Ainsi des ateliers divers sont proposés tel que l'apprentissage de la réalisation de frottis cervico-vaginaux, de la palpation mammaire...

Aussi, une fois les stages obligatoires validés, l'étudiant peut choisir de réaliser un semestre en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Cette formation se déroulant sur plusieurs lieux de stage différents, l'étudiant peut donc à nouveau bénéficier d'une pratique complémentaire de gynécologie. Mais seul 1/3 des étudiants peut en bénéficier pour l'instant.

## **2) Après le troisième cycle de médecine générale**

Après leurs études universitaires de base, chaque étudiant peut selon ses affinités parfaire sa formation dans divers domaines.

Ainsi, ils pourront compléter leur formation en gynécologie-obstétrique par le biais de diplômes universitaires de GO ouverts aux médecins généralistes (cours théoriques et vacations hospitalières). Ces diplômes, sont l'occasion de réaliser ou parfaire des gestes techniques non acquis pendant leur cursus général, voire d'explorer des sujets de façon plus spécialisée.

Enfin, tout au long de leur activité professionnelle, les médecins généralistes peuvent bénéficier de FMC leur permettant d'approfondir et mettre à jour leurs connaissances et leur pratique.

Dans le cadre de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (article R4133-1 du Code de la Santé Publique), il est conseillé aux généralistes d'obtenir 250 crédits en cinq ans à partager parmi cinq lignes d'orientation nationales [12]. Le Conseil Régional de Formation Médicale Continue leur délivrera ensuite une attestation de formation et en informera le CNOM.

Mais ces formations ne sont pas obligatoires et leur devenir est même remis en question.

## **II- FORMATION DES GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS**

### **1) Plusieurs années de réforme**

La loi du 6 juillet 1979, puis le décret du 2 septembre 1983, ont réformé les études médicales en distinguant l'internat et le résidanat. L'internat était réservé aux futurs spécialistes. Leur recrutement, qui s'effectuait jusqu'alors par la voie des Certificats d'Études Spécialisées (CES) ou par l'internat CHU, passait dès lors par un concours donnant accès au Diplôme d'Études Spécialisées (DES) et au Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC).

Jusqu'en 1984, la formation des gynécologues-obstétriciens était assurée par le CES de gynécologie-obstétrique en quatre ans et de gynécologie médicale (GM) en trois ans.

En 1984, la suppression des CES fait place à l'internat qualifiant. La spécialité de gynécologie-obstétrique rejoint l'ensemble des spécialités chirurgicales. Il fallait donc être classé en rang utile à l'internat pour pouvoir ensuite s'inscrire au DES de GO avant la fin du cinquième semestre.

Cette formation permettait alors une qualification en GM et chirurgicale, faisant disparaître la spécialité de GM seule.

Une autre voie était également possible afin d'obtenir le diplôme de gynécologie médicale. Après le passage obligatoire de l'internat, l'étudiant pouvait également s'inscrire en DES d'endocrinologie pour quatre ans, complété du DESC de médecine de la reproduction et gynécologie médicale d'une durée de deux ans.

Cependant, l'étudiant pouvait choisir librement sa voie de formation, bien que leur nombre à l'internat fût suffisant, le contrôle démographique des futurs gynécologues-obstétriciens ou gynécologues médicaux était impossible.

Ainsi, une première réforme en Novembre 1999, puis une deuxième en Novembre 2000, créèrent une filière distincte de GO avec un nombre de postes déterminé par an, permettant alors une meilleure gestion du nombre de ces futurs spécialistes. Leur formation change : après un tronc commun de deux ans, ils pourront ensuite choisir une spécialisation en gynécologie médicale ou gynécologie-obstétrique de trois ans chacune.

La dernière réforme de la filière de GO paraît au Journal Officiel du 1<sup>er</sup> Février 2003 avec un décret formulé en Janvier annonçant la formation d'un DES de GM.

L'Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation ( AGOF ) et l'European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology ( ENTOG ) suivis immédiatement par l'ensemble des représentants des médecins en formation en France et des jeunes médecins, ont manifesté leur opposition à ce diplôme jugeant cette maquette et cette filière néfastes pour l'ensemble des médecins en formation, spécialistes ou non, et sans intérêt en terme de santé publique.

Malgré ces protestations, ce décret est mis en application dès la rentrée universitaire de Novembre 2003 marquant ainsi la scission de la GO [13].

Désormais, après le passage de l'internat, les étudiants peuvent intégrer le DES de gynécologie médicale pour une durée de quatre ans, comportant :

- trois semestres dans des services de GO agréés pour les DES de GO ;
- trois semestres dans des services agréés pour le DES de gynécologie médicale ou le DES d'endocrinologie et métabolisme ou le DES d'oncologie ou le DESC de médecine et reproduction ;
- deux semestres libres.

Le DES de gynécologie médicale comporte également 250 heures d'enseignement théorique spécifique à la gynécologie, l'obstétrique et l'hormonologie.

Ainsi, est recrée la filière de gynécologie médicale tant réclamée par les gynécologues médicaux hospitaliers et des mouvements de femmes lancés en 1998. Leur souhait était de permettre le libre accès aux femmes à leur gynécologue sans passer par un médecin généraliste ou un centre hospitalier.

Selon le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale (CDGM), la gynécologie médicale est le meilleur moyen d'avoir un suivi de qualité des femmes tant sur le dépistage cancérologique que la contraception, la procréation et la ménopause.

## **2) Les premiers résultats du DES de gynécologie médicale**

En 2002, alors que la réforme du DES n'est pas encore appliquée, le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction publie les résultats d'une enquête menée auprès des internes en GO, sur leur désir de pratique.

Cette enquête menée en 2000, recueille l'avis de 40% des internes en GO et révèle que 75% d'entre eux veulent avoir une activité de GM mais non exclusivement. Un seul interne a déclaré vouloir ne faire que de la GM.

La volonté des internes d'avoir une activité diversifiée est forte. La plupart des internes ne veulent pas d'une formation spécifique et restrictive en GM. Leur intérêt pour le DES de GM est donc faible.

Les internes demandaient néanmoins plus de formation en GM au cours de leur internat **[13]**.

Malgré la création du DES en 2003, la GM souffre toujours d'une pénurie de praticiens : en 2020, plus de 60% des gynécologues médicaux partiront à la retraite car leur moyenne d'âge en 2009 était de 58 ans pour les femmes (58% de l'effectif total) et de 62 ans pour les hommes **[4]**.

Le nombre de nominations à l'internat pour les gynécologues-obstétriciens est passé de 90 à 198 (en 2003) et 155 en 2007. Pour les gynécologues médicaux, il est resté à 20 depuis 2003. Ce nombre est par conséquent insuffisant pour assurer les besoins en GM et leur renouvellement, tant dans les structures hospitalières qu'en ville (les délais de rendez-vous sont de 2 à 6 mois) **[14]**.

Cependant, l'alignement sur la médecine européenne, pour la libre circulation des médecins et des patients, fait craindre la disparition de ce DES car la spécialité de gynécologie médicale est couplée à celle de l'obstétrique dans la Communauté Économique Européenne.

# ANALYSE DES RESULTATS

A partir du 23 Octobre 2009, nous avons procédé à l'analyse des réponses postales. Sur les 400 questionnaires envoyés aux médecins, 170 réponses ont été reçues dans les délais soit un taux de réponse de 42,5 %.

10 réponses étaient arrivées après la date limite que nous avons fixée et n'avaient donc pas été prises en compte.

Les réponses aux 10 items n'avaient pas toujours été données, ce qui a fait varier le nombre de réponses par question.

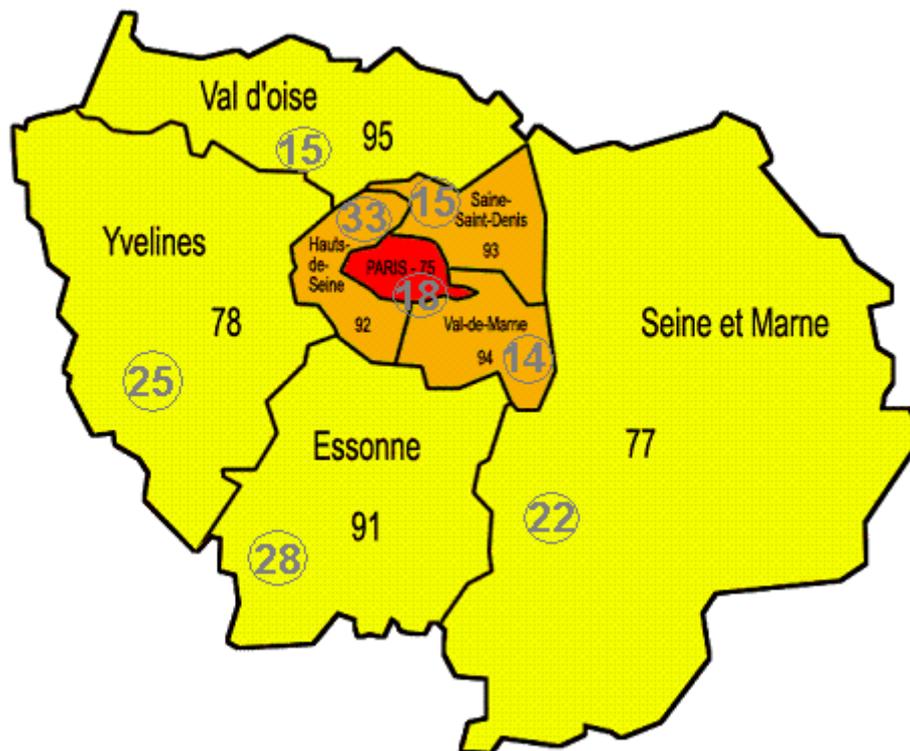
Aucun appel ni mail n'ont été reçus pour demande d'information ou autre explication.

## I- CARACTERISTIQUES DES MEDECINS GENERALISTES

### 1) Répartition des réponses

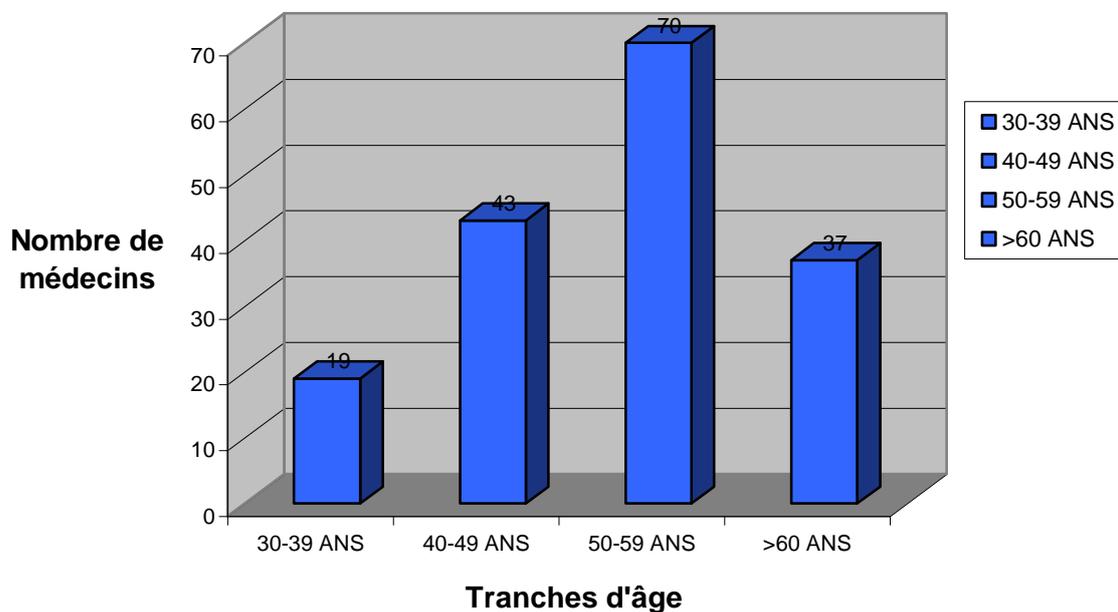
Nous avons obtenu 170 réponses de médecins généralistes à notre étude.

Les réponses obtenues se partageaient par département selon le schéma suivant :



**Figure 1:** Nombre de réponses des médecins généralistes par département.

## 2) Répartition des médecins par âge



**Figure 2** : Répartition des médecins interrogés selon leur âge.

La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 51,8 ans.

Le plus jeune avait 30 ans et le plus âgé 74 ans.

## 3) Répartition des médecins par sexe

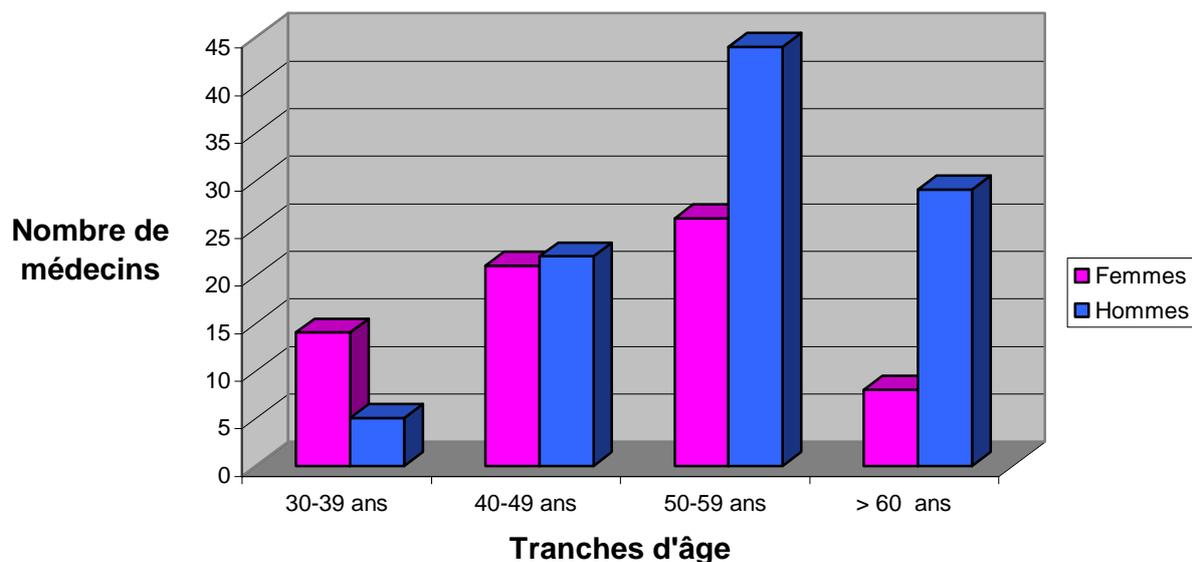
### a- Répartition générale

	Femmes	Hommes	Total
Nombre	69	101	170

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

Parmi les médecins ayant répondu à l'étude, 101 étaient des hommes et 69 des femmes, soit un sexe ratio (H/F) de 1,46.

## b- Répartition selon l'âge et le sexe



**Figure 3:** Répartition des médecins de l'étude selon leur âge et leur sexe.

Les femmes avaient en moyenne 48,28 ans et les hommes 54,17 ans.

## 4) Répartition des médecins selon leur durée d'installation

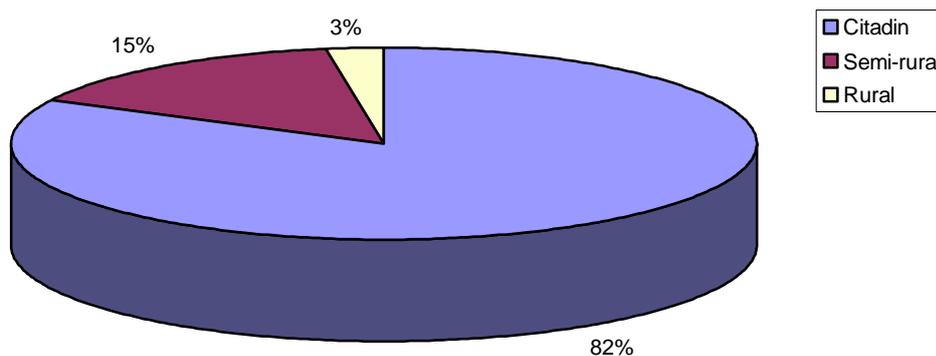
Sur les 170 médecins généralistes interrogés, la moyenne de la durée d'installation était de 20,29 ans : pour les femmes 16,3 ans et pour les hommes 22,4 ans.

Le plus jeune installé ayant participé à notre étude venait de s'installer en 2009 et le plus ancien installé en 1966, soit depuis 43 ans.

## 5) L'exercice professionnel des médecins

### a- Descriptif général

~ Lieu d'exercice :



**Figure 4:** Répartition des médecins généralistes selon leur lieu d'exercice

11 médecins n'avaient pas répondu à cet item.

La majorité des médecins ayant répondu à cette question (82,4%) exerçait en milieu citadin.

Nous avons eu très peu de réponses de médecins ruraux (2,3%).

**~ Mode d'exercice :**

Nous nous sommes intéressés au mode d'exercice des médecins généralistes à savoir s'ils exerçaient seuls au sein de leur cabinet, avec d'autres confrères généralistes, avec d'autres spécialistes ou avec des généralistes et autres spécialistes (mixte).

	Seul	Avec un généraliste	Avec Spé.	Mixte	Total
Nombre	68(42,2%)	80(49,7%)	8	5	161

**Tableau 2: mode d'exercice des médecins généralistes.**

9 médecins ne nous avaient pas renseignés sur ce thème.

42,2% des médecins ayant répondu à cette question exerçaient seuls.

49,7% travaillaient avec d'autres médecins généralistes.

**~ Secteur d'exercice:**

	Secteur 1	Secteur 2
Nombre de médecins	105 (76,6%)	32 (23,4%)

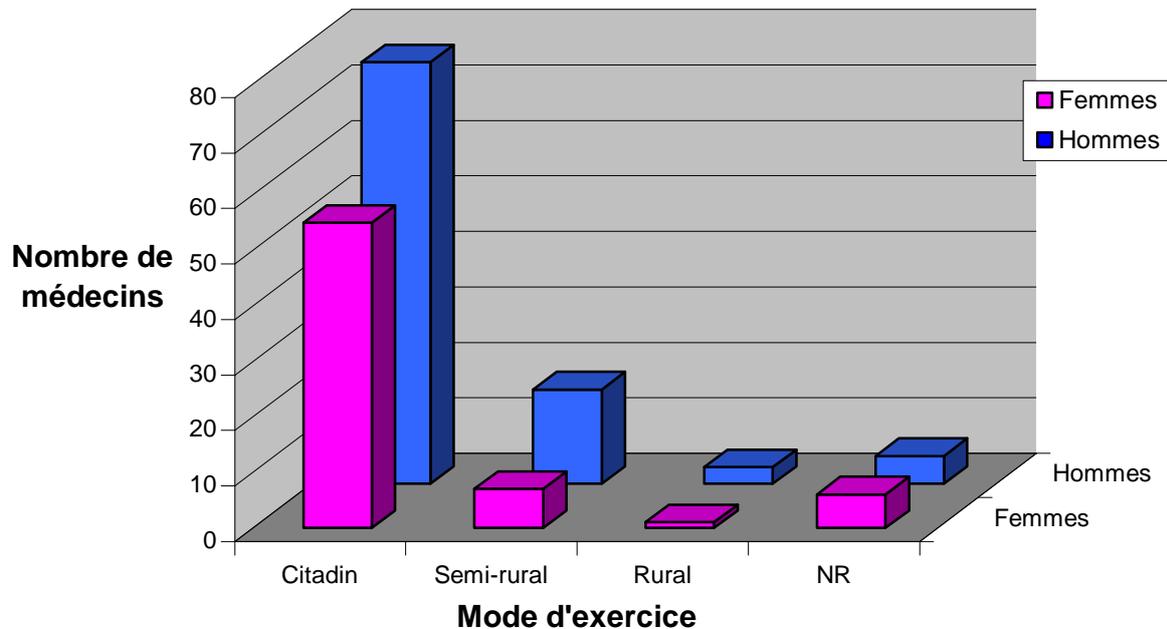
**Tableau 3: Répartition des médecins généralistes selon leur secteur d'activité.**

33 médecins n'ont pas répondu à cet item.

La majorité des médecins répondant (76,6%) exerçait en Secteur 1.

## b- Mode d'exercice selon le sexe du médecin

Nous avons comparé le mode d'exercice des médecins selon leur sexe.



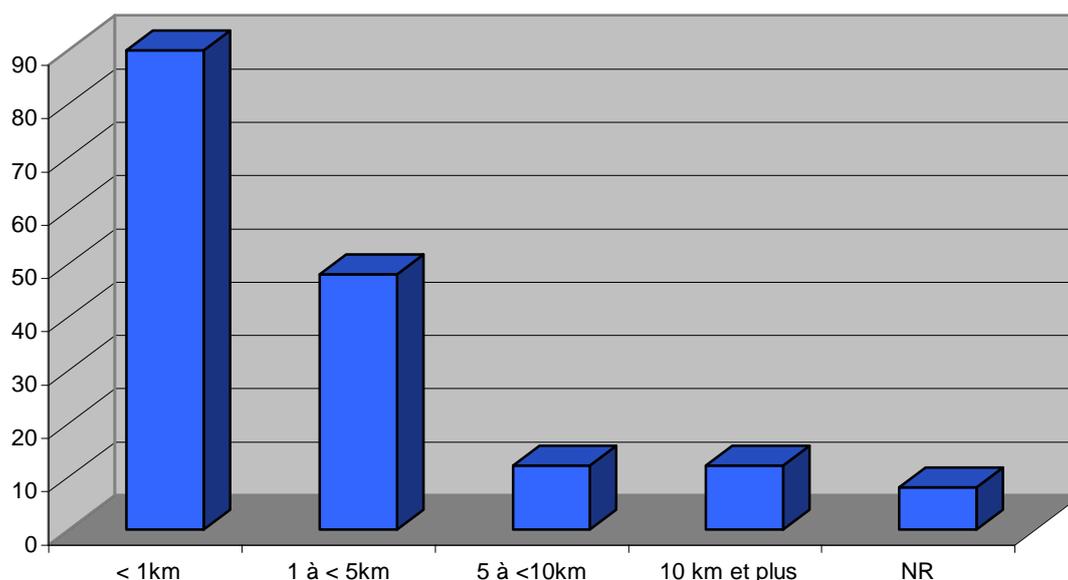
**Figure 5: Mode d'exercice des médecins selon le sexe.**

11 médecins n'avaient pas répondu à cet item.

L'exercice des médecins généralistes ayant répondu à cette question était avant tout citadin, quelque soit leur sexe.

## **6) Répartition des médecins selon leur distance avec un gynécologue**

Nous avons voulu connaître par cette question la distance séparant les médecins généralistes du gynécologue le plus proche (libéral ou hospitalier).



**Figure 6: Distance séparant les médecins généralistes d'un gynécologue.**

La majorité des médecins (55,5%) ayant répondu au questionnaire se situait à moins de 1km d'un confrère gynécologue, 29,6% entre 1 et 5 km.

14,8% des médecins ayant répondu à cet item se situaient à 5km ou plus d'un gynécologue.

## **7) Répartition des médecins selon leur nombre d'actes par semaine**

### **a- Nombre moyen d'actes par semaine de médecine générale**

Nous avons interrogé les médecins généralistes sur le nombre d'actes de médecine générale qu'ils faisaient en moyenne par semaine.

	<b>0-49</b>	<b>50-99</b>	<b>100-149</b>	<b>150-199</b>	<b>≥ 200</b>	<b>NR</b>
<b>Nombre d'actes</b>	<b>2</b>	<b>34</b>	<b>79</b>	<b>40</b>	<b>7</b>	<b>8</b>

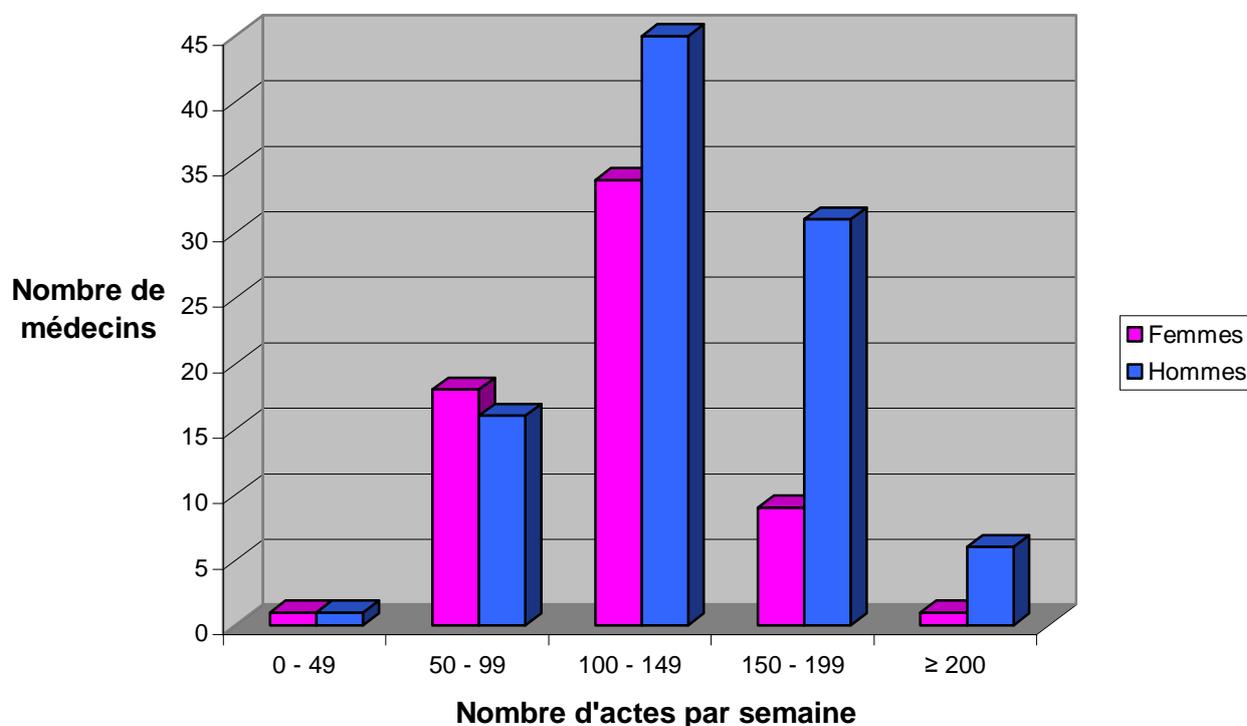
**Tableau 4: Nombre moyen d'actes de médecine générale par semaine des médecins généralistes.**

8 médecins n'avaient pas répondu à cette question.

Les médecins interrogés réalisaient en moyenne 119 actes de médecine générale par semaine.

## b- Nombre d'actes selon le sexe

Nous avons mis en relation le nombre d'actes de médecine générale et le sexe des médecins.



**Figure 7:** Nombre d'actes par semaine des médecins généralistes selon le sexe.

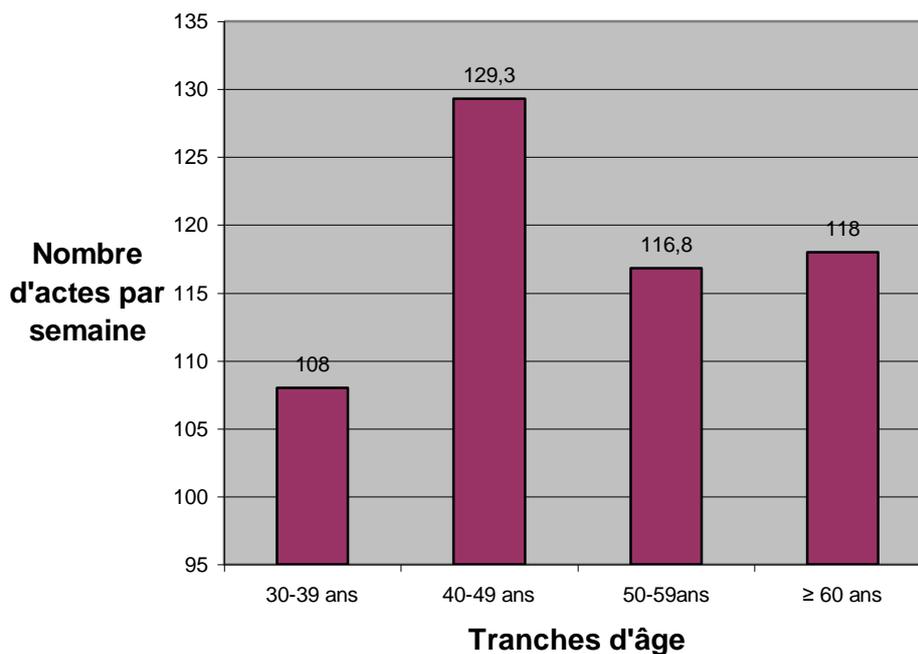
8 médecins n'ont pas répondu.

La majorité des hommes et femmes ayant participé à notre étude réalisait entre 100 et 149 actes de médecine générale par semaine.

La moyenne d'actes par semaine des hommes était de  $126,2 \pm 37,87$  et celle des femmes de  $108,6 \pm 29,46$ .

La différence était significative ( $t=3,30$  et  $ddl= 153$ ).

### c- Nombre d'actes selon l'âge du médecin



**Figure 8:** Nombre d'actes de médecine générale des médecins selon leur âge.

Les médecins ayant l'activité de médecine générale la plus importante étaient les médecins âgés de 40 à 49 ans.

La plus faible activité de médecine générale était celle des médecins âgés de moins de 40 ans.

D'après le Test de Student, il existait une différence significative ( $t=2,90$  et  $ddl=53$ ) entre l'activité des médecins de 40-49 ans et celles des moins de 40 ans.

Il n'y avait pas d'autre différence significative entre les tranches d'âges.

## 8) Pourcentage de GO dans leur activité

### a- Part de l'activité de GO dans l'activité globale des médecins généralistes

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

	< 5%	5-10 %	10-15 %	15-20 %	≥ 20 %
Nombre	53 (32,9%)	48 (29,8%)	33 (20,5%)	8 (5%)	19 (11,8%)

**Tableau 5:** pourcentage d'actes de GO dans l'activité globale des médecins généralistes.

9 médecins n'avaient pas répondu à cet item.

Pour 101 des médecins interrogés (soit 62.7%), la gynécologie-obstétrique représentait moins de 10 % de leur activité médicale totale.

La moyenne globale d'activité de ces médecins était de 9,4% d'actes de GO sur leur activité globale de médecine générale.

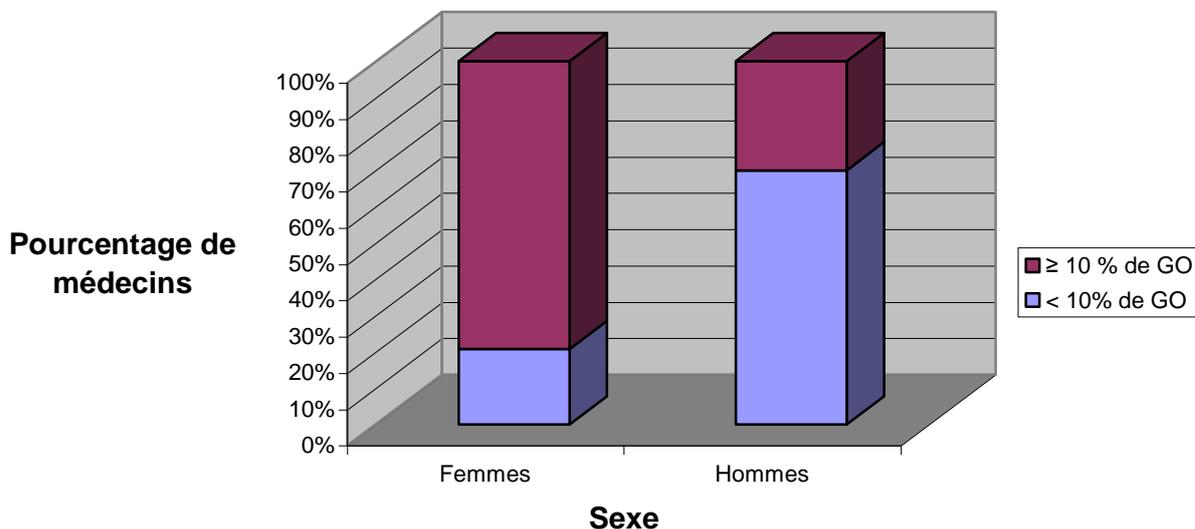
7 médecins pratiquaient moins de 1% de GO (2 médecins déclaraient ne pas en pratiquer du tout).

Le maximum observé était de 30%, pour 3 médecins femmes.

Nous avons calculé grâce à ces pourcentages et le nombre d'actes par semaine des médecins généralistes, la moyenne du nombre d'actes de GO de ces médecins, elle était de 9,04.

Nous mesurerons dans la suite de notre travail, l'activité de GO selon cette moyenne observée dans notre échantillon, soit 10% environ.

## b- Part de l'activité de GO dans l'activité globale des médecins généralistes selon le sexe



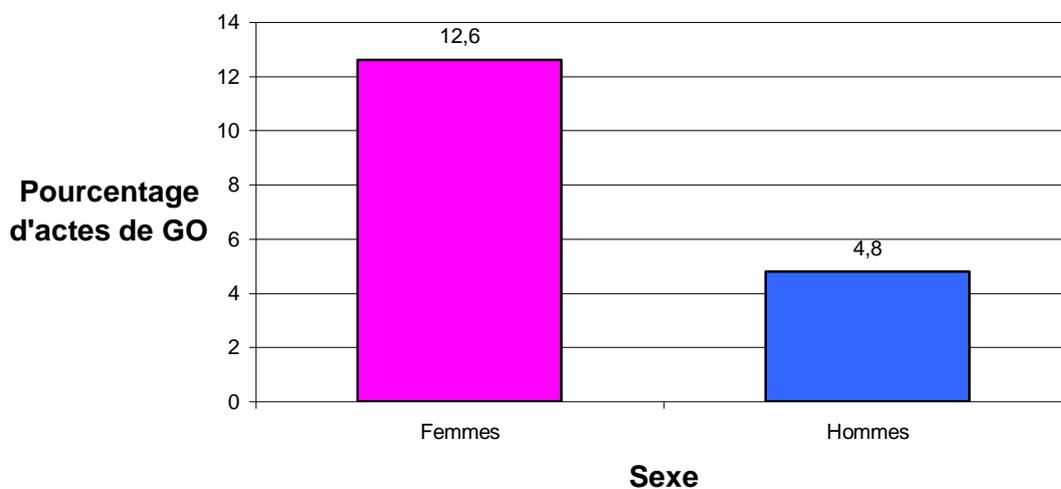
**Figure 9:** Part de l'activité de GO dans l'activité globale des médecins généralistes selon le sexe.

La majorité des hommes (81,6%) ayant répondu à cet item réalisait moins de 10% d'actes de GO sur la globalité de leur activité médicale de cabinet.

79,2% des femmes avaient une activité de GO à plus de 10% de leur activité globale.

Cette différence était statistiquement significative ( $\chi^2=36,23$  et ddl=1).

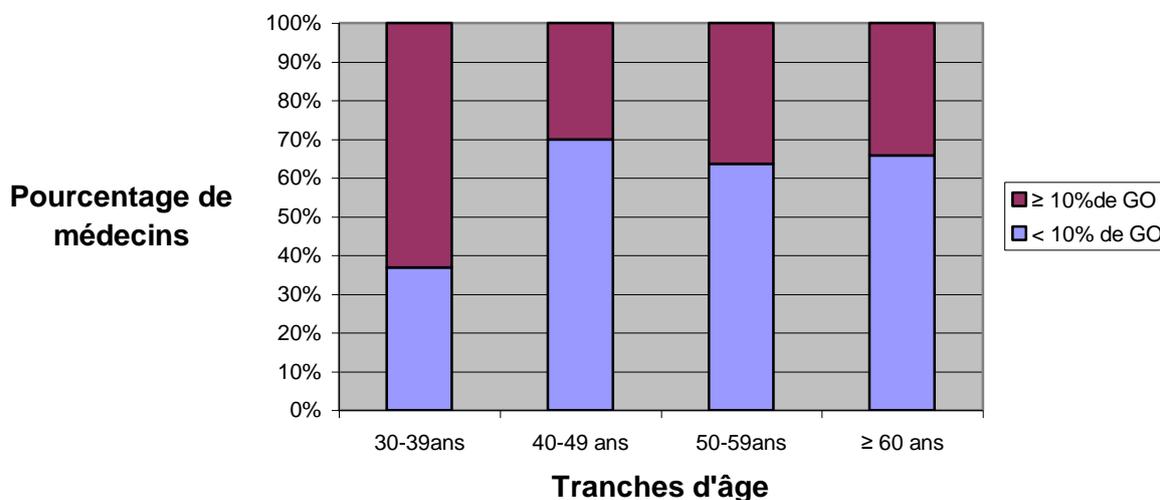
Nous avons ensuite calculé la moyenne de la part de GO dans l'activité des médecins selon leur sexe :



**Figure 10: Moyenne de la part d'actes de GO des médecins généralistes selon le sexe.**

- les femmes faisaient en moyenne 12,6% d'activité de GO dans leur activité totale (Total de femmes= 63).
- les hommes faisaient en moyenne 4,8% d'activité de GO dans leur activité totale (Total d'hommes= 98).

### c- Part de l'activité de GO dans l'activité des médecins généralistes selon la tranche d'âge



**Figure 11:** Part de l'activité de GO dans l'activité globale des médecins généralistes selon leur tranche d'âge.

D'après cette figure, les jeunes médecins âgés de 30-39 ans étaient ceux qui, proportionnellement, réalisaient la part de GO la plus importante. 63,2% d'entre eux faisaient plus de 10% d'actes de GO par semaine.

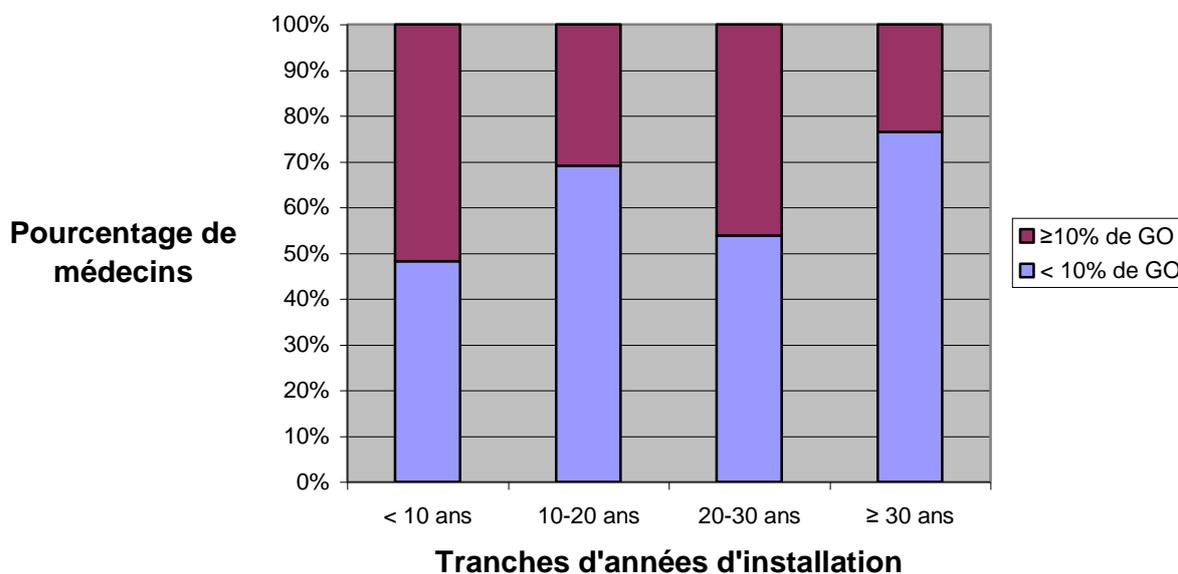
Les médecins de plus de 40 ans, avaient une activité de GO quasiment équivalente, et en majorité de moins de 10%.

Seule différence significative : les médecins de 30-39 ans avaient une part d'activité de GO significativement plus importante que leurs confrères de 40-49 ans ( $\chi^2=4,57$  et ddl=1).

Il n'y avait pas d'autres différences statistiquement significatives ( $p < 0,01$ ).

#### d- Part de l'activité de GO des médecins généralistes selon l'année d'installation

13 médecins n'avaient pas répondu simultanément à ces deux items.



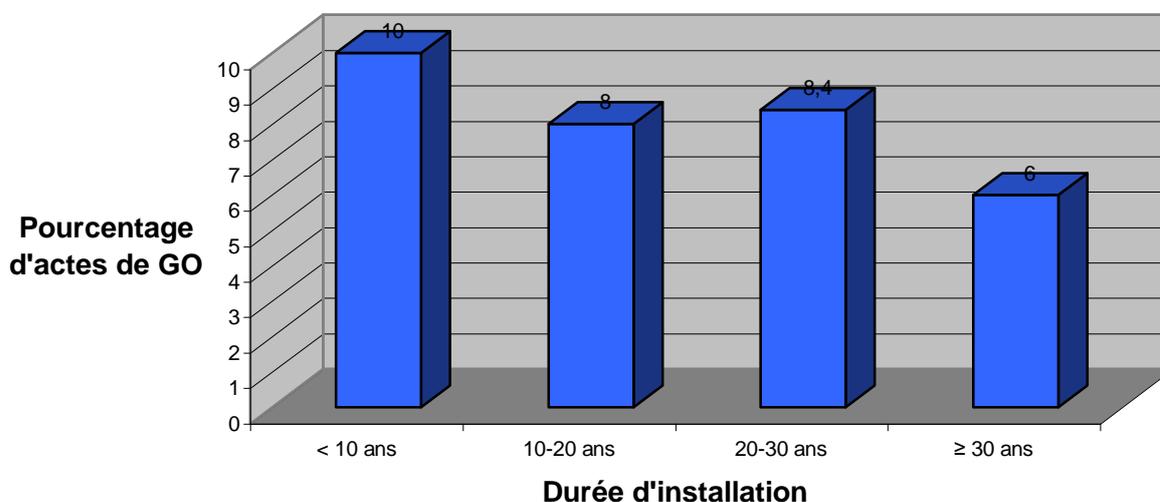
**Figure 12:** Part de l'activité de GO dans l'activité globale des médecins généralistes selon leur durée d'installation.

On observait que les médecins installés depuis plus de 30 ans ayant répondu à l'étude étaient ceux qui avaient l'activité de GO la plus faible. 76,4% des plus de 30 ans d'installation, faisaient moins de 10% d'activité de GO.

L'activité des médecins installés depuis moins de 10 ans et de ceux installés depuis 20-30 ans était globalement superposable.

Les médecins installés depuis moins de 10 ans, étaient proportionnellement ceux qui faisaient le plus d'actes de GO. Mais cette notion n'était statistiquement significative qu'avec les médecins installés depuis plus de 30 ans ( $\chi^2=4,22$  et  $ddl=1$ ). Les autres différences n'étaient pas statistiquement significatives ( $p < 0,01$ ).

Nous avons ensuite calculé en moyenne cette part d'activité de GO pour chaque tranche d'année d'installation.



**Figure 13:** Moyenne de la part de GO dans l'activité globale des médecins généralistes selon leur durée d'installation.

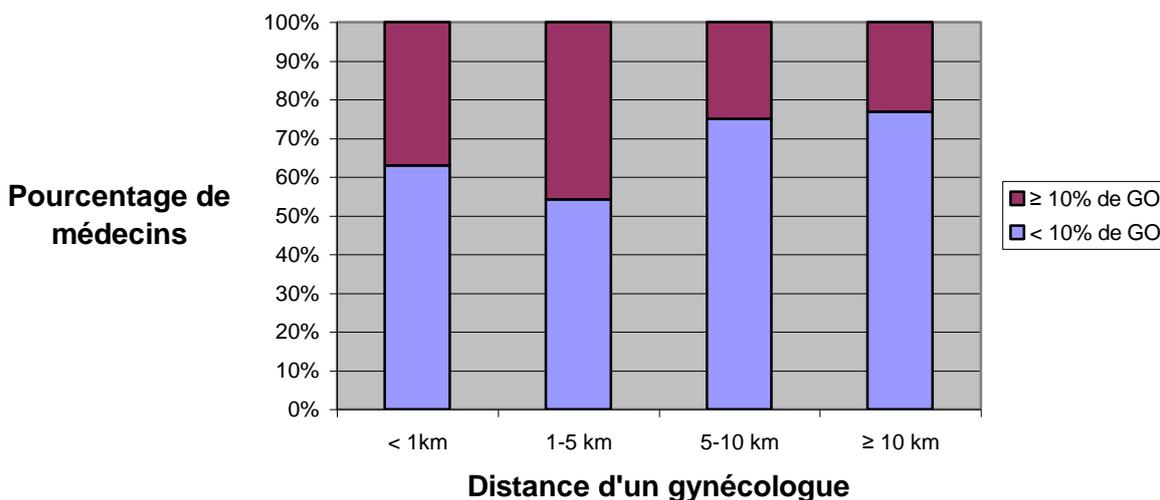
On observe de façon plus claire, que les médecins les plus récemment installés étaient ceux qui en en moyenne réalisaient le plus d'actes de GO (10% en moyenne).

Ceux qui en réalisaient le moins étaient les médecins installés depuis plus de 30 ans (6% en moyenne).

Entre 10 et 30 ans d'installation, il n'y avait pas de grande différence dans la part d'activité de gynécologie-obstétrique (8% en moyenne).

### e- Part de l'activité de GO des médecins généralistes selon la distance avec un gynécologue

Nous avons mis en relation la part d'activité de GO dans l'activité des médecins généralistes et leur distance avec un confrère gynécologue libéral ou hospitalier.



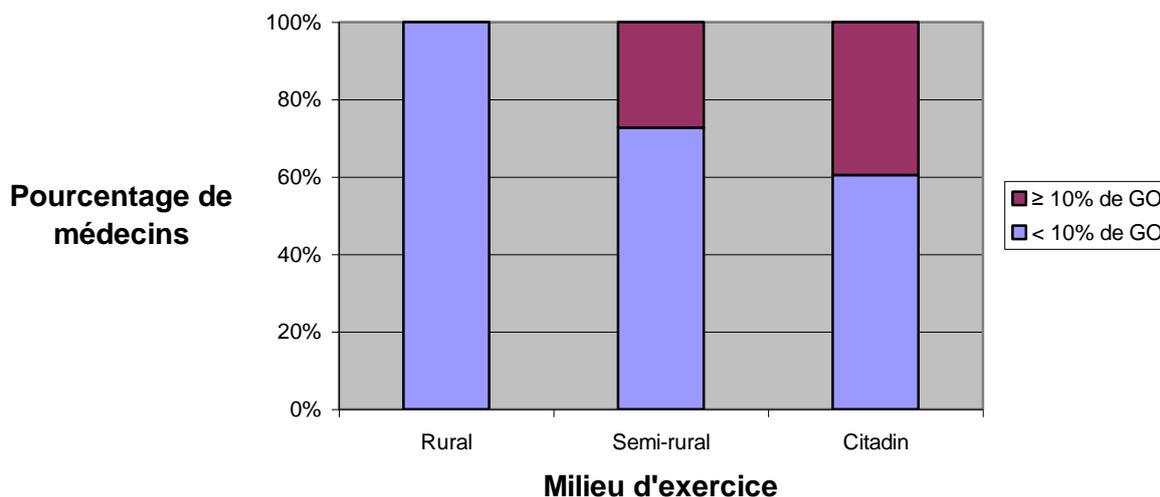
**Figure 14:** Part de l'activité de GO dans l'activité globale des médecins généralistes selon leur distance d'un gynécologue.

Les médecins situés à moins de 5 km d'un gynécologue-obstétricien étaient ceux qui réalisaient une part de GO la plus importante dans leur activité globale de médecine générale.

Mais il n'y avait pas de différence significative entre la distance séparant les généralistes d'un gynécologue et leur activité de GO ( $p < 0,01$ ).

## f- Part de l'activité de GO des médecins généralistes selon leur mode d'exercice

Nous avons mis en corrélation l'activité de GO des médecins généralistes avec le milieu dans lequel ils exerçaient.



**Figure 15:** Part de l'activité de GO dans l'activité globale des médecins généralistes selon leur mode d'exercice.

19 médecins n'avaient pas répondu à ces deux items.

Les médecins exerçant en milieu rural faisaient moins de 10% d'actes de GO (et même moins de 5%).

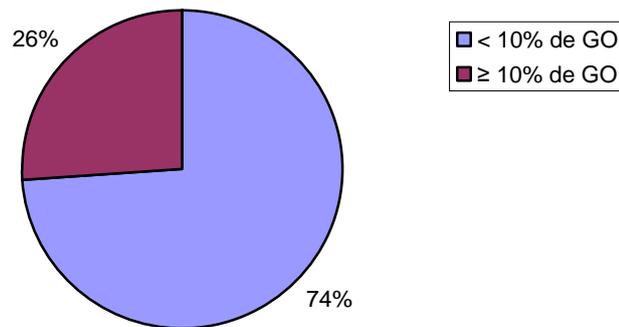
72% des médecins en milieu semi-rural réalisaient moins de 10% de GO.

Parmi les médecins citadins, 60% réalisaient moins de 10% d'actes de GO.

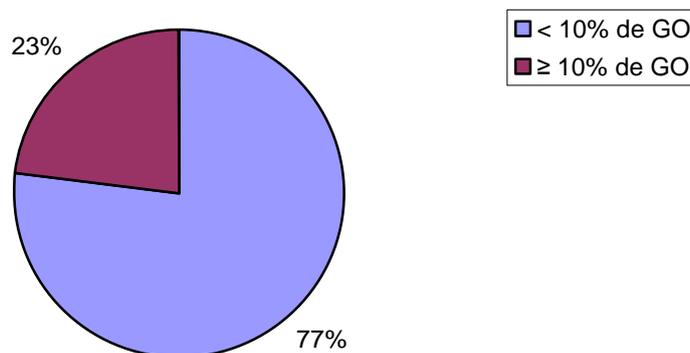
Il n'y avait aucune différence statistiquement significative dans la part d'activité de GO selon le mode d'exercice des médecins ( $p < 0,01$ ).

## g- Part de l'activité de GO des médecins généralistes selon le secteur d'activité

**Figure 16:** Activité de gynécologie des médecins en secteur 1.



**Figure 17:** Activité de gynécologie des médecins en secteur 2.



Il n'y avait pas de différence significative d'activité de GO des médecins en fonction de leur secteur d'activité ( $p < 0,01$ ).

## **II- EVALUATION GLOBALE DE L'ACTIVITE DE GYNECOLOGIE DES MEDECINS**

### **1) Circonstances de la pratique de la gynécologie**

Il s'agissait de connaître quelles étaient les circonstances le plus souvent rencontrées par les médecins généralistes lorsqu'ils pratiquaient des actes de gynécologie-obstétrique.

	<b>Nb cité</b>	<b>%</b>
<b>En urgence</b>	<b>97</b>	<b>57,7</b>
<b>Sur demande de la patiente</b>	<b>138</b>	<b>82,1</b>
<b>Suivi régulier</b>	<b>89</b>	<b>52,9</b>
<b>Total réponses obtenues : 168</b>		

**Tableau 6: Circonstances de la pratique de la GO par les médecins généralistes.**

2 médecins n'avaient pas répondu à cet item.

Plusieurs réponses étaient possibles.

82,1% des médecins généralistes ayant répondu faisaient des actes de gynécologie sur demande la patiente.

Mais les autres items avaient aussi été cochés par plus de 50% des médecins.

## 2) Les trois motifs de consultation de GO les plus fréquemment rencontrés

Les 3 motifs de consultation de GO les plus souvent rencontrés par les médecins généralistes étaient par ordre décroissant :

- la contraception (84,7%) ;
- les douleurs pelviennes (42,4%) ;
- les pathologies infectieuses (35,7%).

	Nb cité	%
<b>Suivi régulier</b>	<b>37</b>	<b>24.5</b>
<b>Douleurs pelviennes</b>	<b>64</b>	<b>42.4</b>
<b>Contraception</b>	<b>128</b>	<b>84.7</b>
<b>Aménorrhées</b>	<b>2</b>	<b>1.3</b>
<b>Pathologies infectieuses</b>	<b>54</b>	<b>35.7</b>
<b>Métrorragies</b>	<b>16</b>	<b>10.6</b>
<b>Grossesse</b>	<b>43</b>	<b>28.4</b>
<b>Infertilité</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Ménopause</b>	<b>36</b>	<b>23.8</b>
<b>Pathologies mammaires</b>	<b>24</b>	<b>15.9</b>
<b>Contraception d'urgence</b>	<b>2</b>	<b>1.3</b>
<b>autre</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>
<b>Total réponses obtenues : 151</b>		

**Tableau 7: Motifs de consultation de GO rencontrés par les médecins généralistes.**

10 médecins avaient répondu à plus de 3 items, nous n'avons donc pas pris en compte leurs réponses.

9 médecins n'avaient pas du tout répondu à cette question.

Le motif cité par le médecin ayant coché « autre » était IVG médicamenteuse. Il s'agissait d'une femme de 38 ans exerçant en milieu citadin depuis 2003 avec 30% d'activité GO.

### **3) La pratique d'examens gynécologiques (pose de spéculum, touchers vaginaux)**

- en général et selon le sexe:

	Nombre cité	Femmes	Hommes
Oui	123 (74,5%)	53 (79,1%)	70 (71,4%)
Non	42 (25,4%)	14 (20,9%)	28 (28,6%)
Total	165	67	98

**Tableau 8:** Pratique des examens gynécologiques par les médecins généralistes selon le sexe.

5 médecins n'avaient pas répondu à cet item.

Plus de la majorité des médecins généralistes pratiquait les examens gynécologiques au sein de leur cabinet (74,5% des médecins ayant répondu à cet item).

Il n'y avait pas de différence significative selon le sexe ( $\chi^2=0,8642$  et  $p=0,3526$ ).

- selon la classe d'âge:

	Oui	Non	Total
30-39 ans	14 (73,7%)	5	19
40-49 ans	27 (64,3%)	15	42
50-59 ans	52 (77,6%)	15	67
≥ 60 ans	28 (80%)	7	35
Total	121	42	163

**Tableau 9:** Pratique des examens gynécologiques par les médecins généralistes selon la tranche d'âge.

7 médecins n'avaient pas répondu à ces deux items simultanément.

Il n'y avait pas de différence significative entre les médecins quelque soit leur âge ( $p>0,01$ ).

#### 4) Les médecins pratiquant peu ou pas de gynécologie-obstétrique : les raisons de leur choix

- en générale et selon le sexe

	Nombre cité	Femmes	hommes
Manque de temps	29 (30,5%)	11 (40,7%)	18 (26,4%)
Manque d'intérêt	22 (23,1%)	4 (14,8%)	18 (26,4%)
Manque de demande	25 (26,3%)	4 (14,8%)	21 (30,9%)
Manque de formation	26 (27,3%)	7 (26%)	19 (28%)
Gynécologues à proximité	69 (72,6%)	20 (74%)	48 (70,6%)
Autre	7(7,4%)	1	6
Nombre de participants	95 (55,9% du total de médecins)	27 (39,1% des femmes)	68 (67,3% des hommes)

**Tableau 10:** Raisons expliquant la faible activité de GO par les médecins concernés.

15 médecins n'avaient pas répondu.

Plusieurs réponses étaient possibles.

55,9% des médecins interrogés ont déclaré pratiquer peu ou pas de GO.

Il s'agissait de 39,1% des femmes et 67,3% des hommes de l'enquête.

Globalement :

- pour 72,6% d'entre eux, la raison la plus souvent avancée était la proximité de gynécologues de leur cabinet ;
- trois raisons ont été ensuite évoquées, presque à la même fréquence : le manque de temps (30,5%), le manque de formation (27,1%), le manque de demande (26,3%) ;
- le dernier item choisi était le manque d'intérêt (23,1%).

Mais ce classement change en fonction du sexe.

Pour les femmes :

- le premier motif était la proximité des gynécologues (74%) ;
- le deuxième motif était le manque de temps (40,7%) ;
- le troisième motif était le manque de formation (26%) ;
- puis le manque d'intérêt et le manque de demande ont été cités en dernier (14,8%).

Pour les hommes :

- le premier motif était la proximité des gynécologues (70,6%) ;
- le deuxième motif était le manque de demande (30,9%) ;
- le troisième motif était le manque de formation (28%) ;
- les derniers motifs étaient le manque d'intérêt et le manque de temps (26,4%).

7 médecins évoquaient d'autres raisons limitant leur exercice de la GO :

- les contraintes médico-légales (femme- 57 ans) ;
- l'absence d'assurance pour ces actes (homme-43ans) ;
- une patientèle trop âgée (homme-52ans) ;
- une activité non rentable (homme-48ans) ;
- la gêne des patientes envers leur Médecin traitant (homme-53ans) ;
- le manque d'équipement adéquat (homme-49ans) ;
- les idées reçues des patientes, des journalistes et de la presse féminine quant aux compétences des généralistes en GO (homme-55 ans).

**- selon l'âge :**

il n'y avait pas de différences significatives avec l'âge.

### III- DEPISTAGE ET PREVENTION

Cette partie consistait à évaluer les actes de dépistage et de prévention réalisés par les médecins généralistes dans le domaine de la GO.

- en général et selon le sexe :

	Global		Femmes		Hommes	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Frottis	66	103(61%)	38(56%)	30	28(28%)	73
Seins	159 (94%)	10	66	2	93	8
Mammographie	167(98,8%)	2	67	1	100	1
Vaccin HPV	161(95,2%)	8	65	3	96	5
Total	169		68		101	

**Tableau 11:** Actes de dépistage et prévention réalisés par les médecins généralistes en fonction du sexe.

1 seul médecin n'avait pas répondu à cette question.

61% des médecins ayant répondu ne réalisaient pas de frottis dans leur cabinet. Cependant, sur les 68 femmes ayant répondu, 38 soit 56% en pratiquaient, contre 28 soit 28% d'hommes. Les hommes n'en pratiquaient pas dans leur majorité.

La différence entre les deux sexes était significative ( $\chi^2 = 12,38$  et  $p < 0,01$ ) pour la réalisation du frottis cervico-vaginal.

L'examen des seins, la prescription de mammographies et la réalisation des vaccins anti-HPV, faisaient partie de l'activité habituelle de GO des médecins interrogés.

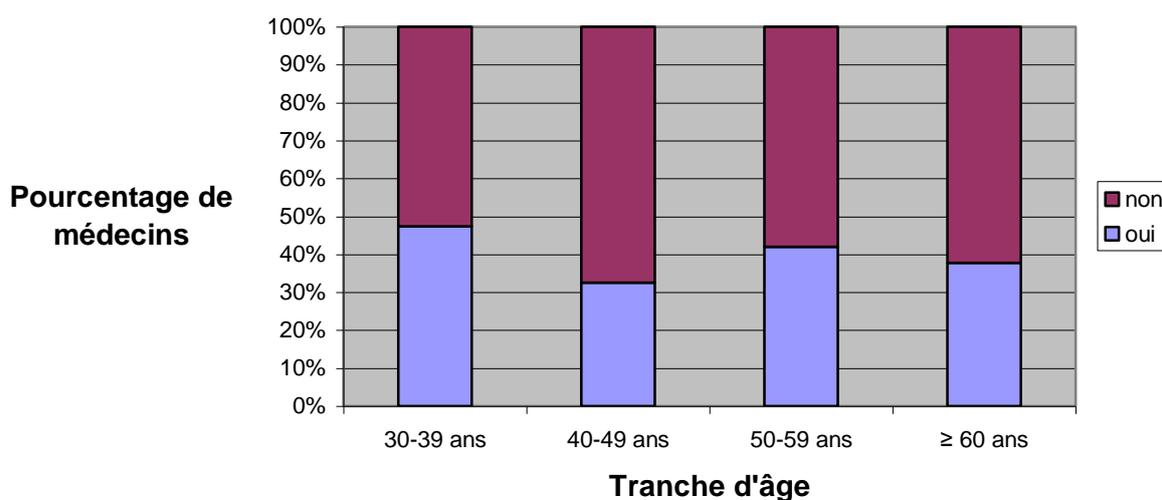
Plus de 90% d'entre eux, réalisaient ces actes.

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes ( $p > 0,01$ ).

**- selon la tranche d'âge :**

Nous avons uniquement étudié le critère «frottis» puisque les autres examens étaient réalisés par la quasi-totalité des médecins ; il n'y avait donc pas de différence significative selon l'âge.

**Figure 18: Réalisation des frottis par les médecins généralistes selon la tranche d'âge.**



On remarque sur cette figure, que les plus jeunes médecins généralistes étaient proportionnellement ceux qui réalisaient le plus de frottis.

Ceux qui en feraient le moins seraient les 40-49 ans.

Après réalisation d'un test de chi-deux, il n'y avait pas de différence significative selon la tranche d'âge. ( $p > 0,01$ )

#### IV- CONTRACEPTION

Cette question nous a permis de connaître quels étaient les actes prescrits ou réalisés par les médecins dans le domaine de la contraception.

- en général et selon le sexe :

	Global		Femmes		Hommes	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Instaure la pilule	161(95,2%)	8	68	0	93	8
Renouvelle la pilule	169(100%)	0	68	0	101	0
Prescrit les nouveaux moyens contraceptifs	73(43,2%)	96(57%)	45(61%)	23	28(39%)	73
Pose des DIU	20(11,8%)	141(83%)	9	59	11	90
Pose des implants	16	153(90%)	9	59	7	94
<b>Total</b>	<b>169</b>		<b>68</b>		<b>101</b>	

**Tableau 12:** La prescription des divers moyens contraceptifs par les médecins généralistes selon le sexe.

1 seul médecin n'avait pas répondu à cette question.

Globalement, tous les médecins prescrivait et renouvelaient la pilule quelque soit leur sexe.

Concernant la prescription des nouveaux moyens contraceptifs (anneau vaginal, patchs hormonaux), 96 médecins (soit 57%) déclaraient ne pas en prescrire. Parmi les 73 prescripteurs, 61% étaient des femmes contre 39% d'hommes.

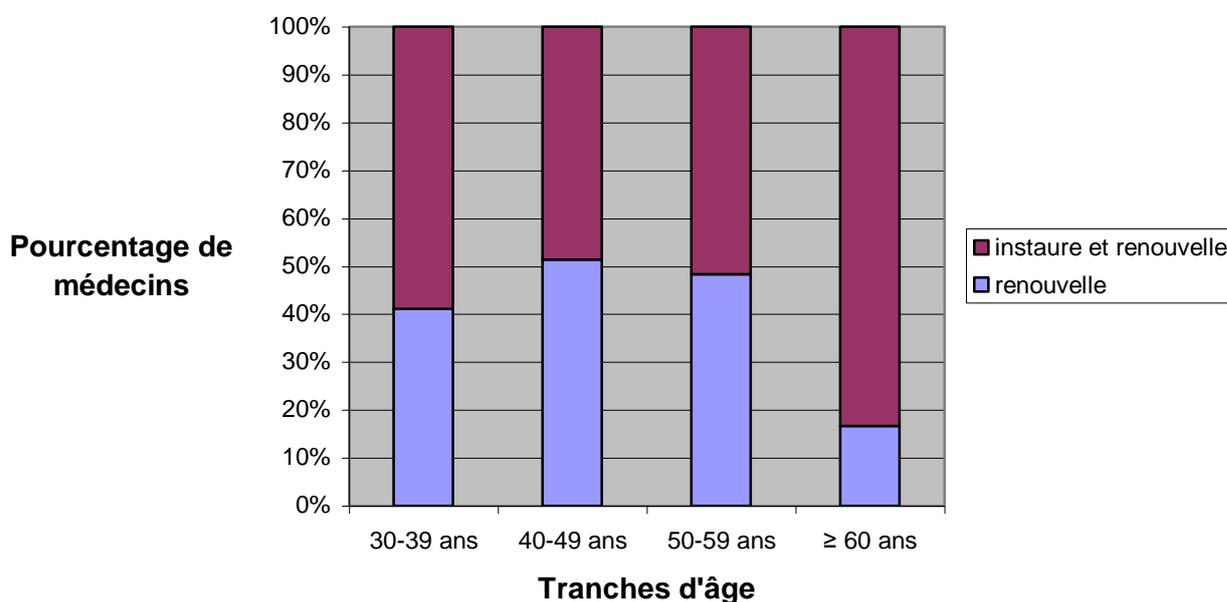
Cette différence entre les deux sexes était significative ( $\chi^2 = 22,9$  et  $p < 0,01$ ).

La pose de DIU était globalement peu pratiquée par ces médecins car 141 soit 83% avaient répondu ne pas le faire. Cette constatation se retrouvait pour chaque sexe puisque la différence n'était pas significative ( $p = 0,82$ ).

La pose d'implants contraceptifs suit le même schéma puisque 153, soit 90% des médecins, n'en posaient pas et cela quelque soit leur sexe ( $p=0.26$ ).

**- selon l'âge :**

Nous n'avons étudié que les critères «pilule» et «nouveaux moyens de contraception» car il n'y avait pas de différences significatives entre les âges ( $p>0,01$ ) pour la pose de DIU ou la pose d'Implants.

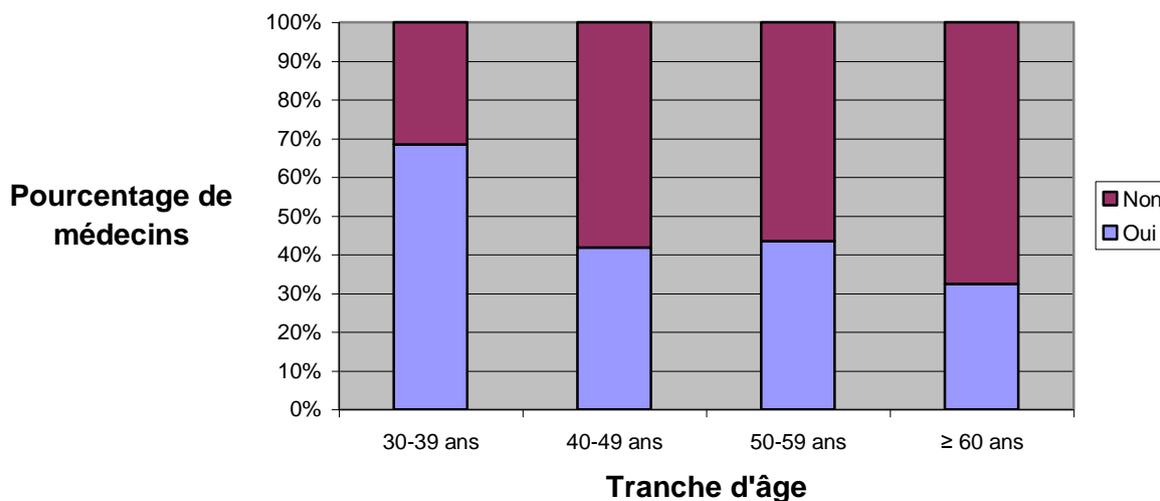


**Figure 19:** La prescription de pilule par les médecins généralistes.

Les médecins âgés de plus de 60 ans instaurent et renouvelaient la pilule de façon significativement plus importante que leur confrères âgés de 40 à 59 ans ( $\chi^2>3,84$  et  $ddl=1$ ).

Il n'y avait pas de différence significative entre les médecins les plus âgés et les plus jeunes ( $p>0,01$ ).

**Figure 20:** Prescription des nouveaux moyens de contraception par les médecins généralistes selon la tranche d'âge.



D'après ce graphique, nous remarquons une nette différence entre les jeunes médecins de 30-39 ans et les médecins de plus de 40 ans : 68,4% des jeunes médecins prescrivait ces nouveaux moyens de contraception, contre moins de 50% pour les autres tranches d'âge.

La différence était plus marquée entre les plus jeunes médecins et les plus âgés : seuls 32,4% des médecins de plus de 60 ans prescrivait ce type de contraception. Après réalisation du chi-deux, seule cette dernière différence était réellement significative ( $\chi^2=5.20$ ).

## **V- SUIVI DE GROSSESSE**

Nous avons interrogé les médecins afin de savoir s'ils prenaient en charge des grossesses ou non.

- en général et selon le sexe:

	Nombre cité	Femmes	Hommes
OUI	112 (66,3%)	49 (71%)	63 (63%)
NON	57 (33,7%)	20 (29%)	37(37%)
Total	169	69	100

**Tableau 13:** Le suivi de grossesse par les médecins généralistes selon le sexe.

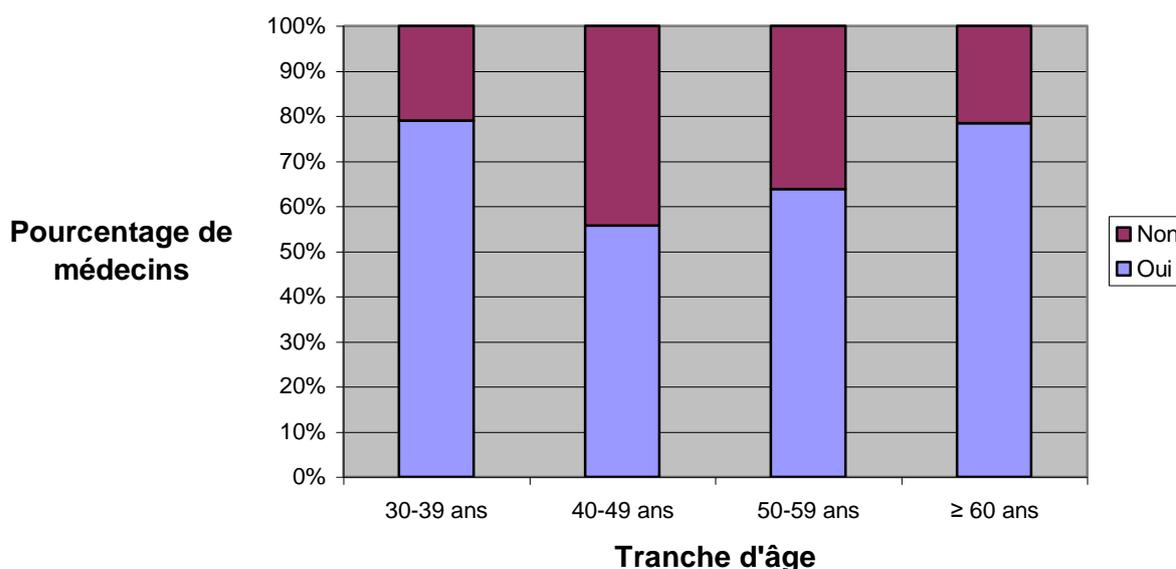
1 médecin n'avait pas répondu à cette question.

On observait que la majorité des médecins généralistes d'Île-de-France (66,3%) acceptait de suivre des grossesses, et cela quelque soit leur sexe.

Parmi les 112 médecins suivant des grossesses, 49 (soit 43,7%) étaient des femmes, et 63 (soit 56,3%) étaient des hommes.

Néanmoins, parmi les femmes interrogées 71% d'entre elles suivaient des grossesses contre 63% des hommes. Mais cette différence n'était pas significative ( $\chi^2 = 0,84$  et  $p=0,35$ ).

- selon la tranche d'âge :



**Figure 21:** Suivi de grossesse par les médecins généralistes selon la tranche d'âge.

Il n'y avait pas de différence significative dans le suivi de grossesse selon l'âge des médecins ( $p > 0,01$ ).

## **VI- IVG MEDICAMENTEUSE**

Nous voulions savoir la proportion de médecins pouvant proposer la réalisation d'IVG médicamenteuses en Île-de-France :

	Nombre cité	Femmes	Hommes
<b>OUI</b>	<b>4 (3,6%)</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>NON</b>	<b>163 (96,4%)</b>	<b>68</b>	<b>97</b>
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

**Tableau 14:** La pratique des IVG médicamenteuses par les médecins généralistes.

La grande majorité des médecins interrogés ne pratiquait pas d'IVG médicamenteuse, puisque seuls quatre médecins déclaraient en réaliser.

## VII- MENOPAUSE

Cet item nous renseignait sur la prise en charge de la ménopause par les médecins généralistes, plus précisément, s'ils prescrivaient ces traitements spécifiques ou les renouvelaient uniquement.

- en général et selon le sexe :

	Nb cité	Femmes	Hommes
Oui	142(84%)	60	82
Renouvelle	60 (42,2%)	24	36
Instaure et Renouvelle	82 (57,8%)	36	46
Non	27 (16%)	9	18
Total	169	69	100

**Tableau 15:** Prescription des Traitements Hormonaux de la Ménopause par les médecins généralistes.

La majorité des médecins interrogés (84%) prescrivait des THM, 42% d'entre eux ne réalisaient que de simples renouvellements, 58% instauraient et renouvelaient les traitements de la ménopause.

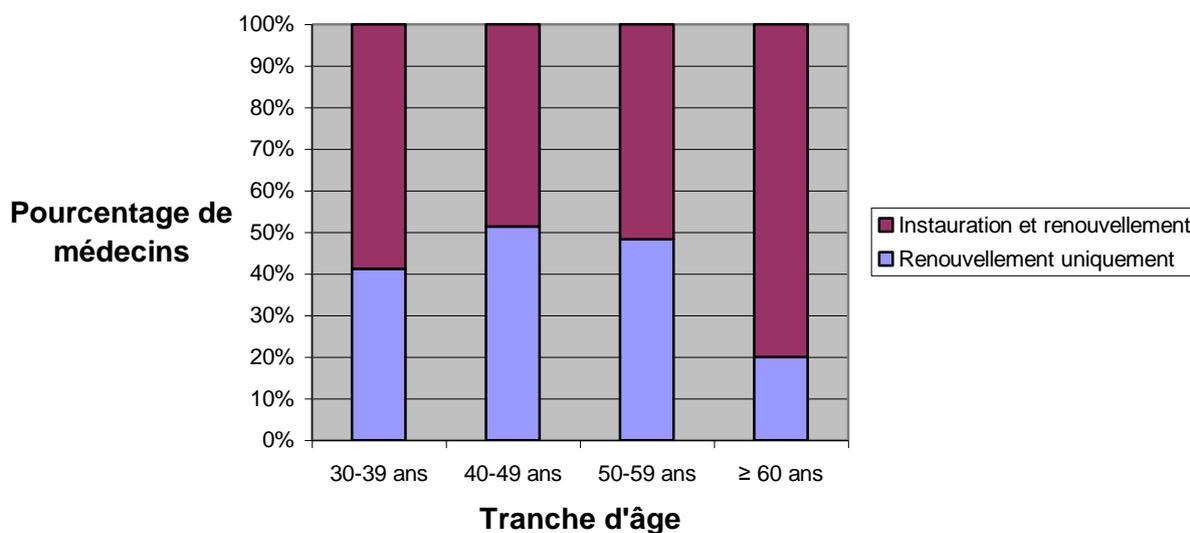
16% des médecins interrogés n'en prescrivaient pas.

Il n'y avait pas de différence significative entre hommes et femmes concernant la prescription des THM ( $\chi^2 = 0.42$  et  $p=0,51$ ).

**- selon la tranche d'âge :**

Il n'y avait pas de différence significative selon l'âge, dans l'administration ou non d'un traitement hormonal de la ménopause.

Cependant, nous avons trouvé intéressant d'étudier parmi les prescripteurs de traitement de la ménopause, la répartition des médecins selon la tranche d'âge.



**Figure 22:** Prescription du traitement hormonal de la ménopause par les médecins généralistes selon la tranche d'âge.

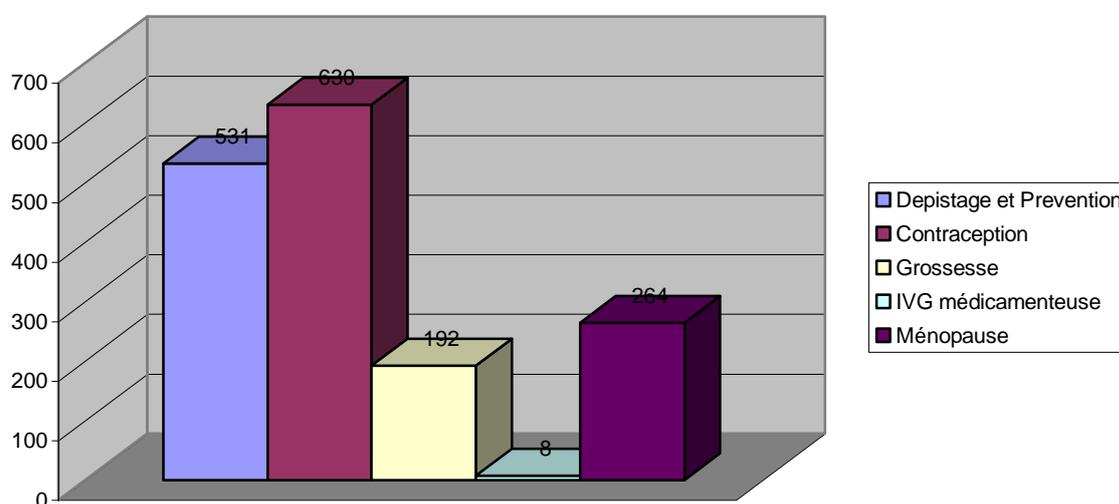
Une différence significative dans la prescription des traitements hormonaux de la ménopause existait entre la tranche des médecins de plus de 60 ans et celles des 40-49 ans ( $\chi^2=5,56$ ) et des 50-59 ans ( $\chi^2=6,07$ ) : les médecins les plus âgés étaient proportionnellement plus nombreux à instaurer les traitements hormonaux que les médecins âgés de 40 à 59 ans.

Il n'y avait pas de différence significative entre les plus jeunes médecins de l'étude et les plus âgés. ( $p > 0,01$ ).

## VIII- REPARTITION DE L'ACTIVITE DE GO DES MEDECINS GENERALISTES

L'objectif de cette question était de dénombrer sur une semaine les consultations de GO selon les thèmes les plus fréquemment rencontrés, et précédemment abordés dans le questionnaire. Le but étant d'avoir un reflet de la réelle activité quotidienne de GO des médecins généralistes.

Nous avons voulu tout d'abord connaître quel domaine de GO avait été le plus souvent abordé au cours de leur dernière semaine de consultation.



**Figure 23:** Nombres d'actes de GO au cours de la dernière semaine d'activité des médecins généralistes

12 médecins n'avaient pas répondu à cet item.

Le domaine le plus fréquemment abordé au cours de leur dernière semaine de consultation était la contraception puis par ordre décroissant, le dépistage et la prévention, la ménopause et la grossesse.

Très peu de consultations pour IVG ont été réalisées et cela ne concernait que 4 médecins interrogés.

## **IX- FORMATION EN GO DES MEDECINS GENERALISTES**

Nous avons voulu faire le point sur la formation en GO des médecins généralistes d'Île-de-France. Plusieurs réponses étaient possibles.

- en général et selon le sexe :

	Universitaire	FMC	Diplôme Inter-Universitaire	Littérature et Internet	Autre
<b>Global</b> (n=155)	<b>128</b> (82,6%)	<b>72</b> (46,4%)	<b>5</b> (3,2%)	<b>64</b> (41,3%)	<b>13</b> (8,3%)
<b>Femmes</b> (n= 64)	<b>53</b> (82,8%)	<b>30</b> (46,8%)	<b>5</b> (7,8%)	<b>22</b> (34,4%)	<b>6</b> (9,3%)
<b>Hommes</b> (n=91)	<b>75</b> (82,4%)	<b>42</b> (46,1%)	<b>0</b>	<b>42</b> (46,1%)	<b>7</b> (7,6%)

**Tableau 16:** Formation en GO des médecins généralistes.

15 médecins n'avaient pas répondu à cette question dont 10 hommes et 5 femmes.

Globalement, la formation en GO reçue par les médecins interrogés, quelque soit leur sexe, était avant tout universitaire (82,6%), qu'ils complétaient par les FMC (46,4%) et la littérature médicale et/ou internet (41,3%).

Il n'y avait pas de différence significative entre le sexe des médecins et leur formation universitaire, leur formation par FMC, littérature ou internet ( $p > 0,01$ ).

Seuls 5 médecins (3,2%) avaient obtenu un Diplôme Inter-Universitaire de GO et il s'agissait uniquement de femmes médecins. Aucun homme interrogé n'avait cette formation.

Les femmes avaient bénéficié significativement plus d'un Diplôme Inter-Universitaire que les hommes ( $\chi^2=5,06$  et ddl=1).

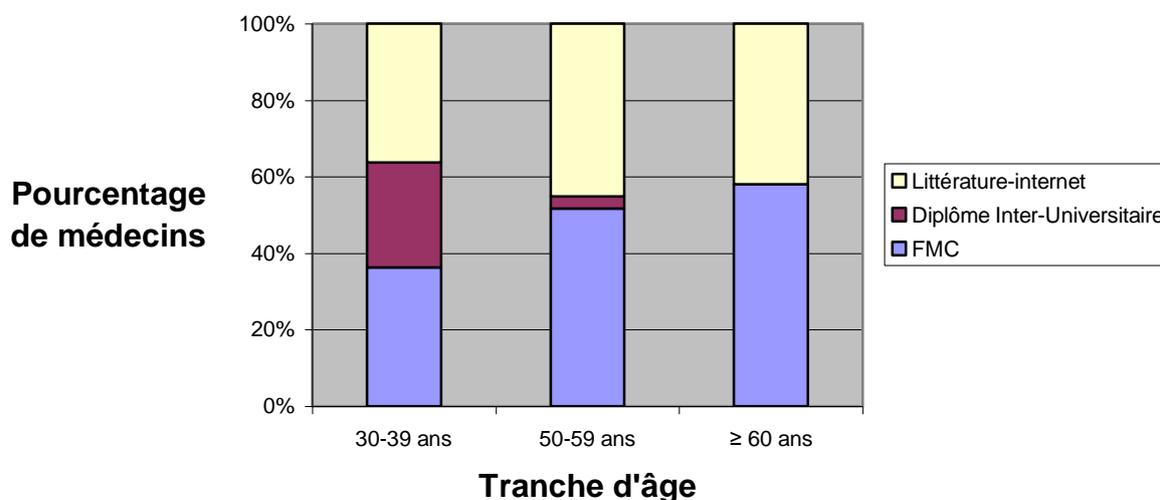
Les hommes médecins assistaient autant à des FMC qu'ils consultaient la littérature et/ou internet.

Les femmes quant à elles participaient plus aux FMC pour leur formation en GO qu'elles ne consultaient internet ou la littérature.

13 médecins (8,3%) ont stipulé d'autres moyens de formation complémentaire en GO :

- Diplôme Inter-Universitaire de Régulation des naissances ;
- Diplôme Inter-Universitaire Contraception ;
- Diplôme Universitaire de Sénologie ;
- PMI ;
- adhésion aux réseaux ville-hôpital de GO (REVHO, Suivi de grossesses) ;
- stage de GO spontané en France ou étranger (US army) ;
- sur le terrain (cité 4 fois) ;
- travail dans une clinique d'obstétrique.

- selon la tranche d'âge :



**Figure 24: Mode de formation des médecins en GO selon la tranche d'âge.**

Ce graphique nous permet de nous rendre compte, que les plus jeunes médecins de l'étude avaient une formation plus diversifiée que leurs confrères et qu'ils étaient proportionnellement plus nombreux (22,2%) à avoir bénéficié d'une formation en Diplôme Inter-Universitaire.

Seuls 3,1 % des 50-59 ans avaient un Diplôme Inter-Universitaire en GO, les autres tranches d'âge n'en avaient pas du tout.

Les jeunes médecins âgés de moins de 40 ans, participaient de façon statistiquement plus importante aux FMC que leurs confrères plus âgés ( $\chi^2 > 3,84$  et  $ddl=1$ ).

On remarque également, que la part des FMC dans la formation en GO des médecins augmente avec l'âge au détriment des autres méthodes d'apprentissage.

Concernant l'utilisation de la littérature et internet, il n'y avait pas de différence significative entre les âges ( $p > 0,01$ ).

## **X- OPINION DES GENERALISTES SUR L'AUGMENTATION DE LEUR ACTIVITE DE GO**

Nous avons demandé aux médecins de l'enquête s'ils étaient d'accord pour faire davantage de GO si le besoin se présentait, autrement dit si la pénurie annoncée des spécialistes en GO avait lieu, s'ils accepteraient de recevoir davantage de femmes pour des motifs de GO.

**- en général et selon le sexe :**

	OUI	NON
<b>Femmes (n=68)</b>	<b>51(75%)</b>	<b>17 (25%)</b>
<b>Hommes (n=99)</b>	<b>57(57,5%)</b>	<b>42 (42,5%)</b>
<b>Total (n=167)</b>	<b>106(63,4%)</b>	<b>61(36,6%)</b>

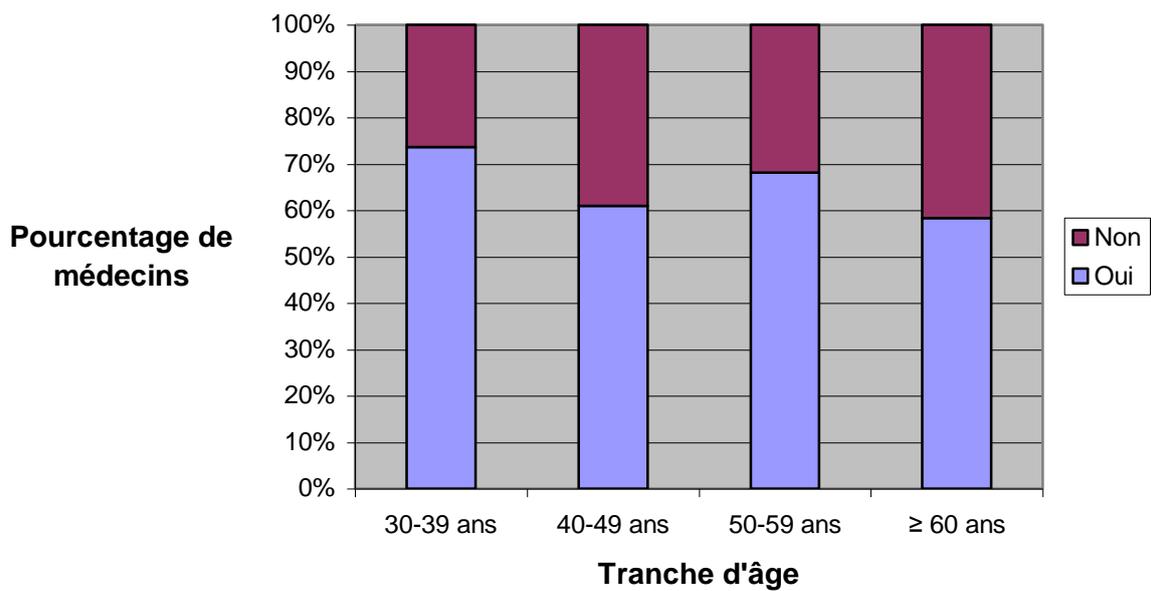
**Tableau 17 : Avis des médecins généralistes sur l'augmentation éventuelle de leur activité de GO.**

3 médecins n'avaient pas répondu à cette question.

63,4% des médecins ayant répondu à cet item seraient d'accord pour augmenter leur activité de GO.

75% des femmes étaient favorables à cette augmentation contre 57,5% des hommes. Cette différence était significative entre les deux sexes ( $\chi^2 = 4,62$  et  $p < 0,01$ ).

- selon la tranche d'âge :



**Figure 25:** Opinion des médecins généralistes sur l'augmentation éventuelle de leur activité de GO selon la tranche d'âge.

Il n'y avait aucune différence significative dans l'opinion des médecins quant à leur augmentation d'activité de GO en fonction de l'âge ( $p > 0,01$ ).

Quelque soit la tranche d'âge, la majorité acceptait de le faire.

## **XI- COMMENTAIRES LIBRES**

En fin de questionnaire, nous avons laissé la possibilité aux médecins généralistes ayant participé à notre étude de faire quelques commentaires libres afin qu'ils puissent exprimer des idées auxquelles nous n'avions pas songé ou encore d'expliquer leur point de vue sur les divers sujets de GO abordés.

20% des médecins avaient fait des remarques à la suite de leur questionnaire.

Nous regrouperons ces commentaires par thèmes, allant du plus fréquemment abordé au moins cité.

### **1) Découragement d'ordre financier à la pratique de la GO**

Il s'agit donc de la remarque la plus fréquemment citée (10 fois).

L'idée de faire de la gynécologie au cabinet était en général acceptée mais ces médecins réclameraient une revalorisation de ces actes du fait notamment du temps plus important nécessaire à leur réalisation:

«Il faudrait avoir des actes mieux rémunérateurs quand on fait un frottis ou un prélèvement vaginal car c'est chronophage et pas assez côté pour motiver les médecins» (femme-38 ans) ;

«En secteur 1 aucune valorisation financière correcte pour pratiquer de la gynécologie. Un frottis prend du temps...la gynécologie demande du temps des moyens financiers incompatibles avec une activité libérale en secteur 1 à 22 euros...Faire de la gynécologie oui mais mieux valorisée » (homme-48 ans) ;

«Quand on voit le prix d'une consultation de gynécologue, et le prix d'une consultation de médecine générale ça peut attirer plus d'une patiente, mais que leur choix s'oriente vers nous parce que l'on fait de la gynécologie à bas prix c'est terrible...» (femme-37 ans).

## **2) Une volonté d'être mieux formés**

Cette idée à été reprise 6 fois.

Le manque de pratique, ou le manque de formation même théorique limiterait leur activité de GO :

«Pas beaucoup d'actes de gynécologie car nécessité de pratiquer des stages pour apprendre à faire des frottis ou poser des stérilets» (homme-50 ans) ;

«Au cours de l'installation, la pratique se modifie avec mon âge. Au début, peu de suivi post-ménopause. Maintenant que j'approche de la cinquantaine, la clientèle vieillit aussi et on est obligé de prendre en charge les problèmes post-ménopause. Mais peu ou pas de formation» (homme-49 ans) ;

«J'ai beaucoup de demande de gynécologie-obstétrique du fait des délais longs avec les spécialistes. Mais formation limitée en fac et parfois difficile de répondre à tous les problèmes...» (homme-33ans) ;

«Pas assez de FMC gynécologie...» (femme -42 ans).

Un médecin ignorait l'existence d'un Diplôme Inter-Universitaire en gynécologie pour les médecins généralistes : « je ne connaissais pas le Diplôme Inter-Universitaire de gynécologie... je prends note » (femme- 42 ans).

## **3) Un problème de sexe**

5 médecins hommes ont signalé que de par leur sexe, leur activité de gynécologie obstétrique serait limitée.

«Les femmes sont gênées de voir leur médecin traitant homme pour des problèmes gynéco» (homme-53 ans) ;

«En région parisienne un homme généraliste n'a presque pas de chance de faire de la gynécologie» (homme-58 ans) ;

«Les patientes sont plus à l'aise avec des examinateurs femmes» (homme-41 ans).

#### **4) Des laboratoires de proximité leur permettent de déléguer leurs frottis**

Également cité 5 fois, certains médecins se justifiaient de ne pas faire de frottis du fait de la présence de laboratoires à proximité qui le font.

«Je prescris des frottis mais ne les fais pas, c'est le labo de proximité qui s'en charge» (homme-41 ans) ;

«J'envoie mes patientes au laboratoire pour leur frottis, c'est un gain de temps» (homme-54 ans).

#### **5) L'aspect médico-légal**

4 médecins ont signalé leurs inquiétudes quant aux risques médico-légaux de la pratique de la gynécologie :

«Pas ou peu de gynécologie à cause du médico-légal» (homme-49 ans) ;

«Faire plus de gynécologie, oui mais à condition qu'on nous soulage des aspects médico-légaux» (homme-48 ans).

#### **6) Rôle du médecin généraliste évident en gynécologie**

4 médecins ont tenu à nous faire part de leur avis quant à l'intérêt de la prise en charge par le généraliste de la gynécologie :

«Je me suis formée à la gynécologie médicale avec le temps car cela m'intéressait et pense que les généralistes peuvent très facilement assurer cette spécialité» (femme- 42 ans) ;

«Place prépondérante du généraliste dans le dépistage et la contraception» ;

«Les médecins généralistes se doivent de répondre aux femmes dans ce domaine car c'est leur devoir de médecin de première ligne» (femme-36 ans).

1 seul médecin était opposé à faire de la gynécologie en tant que généraliste :

«Le médecin généraliste est psy, assistante sociale, bouc émissaire, stop !

À chacun son job ! Je n'ai pas envie de me substituer à un gynécologue» (homme-56 ans).

# DISCUSSION

## I- LES FAIBLESSES DU TRAVAIL

### 1) Biais de recrutement des médecins

#### **a- Le choix de la région**

Cette étude a été menée en Île-de-France (IDF) ; cette région a été choisie par commodité (lieu d'exercice personnel et de formation) et aussi car aucune étude de ce type n'avait encore été menée auparavant dans cette région.

En effet, des travaux similaires, sur la pratique de la GO des médecins généralistes, ont été menés dans d'autres régions, notamment les Landes et la Bretagne [15], [16].

L'activité des médecins interrogés était particulière à l'IDF et non représentative de la population globale des médecins généralistes sur plusieurs points :

- Nous avons eu essentiellement des réponses de médecins exerçant en milieu citadin voire semi-rural mais très peu en milieu rural ce qui pourrait contribuer à un biais de sélection (**Figure 4**).

- Concernant leur secteur d'activité, nous avons obtenu 23,4% de réponses de médecins en secteur 2 (**Tableau 3**), ce qui n'est pas représentatif des généralistes de France : dans un rapport de Décembre 2008, l'Assurance Maladie compte en 2005 12% de généralistes secteur 2, et 29% en Île-de-France [17], [18].

- Notre région fait partie des régions à forte concentration de gynécologues, ce qui peut permettre à certains généralistes de ne pratiquer que peu ou pas de gynécologie et d'adresser leurs patientes à leur confrères gynécologues de proximité [4].

Dans notre étude 55,5% des médecins se situaient à moins de 1 km d'un confrère gynécologue et 29,6 % entre 1 et 5 km (**Figure 6**).

De ce fait les patientes, ayant plus de gynécologues à leur disposition, auraient des délais d'attente pour leurs rendez-vous gynécologiques plus courts que dans d'autres régions, ce qui les inciterait peut-être à moins consulter un généraliste.

La distance avec un gynécologue peut varier d'un département à l'autre selon la densité de gynécologues du territoire.

Nous avons tenté d'explorer cette distance avec la question 5 afin de savoir si cette distance influençait l'exercice des médecins.

Les réponses obtenues étaient difficilement exploitables, car d'un département à l'autre la distance à parcourir nécessite un temps différent. En effet, parcourir 1km à Paris peut nécessiter plus de temps qu'en banlieue ce qui est difficilement représentatif de la difficulté d'accès au gynécologue.

Nous aurions peut-être dû demander à nos médecins le temps de parcours les séparant d'un gynécologue.

## **b- Biais de sélection des médecins**

Cette étude a été menée auprès de 400 médecins d'Île-de-France sélectionnés par tirage au sort dans les pages jaunes. Nous avons choisi un nombre identique de médecins par département, ce qui n'est pas représentatif de la proportion de médecins par département.

Au regard du dernier rapport du CNOM de 2009, la densité des médecins généralistes libéraux au sein de l'IDF est variable [4]. Peut-être aurions-nous dû choisir un nombre de médecins proportionnel au nombre de médecins de chaque département.

Le choix du tirage au sort des médecins dans les pages jaunes a pu faire diminuer le nombre de réponses. Bien que répertoriant tous les médecins généralistes, cet annuaire n'explicite pas toujours l'orientation du cabinet du médecin généraliste. C'est ainsi, que trois médecins nous ont renvoyé leur questionnaire, car leur activité de médecine générale était orientée vers un domaine spécialisé type neurologie, polysomnographie, ou diététique. Nous pouvons penser que peut être d'autres médecins dans le même cas n'avaient pas du tout répondu à notre questionnaire.

Pour sa thèse, réalisée à Bordeaux en 2006, Noémie Mauran avait choisi une méthode téléphonique ce qui lui avait permis d'obtenir un très fort taux de réponse de 93,6% [15].

Ce mode de sélection des médecins n'a pas permis de choisir le sexe du médecin. Notre étude n'a ainsi pu comporter que 40,5% de femmes (**Tableau 1**): au 1<sup>er</sup> Janvier 2009, la part de femmes généralistes était de 48% en IDF. Au niveau national il était de 43%.

L'âge moyen de l'échantillon (51,8 ans) était identique à celui de la population générale des médecins d'IDF (**Figure 2**): au 1<sup>er</sup> Janvier 2009 il était de 51 ans. Au niveau national il était de 50 ans [4].

## **2) Le questionnaire**

Nous avons volontairement écourté le questionnaire afin qu'il ne soit pas trop long pour les médecins généralistes. Le questionnaire était écrit sur feuille A4 recto verso. Aussi nous nous étions intéressés avant tout à un état des lieux global, et non pas détaillée de leur pratique. Nous voulions savoir quels actes de GO réalisaient les généralistes et en aucun cas la manière dont ils les pratiquaient.

Cela aurait pu décourager les réponses de certains médecins car ils auraient pu croire leur activité de GO jugée.

Certaines questions ont ainsi été peu développées comme pour le suivi des grossesses, l'IVG médicamenteuse ou la ménopause.

Notre taux de réponse était de 42,5% (**Figure 1**) sans relance des médecins généralistes par téléphone. Dans la thèse de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal, réalisée à Toulouse en 2006 sur le même thème, le taux de réponse avant relance était de 40% [19].

Nous avons avant tout posé des questions de nature quantitative plus que qualitative afin de faciliter les réponses et leur analyse.

Bien que testé au préalable auprès de plusieurs médecins de cabinets différents, notre questionnaire a présenté semble-t-il quelques incompréhensions puisque certains médecins n'ont pas répondu à toutes les questions.

Nous nous sommes aperçus des limites de notre questionnaire dans sa forme et son contenu et que chaque réponse dépendait de l'avis subjectif du médecin sur lui-même.

### **3) Le recueil de données et son analyse**

Plusieurs questions sont restées sans réponse car mal comprises ou jugées sans intérêt :

- Certaines questions quantitatives ont pu poser problème notamment la distance avec un gynécologue (question 5), le nombre d'actes par semaine (question 6), le pourcentage d'activité de GO dans leur activité globale (question 6)...La quantification a pu paraître délicate pour certains médecins voire difficile, certains n'y avaient pas répondu.
- La question 10, qualitative, nous a également fait soulever un biais. Nous interrogeons dans cette question les médecins sur les raisons de leur faible, voire absente, activité en GO. On comprend bien là qu'il s'agissait d'un jugement personnel du médecin sur son activité et que par conséquent il pouvait estimer de façon erronée son travail. C'est ainsi, que certains médecins ayant une part d'activité de GO importante ont répondu à cet item alors que d'autres, réalisant moins d'actes de GO ne se sont pas sentis concernés.
- Notre questionnaire se constituait de 4 questions à choix multiples (questions 7, 8, 10, 23). Leur interprétation nous a été difficile et peu évidente. L'ordre de préférence des réponses pour ces questions aurait pu être demandé afin de faciliter l'interprétation des résultats.
- Certains items ont pu paraître indiscrets ou sans intérêt pour quelques médecins : la question 4 où nous demandions en quel secteur ils exerçaient ainsi que la question 6 du nombre d'actes par semaine en médecine générale sont ainsi parfois restées sans réponse.

Nous avons donc jugé bon de ne pas inclure ces médecins dans l'analyse de ces questions sans réponses créant peut-être ainsi un biais d'analyse. Mais ce type de situation était tout de même minoritaire par rapport au nombre de réponses correctes obtenues.

## **II- DISCUSSION DES RESULTATS**

Nous aborderons la discussion de nos résultats selon l'ordre des thèmes abordés dans notre questionnaire.

### **1) Activité des médecins généralistes**

En France, on comptait au 1<sup>er</sup> Janvier 2009, 2,7 gynécologues médicaux et obstétriciens pour 100 000 femmes de plus de quinze ans (2,14 gynécologues médicaux et 4,57 gynécologues obstétriciens pour 100 000 patientes) contre 105 médecins généralistes libéraux pour 100 000 patientes **[4]**.

La densité des médecins généralistes en activité régulière était de 160 médecins pour 100 000 habitants.

On comprend ainsi le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la santé des femmes, en collaboration avec les gynécologues, pas assez nombreux pour répondre aux besoins de toutes les patientes.

Ce rôle est d'autant plus évident depuis que le généraliste est devenu, après la loi du 13 Aout 2004 réformant l'Assurance Maladie, un pivot de l'organisation de la médecine ambulatoire avec le dispositif de médecin traitant.

**~ Les médecins généralistes de notre échantillon avaient une activité supérieure à la moyenne nationale :**

Notre étude révèle que les médecins interrogés réalisaient en moyenne 119 actes de médecine générale par semaine (**Tableau 4**).

Les dernières données disponibles en 2004, indiquaient qu'un généraliste a réalisé 97,2 actes en moyenne par semaine **[20]**. Nous sommes donc au dessus de cette moyenne nationale de 2004.

Dans leur thèse sur l' « Analyse des pratiques et des attentes en GO des médecins de Midi Pyrénées », en 2006, Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal indiquaient que les médecins interrogés pratiquaient en moyenne 137 actes par semaine **[19]**.

**~ Les femmes médecins généralistes de notre échantillon avaient une activité plus faible que leurs confrères :**

Nos femmes médecins travaillaient significativement moins que leurs confrères (108,6 actes contre 126, 2 actes respectivement) (**Figure 7**), ce qui est observé à l'échelon national en France **[21]**.

Ce phénomène s'observait également dans la thèse de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal en 2006. Celles-ci notaient que les femmes faisaient en moyenne 13 actes de moins par semaine que les hommes **[19]**.

Lors des journées de communication de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) du 23 Novembre 1997, le Dr Laurence Wittke remarquait d'après son étude réalisée sur 250 médecins généralistes, que le volume de travail des femmes généralistes était inférieur de 40% de celui des hommes.

Les femmes médecins étaient moins accessibles : elles travaillaient moins que les hommes (plages horaires plus courtes de 13%), et avaient une organisation du temps de travail différent (moins de visites et d'urgences, temps de consultation plus long notamment pour leur patientes) **[22]**.

Sur l'ensemble du territoire français, en 2000, les femmes généralistes à temps complet travaillaient en moyenne 50 heures par semaine, contre 58 pour les hommes

**[23]**.

Elles travaillent plus souvent à temps partiel que les hommes (25 % vs. 2 %), et faisaient, à temps plein, 10 heures de moins par semaine que les hommes (46 vs. 56) **[24]**. Dans une étude de la DRESS en 2002, l'activité moyenne d'une femme représentait plus de 70 % de celle d'un homme, contre 60 % dix ans auparavant **[25]**.

La participation des femmes généralistes aux gardes était moindre : selon une étude menée en Indre et Loire **[26]**, 6 sur 10 n'en faisaient pas, les autres femmes en faisaient en moyenne 2 par mois. Les chiffres étaient un peu plus élevés en Rhône-Alpes (56 % des femmes vs 83 % des hommes) **[27]** et Finistère (62 % des femmes) **[28]**.

Nous tenterons de voir si ce phénomène a une influence sur leur activité de gynécologie.

## **2) Activité gynécologique des médecins**

### **a- Généralités**

**~ Il existait des disparités importantes dans l'activité gynécologique de la médecine générale :**

La moyenne d'actes réalisés par les médecins généralistes de notre étude dans le domaine de la GO était de 9 actes par semaine (**Tableau 5**), ce qui était identique aux résultats de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal en Midi-Pyrénées en 2006 [19].

Selon l'Observatoire de la SFMG en 2005, la consultation de gynécologie arrivait en quinzième position et représentait 3,8% des consultations de médecine générale [Annexe 3].

Cette activité comportait de grandes disparités (32,9% effectuaient moins de 5% d'actes de GO ; 29,8% entre 5 et 10% ; 20,5% entre 10 et 15% ; 5% entre 15 et 20% ; 11,8% plus de 20%). La majorité (62,7%) des médecins de notre étude réalisaient moins de 10% d'actes de GO : la moyenne était de 9,4% d'activité de GO sur leur activité globale (**Tableau 5**).

Ces variations sont également retrouvées dans la thèse d'Audrey Delannoy Eglinger à Lille en 2009 [29] et une étude de Gwenola Levasseur publiée en 2005 en Bretagne [16].

**~ Les femmes généralistes avaient une activité gynécologique plus importante que les hommes:**

Notre étude a permis de retrouver une différence significative dans l'activité de GO selon le sexe du médecin (**Figure 9**): 79,2% des femmes avaient une activité de GO à plus de 10% de leur activité globale contre 18,4% des hommes.

Les femmes réalisaient en moyenne 12,6% d'actes de GO et les hommes 4,8% (**Figure 10**).

Nos résultats sont en accord avec ceux de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal en Midi-Pyrénées en 2006 : 38 actes par mois de nature gynécologique chez les femmes contre 16 chez les hommes [19].

Ils ne sont en revanche pas en conformité avec les résultats obtenus en Bretagne par Gwenola Levasseur : celle-ci ne retrouvait pas de différence significative entre le sexe du médecin et l'activité de GO [16].

La médecine générale étant en voie de féminisation (en 2020 on estime à 50% le taux de femmes dans la profession, celui-ci ayant déjà évolué de 23 à 36% entre 1984 et 1999) [1], nous pouvons supposer que la prise en charge gynécologique des femmes par leur médecin traitant va augmenter.

Cependant, comme nous l'avons remarqué, les femmes ont une activité de médecine générale plus faible que leur confrères, elles ne seront donc pas suffisantes pour assurer ces suivis.

La place des médecins généralistes masculins reste donc primordiale dans le suivi gynéco-obstétrique des femmes.

### **~ Les jeunes médecins généralistes réalisaient plus d'actes de gynécologie que leurs aînés :**

La part de GO dans l'activité globale des médecins généralistes était différente selon l'âge des médecins généralistes de l'étude.

Nous remarquons que pour les plus jeunes médecins, âgés de 30 à 39 ans, la part d'activité de GO se situait à plus de 10% de leur activité globale pour 63,2% d'entre eux. Les médecins âgés de plus de 40 ans, en revanche, réalisaient moins de 10% d'actes de GO dans leur majorité.

Mais la seule différence statistiquement significative ne concernait que deux générations de médecins: les médecins âgés de moins de 40 ans avaient une part d'activité de GO plus importante que celle de leurs confrères âgés de 40 à 49 ans (**Figure 11**).

Cette dernière génération de médecins correspond à une époque où les gynécologues étaient plus nombreux, ils ont donc peut-être été moins sollicités dans le domaine de la GO.

Nous nous attendions à retrouver ces résultats dans les figures 12 et 13 où nous avons analysé la part de GO dans l'activité des médecins par rapport à leur durée d'installation. Mais la seule différence significative se situait cette fois entre les plus jeunes médecins installés de l'étude (moins de 10 ans) et les plus anciennement installés (plus de 30 ans). Ces derniers avaient une part d'activité de GO moindre.

Il n'y avait pas de différence significative entre les plus jeunes installés et les médecins installés depuis 10 à 30 ans.

Dans les deux cas, les jeunes médecins se distinguaient par leur implication dans le domaine de la gynécologie : leur formation serait peut-être plus importante dans ce domaine qu'à l'époque de leurs confrères, les rendant plus à l'aise avec cette discipline.

Ces résultats sont différents de ceux de la thèse de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal en 2006. Elles ne retrouvaient pas de différence significative selon l'âge. Mais cette thèse n'évaluait l'activité de GO que par la pose de spéculum [19].

Dans le travail de thèse d'Anne Ména réalisé en 2001 auprès de 947 médecins de Haute Garonne et des Hautes Pyrénées, l'activité gynécologique la plus importante revenait aux médecins de plus de 50 ans [30].

En huit ans, l'amélioration de la formation universitaire en GO serait-elle responsable d'une plus grande activité de ces jeunes médecins dans ce domaine ?

Cette hypothèse serait confortée par le travail de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal en 2006. Celles-ci se sont intéressées à l'évolution de l'activité de GO des généralistes: pour les moins de 40 ans, celle-ci était en hausse et celle des plus de 60 ans en baisse, ce que nous n'avons pas analysé [19].

**~ L'activité de GO des généralistes ne dépendait ni de leur milieu d'exercice ni de la distance les séparant d'un gynécologue :**

Nous pouvions penser que la part d'actes de GO des médecins exerçant en milieu rural ou semi-rural serait plus importante du fait de la plus faible densité de gynécologues, mais nous n'avons trouvé aucune différence significative entre leur activité de GO et le milieu dans lequel ils exerçaient (**Figure 15**).

Mais la proportion de médecins de notre échantillon exerçant dans ces milieux était trop petite (18%) pour pouvoir permettre des résultats concluants (**Figure 4**).

Dans le travail de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal [19]., cette proportion était plus importante (61,7% des médecins de leur étude exerçaient en milieu rural ou semi-rural), ce qui n'a pas permis non plus de retrouver de différence statistiquement significative.

En 2001, Anne Ména, démontrait que les médecins exerçant en milieu montagnard pratiquaient moins la gynécologie que les médecins citadins ou ruraux ce qui contredit une fois de plus notre hypothèse [30].

Aussi, le fait d'être éloigné d'un gynécologue n'a pas d'influence sur l'activité de GO des généralistes de notre enquête.

Ces constats peuvent paraître inquiétants à la vue du manque d'attrait des jeunes installés pour les régions déficitaires en médecins. Si ces zones restent encore déficitaires dans les prochaines années, les seuls médecins en exercice verront probablement leur activité de médecine générale augmenter, ne leur permettant pas d'assurer tous les suivis gynécologiques de leurs patientes.

**~ Le secteur d'activité des médecins n'influçait pas sur l'activité de GO des médecins généralistes (Figures 16 et 17) :**

Que les médecins généralistes soient en secteur 1 ou 2 cela n'influçait pas sur leur pratique de gynécologie : 26% des généralistes exerçant en secteur 1 faisaient plus de 10% d'actes de Go contre 23% des généralistes exerçant en secteur 2.

Cette question financière de la pratique de la GO par les médecins généralistes sera abordée dans la suite de notre discussion.

## **b- Les motifs de consultation de GO**

Cette partie de notre travail consistait à décrire globalement l'activité gynécologique des médecins interrogés : quelles sont les raisons de consultation gynécologique de leur patientes et dans quelles circonstances elles décident de consulter ? Quels sont les thèmes gynécologiques les plus abordés au sein de leur cabinet ? Pratiquent-ils des actes gynécologiques de base tels que la pose de spéculum ou les touchers vaginaux essentiels à la suite de la prise en charge ?

Enfin, nous tenterons de comprendre ce qui limite l'activité des médecins pratiquant peu ou pas de gynécologie.

Selon une étude menée par l'Observatoire Thalès entre juillet 1998 et juillet 1999 [31], menée au près de 620 médecins, le nombre moyen de consultation pour motif gynécologique chez le médecin généraliste était de 3,6 par femme et par an. Les 3 thèmes les plus souvent abordés étaient :

- La contraception (35,0%) ;
- La ménopause (23,8%) ;
- La grossesse (18,1%).

Une autre source de données, le panel EPPM (Étude Permanente de la Prescription Médicale) [32], étudie le type de médecin consulté en ville par état de santé ; si la majorité des actes en gynécologie sont réalisés par les gynécologues, la part prise en charge par le médecin généraliste reste notable et concerne essentiellement :

- La ménopause et ses conséquences (52% par le généraliste et 46% par le gynécologue) ;
- La contraception (37,9% par le généraliste et 61,4% par le gynécologue) ;
- Les IST (Infection Sexuellement Transmissible) (43,7% par le généraliste et 53,7% par le gynécologue).

Dans notre étude, nous avons voulu détailler davantage ces motifs de consultations par des symptômes gynécologiques : les douleurs pelviennes sources de consultation pouvant regrouper diverses pathologies gynécologiques ainsi que l'aménorrhée ou les métrorragies.

Les 3 motifs de consultation les plus fréquemment abordés par nos médecins interrogés étaient (**Tableau 7**):

- La contraception (84,7%) ;
- Les douleurs pelviennes (42,4%) ;
- Les pathologies infectieuses (35,7%).

Par rapport aux études précédentes, nous retrouvons la place prépondérante du généraliste dans la prise en charge de la Contraception et des IST.

En revanche, nos résultats ne concordent pas dans l'ordre de fréquence des consultations pour grossesse et ménopause ; alors que dans les deux études précédentes la prise en charge de la ménopause était plus fréquente que celle des grossesses, nos médecins étaient plus nombreux à suivre des grossesses (28,4%) que les problèmes liés à la ménopause (23,8%).

Dans sa thèse réalisée à Toulouse en 2001, Anne Ména retrouvait aussi comme motifs de consultation en GO par ordre croissant: les infections, la ménopause et la contraception [30].

Les consultations de gynécologie par le médecin généraliste sont le plus souvent secondaires à une demande de la patiente (82,1% des médecins interrogés) **(Tableau 6)**.

52,9% des consultations de nos médecins sont proposées dans le cadre d'un suivi régulier gynécologique.

Dans le travail de Maria Dominique réalisé à Nice en 2004 [33]. Celle-ci remarquait également que dans 84% des cas, les consultations de GO étaient effectuées à la demande de la patiente, et dans seulement 27% des cas il s'agissait d'un suivi proposé par le médecin traitant.

Cela peut être différent si l'on interroge les femmes sur leur motif de consultation gynécologique chez le généraliste.

C'est ce qu'ont démontré plusieurs études, notamment celle d'Audrey Delannoy Eglinger en 2009 à Toulouse [29], 82% des femmes interrogées consultaient leur médecin généraliste en cas d'urgence gynécologique.

Dans une autre étude menée en Loire Atlantique [34], cela concernait 59% des patientes interrogées.

La connotation d'«urgence gynécologique» n'a peut-être pas la même signification entre les patientes et le médecin généraliste : les femmes surestimeraient la part de consultations en urgence ; les médecins incluraient plus de motifs de consultations gynécologiques dans l'item «à la demande de la patiente».

Les urgences gynécologiques étant également une consultation sur demande de la patiente, cet item peut avoir été mal compris.

### **c- L'examen gynécologique (poses de spéculum et touchers vaginaux)**

Gestes incontournables de l'examen gynécologique, la pose de spéculum et le toucher vaginal sont des gestes enseignés au cours de la formation des médecins généralistes. Leur pratique est limitée à certaines indications comme le suivi de grossesse, dépistage d'IST, réalisation des frottis de dépistage du cancer du col...et restent des outils diagnostiques auquel le médecin doit pouvoir avoir recours en cas de besoin.

Nous avons interrogé les médecins d'Île-de-France sur leur pratique ou non de ces gestes techniques dans leur cabinet : 74,5% d'entre eux pratiquaient ces gestes sans différence significative ni selon le sexe ni selon l'âge des médecins (**Tableaux 8 et 9**).

Dans son travail, Audrey Delannoy Eglinger [29], retrouvait une différence significative entre les sexes : les femmes réalisaient 4,9% de poses de spéculum par semaine contre 2% pour les hommes. Il n'y avait pas de différence significative selon leur âge.

### **d- La faible activité de gynécologie de certains médecins (Tableau 10)**

Nous reprendrons dans cet item les remarques également faites par les médecins généralistes en fin de questionnaire.

60% des médecins de l'étude se sont sentis concernés par cette question et estiment donc leur activité en gynécologie faible ou nulle : nous leur en avons demandé les raisons :

#### **~ La présence de gynécologues à proximité**

C'est le premier argument avancé par 72,6% des médecins et quelque soit leur sexe. Comme nous l'avons remarqué précédemment ce phénomène peut-être lié au fait que notre questionnaire ait été réalisé en IDF, région de forte concentration en gynécologues.

La majorité (55,5%) de nos médecins se situait à moins de 1km d'un gynécologue et 30% entre 1 et 5km (**Figure 6**).

Cette distance n'intervenait pas de manière significative sur la part d'activité de GO des médecins de notre étude.

### ~ Le manque de temps

Cité par 30,5% des généralistes en deuxième position; les femmes l'ayant cité plus souvent que les hommes (40,7% contre 26,4%).

Cette différence de proportion entre les sexes paraît surprenante lorsque l'on compare leur activité de médecine générale : les femmes qui étaient proportionnellement celles qui faisaient le moins d'actes par semaine (**Figure 7**), étaient celles qui se plaignaient le plus du manque de temps pour faire davantage de GO.

Mais le nombre d'actes ne reflétant pas forcément le nombre d'heures de travail de ces médecins, cela nous pousse à nuancer cette remarque.

Selon l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) [35], les médecins généralistes déclarent travailler entre 52 et 60 heures par semaine.

Nous n'avons pas interrogé les médecins généralistes sur cet item, ni sur le temps consacré à une consultation de gynécologie par rapport à celui d'une consultation en médecine générale.

Selon une étude menée en Octobre 2009, par la DREES (Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) [36], la durée moyenne d'une consultation de médecine générale est de 16 minutes contre 20 minutes pour le gynécologue. Ce qui peut sembler peu différent.

Mais les motifs de consultation en médecine générale sont souvent multiples [37], et aborder un problème supplémentaire de gynécologie nécessiterait davantage de temps.

Le médecin désireux de faire de la gynécologie devrait donc prévoir une consultation centrée sur le motif gynécologique, réorganiser son temps de travail et éduquer les patientes à consulter pour cela.

## **~ Le manque de formation**

27,3% des médecins ont coché l'item «manque de formation» et il a été cité par 6 médecins en commentaires libres à la fin de leur questionnaire.

26% des femmes ayant répondu à cette question l'on signalé contre 28% des hommes. Cela n'est pas une différence significative.

Dans sa thèse, Noémie Mauran [15] constatait que 80% des médecins interrogés étaient insatisfaits de leur apprentissage pratique.

Comme dans notre étude, certains médecins soulevaient le manque d'aisance dans les gestes techniques gynécologiques (frottis, pose de stérilet...) mais aussi un manque de compétences dans certains domaines (ménopause citée une fois).

Ils accusaient leur manque de formation universitaire voire post-universitaire («manque de FMC en gynécologie»).

Dans le travail de Noémie Mauran [15] et dans le nôtre, certains médecins avaient enrichi leur formation eux-mêmes «sur le terrain» ou par des stages spontanés en gynécologie, lecture de presse médicale voire inscription à un Diplôme Inter-Universitaire.

Il paraît donc nécessaire d'améliorer la formation universitaire des médecins généralistes :

- par exemple, par le biais d'un stage obligatoire de gynécologie pendant l'internat en plus de celui de pédiatrie, car actuellement les étudiants doivent choisir entre ces deux stages ou sont très peu nombreux à pouvoir réaliser un trimestre de chaque.
- nous pourrions également augmenter le nombre de places disponibles en stage de SASPAS, avec notamment plus de formation en PMI, et créer de nouveaux terrains de stages comme un travail avec des sages femmes, un stage de gynécologie ambulatoire...

## **~ Le manque de demande de consultations gynécologiques**

Cet argument a été cité par 26,3% des médecins mais plus fréquemment par les hommes (30,9% d'entre-eux) que les femmes (14,8% d'entre-elles).

Cette différence entre les sexes rejoint probablement le problème de la gestion de l'intime dans la relation médecin-malade : les femmes préférant peut-être se faire examiner par un praticien de même sexe.

Cette question sera abordée plus loin dans notre discussion.

Ce manque de demande pourrait s'expliquer notamment par une plus forte densité de gynécologues en Île-de-France comme nous l'avons notifié.

Selon les motifs de consultation, les femmes choisissent préférentiellement de consulter un gynécologue, notamment pour le suivi de grossesse ou les problèmes de stérilité. Les consultations pour contraception sont dans deux tiers des cas effectuées par le généraliste qui assure probablement plus souvent un suivi que l'initiation du traitement réalisée, elle, par le gynécologue [32].

Un médecin dans notre étude a soulevé le problème de la possible ignorance des femmes quant aux compétences gynécologiques de leur médecin généraliste («les idées reçues des patientes, des journalistes et presse féminine quant aux compétences des généralistes»).

Ce ressenti des femmes a été analysé par une étude réalisée par l'institut BVA [38]: «Seules 20% des femmes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique et que les gynécologues sont de moins en moins nécessaires», «les préférences pour un suivi gynécologique sont liées avant tout aux compétences du gynécologue (46%) et à la confiance qu'il inspire (29%)».

Ainsi, il semblerait nécessaire de diffuser de façon publique, une meilleure information aux patientes quant au rôle que peut tenir le médecin généraliste dans leur suivi gynécologique. Le praticien doit aussi manifester ses compétences de façon plus claire.

La possibilité de consulter un médecin généraliste en première intention, n'exclut pas pour autant la possibilité de consulter en deuxième intention un gynécologue, capable de résoudre des problèmes complexes et spécialisés [37].

## ~ Le manque d'intérêt pour la gynécologie

Avancé par 23,1% des médecins et plus fréquemment par les hommes (26,4%) que les femmes (14,8%).

Ce manque d'intérêt pourrait s'expliquer par un manque d'aisance des praticiens du fait d'un manque de formation. Peu en confiance, ils se démotiveraient plus facilement pour cette discipline.

Aussi, les femmes se sentant plus concernées par le sujet, y porteraient plus d'intérêt que les hommes.

Mais devant le déficit annoncé de leurs confrères gynécologues ces médecins ne seront-ils pas amenés à devoir faire davantage de gynécologie ?

## ~ Un frein financier

10 médecins ont signalé la contrainte financière.

La consultation d'un médecin généraliste en secteur 1 s'élève à 22 euros.

Quelques actes de gynécologie sont cotés par l'Assurance Maladie au cabinet de médecine générale [39]: il s'agit du prélèvement cervico-vaginal (pour frottis) rémunéré à 9,64 euros, la pose ou le changement de DIU rémunérés à 38,40 euros et la pose d'implants contraceptifs sous-cutanés rémunérée à 14,47 euros.

Hormis ces actes, aucune cotation n'a été prévue.

Comme le médecin généraliste ne peut coter qu'un seul acte sur sa feuille de soin, on comprend donc, qu'hormis la pose d'un DIU, l'acte de gynécologie soit peu rentable car inférieur au prix d'une consultation de médecine générale en secteur conventionné.

La consultation d'un spécialiste gynécologue s'élève à 28 euros selon les tarifs applicables au 1<sup>er</sup> Juillet 2007. Mais en 2006 [40], 52,9% des gynéco-obstétriciens réalisaient des dépassements contre 8,1% seulement des généralistes.

Ainsi nous aurions pu penser que les généralistes réalisant le plus d'actes de gynécologie seraient ceux qui exerçaient en secteur 2 non conventionné, mais cette idée n'est pas fondée puisque nous n'avons pas trouvé de différence significative entre l'activité de GO et le secteur d'activité des praticiens.

On comprend donc que l'activité de gynécologie des médecins généralistes soit considérée comme «peu rentable», d'autant plus que le temps nécessaire à ce type de consultation est plus long.

Pour valoriser ces actes de gynécologie, des cotations plus appropriées par l'Assurance Maladie seraient souhaitables ; ou peut-être une rémunération forfaitaire annuelle pourrait être donnée aux médecins réalisant une activité importante de gynécologie. Encore faudrait-il pouvoir trouver un moyen de quantifier cette activité...

### **~ Le sexe du médecin**

Cité 5 fois, en commentaires libres en fin de questionnaire, le sexe du médecin peut être un frein à l'activité de gynécologie : les patientes se sentiraient gênées d'être examinées par un homme.

Dans une étude menée en 2004 auprès de 22 médecins [41], la quasi-totalité des généralistes était persuadée que les patients qui souhaitaient aborder des questions concernant leur santé sexuelle, préféreraient consulter un médecin du même sexe qu'eux. En revanche, tous les médecins n'étaient pas en difficulté pour aborder la sexualité. La moitié des généralistes ne citait pas leur sexe comme barrière pour aborder ce sujet.

Le choix du praticien n'est pas libre en Grande-Bretagne, un travail en 1998 a d'ailleurs mis en évidence que la moitié des femmes ayant un généraliste homme préférait avoir un généraliste femme [42].

Selon des entretiens menés par la sociologue Laurence Guyard [43], il en ressort que «si 58% des femmes interrogées font le choix d'une gynécologue, 34% préfèrent s'adresser à un gynécologue homme». Or dans les deux cas, la motivation mise en avant est la même : «je me sens plus à l'aise», «L'idée selon laquelle une patiente se sentirait plus à l'aise face à un médecin femme est à nuancer».

La gêne ressentie par la patiente ne serait-elle pas surestimée par le médecin généraliste ? Cette gêne ne traduirait-elle pas plutôt celle du médecin généraliste ?

~ **Les contraintes médico-légales** ont été citées 5 fois

Au centre de nombreuses revendications récentes des gynécologues-obstétriciens, les responsabilités médico-légales sont à l'origine de cotisations d'assurances très élevées pour ces spécialistes.

Ces responsabilités ont été soulevées le 30 Janvier 2009 lors d'une Journée CEGOP (Cercle d'Étude des Gynécologues-Obstétriciens du Parc) intitulée «Droit et justice en Obstétrique» [44].

Mais ce problème judiciaire concerne essentiellement la pratique de l'obstétrique ce qui n'est qu'un aspect de l'activité de gynécologie.

Le médecin généraliste doit pratiquer la gynécologie dans les limites de ses connaissances et de ses capacités, il orientera vers ses confrères les cas complexes qu'il gère moins en ville. Si cela est respecté, le généraliste encourrerait très peu de risques médico-légaux. En aucun cas, il ne doit se substituer au gynécologue-obstétricien.

~ **Le manque d'équipement adéquat** a été cité une fois

Nous ne l'avions pas proposé comme item puisque nous partions du principe qu'un médecin réalisant peu d'actes de gynécologie serait de toute façon peu équipé pour les faire.

Ce matériel comprend aussi bien une table d'examen appropriée que du petit outillage (spéculum, kit de frottis, matériel de prélèvement vaginal stérile, pinces...).

Dans sa thèse, Noémie Mauran [15], soulève également le coût du matériel nécessaire aux actes de gynécologie. 66% des médecins de son étude seraient favorables à la création d'une centrale d'achat qui permettrait une baisse des coûts.

M.F le Goaziou, dans une enquête réalisée en 2003 dans l'Ain [45], faisait état de 91% de médecins équipés de matériel d'examen gynécologique, 92% d'entre eux l'utilisant souvent ou parfois. Ces résultats élevés se distinguaient de ceux rapportés par C.Toullec-Petit dans les Yvelines [46], où 55% seulement des médecins possédaient ce matériel.

Il semblerait donc à la vue de ces résultats que les généralistes soient tout de même équipés pour faire des actes de gynécologie mais cela est sans doute dépendant de leur intérêt pour la gynécologie et donc de leur activité.

### **3) Dépistage et prévention**

Au deuxième rang des motifs de consultations lors de la dernière semaine des médecins interrogés se trouvaient le dépistage et la prévention, domaines incontournables du médecin généraliste (**Figure 23**).

En gynécologie, cette mission concerne essentiellement le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein.

Nous avons donc interrogé les médecins sur leur pratique des actes reconnus comme indispensables pour dépister et prévenir ces maladies.

#### **a- Le cancer du col de l'utérus**

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme au monde avec près de 493 000 nouveaux cas estimés en 2002 et plus de 500 000 en 2005.

Le cancer du col de l'utérus a causé en 2005 près de 260 000 décès dont près de 95% dans les pays en voie de développement, pays dans lesquels ce cancer est la première cause de mortalité par cancer dans la population féminine.

En France, le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme pour le nombre d'incidents avec près de 3070 cas estimés pour l'année 2005. Le pic de l'incidence est à 40 ans.

Il est aussi le quinzième cancer chez la femme pour le nombre de décès avec près de 1070 décès estimés pour 2005. Le pic de mortalité étant à 50 ans [47].

En Île-de-France, les taux d'incidence standardisés des cancers du col et du corps de l'utérus sont de même niveau qu'au niveau national en France. Ce taux est en légère baisse depuis 20 ans. On note 606 cas de cancers du col de l'utérus en 2003 dans cette région.

Le taux comparatif par cancer de l'utérus (col, corps et non précisé) varie dans les départements franciliens de 7,3 décès pour 100 000 dans les Yvelines à 9,1 dans le Val d'Oise, mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives [48].

## ~ Le frottis cervico-vaginal (FCV)

La place du FCV n'est plus à démontrer, celui-ci ayant fait la preuve de son efficacité dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, entraînant un recul considérable de son incidence et de la mortalité qui lui est imputée.

L'HAS recommande ce dépistage chez les femmes entre 25 et 65 ans selon son rythme triennal, après 2 frottis normaux à un an d'intervalle. Ces recommandations s'appuient sur la conférence de consensus de Lille de 1990 [49], et sur les publications successives de l'HAS [50].

Dans notre étude, 61% des médecins ne réalisaient pas de frottis cervico-vaginaux. Cependant, 56% des femmes ayant répondu à cet item en réalisaient contre 28% des hommes, ce qui était significativement différent (**Tableau 11**).

Dans son travail, Magali Costes, retrouve des résultats tout aussi alarmants [19] : 37,5% des médecins généralistes effectuaient des frottis régulièrement et 62,5% ne l'effectuaient qu'exceptionnellement ou jamais. Même constat selon le sexe : 67,4% des praticiennes effectuaient régulièrement des frottis contre 31,9% des hommes interrogés.

Nous retrouvons les mêmes constatations dans les travaux de Maria Dominique en 2004 à Nice [33], et Céline Claudon en 2007 à Montpellier [52].

L'étude «Gynécologie et santé des femmes : état des lieux et perspectives en 2020», rapportait que 90% des FCV étaient réalisés par les gynécologues et que le nombre de médecins généralistes qui en faisaient était en constante diminution [1].

Une fois de plus la gestion de l'intime par les généralistes hommes peut intervenir.

De même, la femme médecin se sentirait peut-être plus concernée par le cancer du col et serait donc plus sensibilisée à la réalisation des frottis cervicaux.

Nous n'avons pas établi de différence significative dans la réalisation des frottis en fonction de l'âge des médecins ni leur durée d'installation (**Figure 18**). Ce que nous n'ont pas pu démontrer également nos consœurs cités précédemment dans leur travail.

Cependant certaines études ont pu démontrer que la distance avec le gynécologue pouvait avoir un lien significatif avec la réalisation des frottis, ce que nous n'avons pu établir en Île-de-France.

En effet, dans son travail Maria Dominique démontrait que les médecins les plus éloignés des cabinets de gynécologies pratiquaient plus de FCV (63% des médecins exerçant à plus de 30 min d'un gynécologue) [33].

Le milieu d'exercice n'a pas été démontré comme influençant la réalisation ou non des FCV. Nous aurions pu penser qu'en milieu rural, les gynécologues étant moins nombreux, cela contraindrait les généralistes à faire davantage de gestes techniques.

Il n'y avait aucun lien significatif retrouvé non plus dans la thèse de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal **[19]**.

Pourtant, dans un article paru en Décembre 2003, sur «L'équipement du cabinet médical», d'après une enquête menée auprès de 403 médecins de l'Ain par le docteur M.F le Goaziou, les médecins généralistes possédant le plus de matériel d'examen gynécologique sont ceux exerçant en milieu rural et semi rural.

On s'attendrait donc à ce que leur activité gynécologique soit plus importante.

Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que notre étude comportait essentiellement des médecins exerçant en milieu citadin. Mais Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal dans leur thèse réalisée dans la région Midi-Pyrénées ne présentaient pas ce biais et concluaient pourtant à la même chose **[19]**.

Comment comprendre alors que les médecins généralistes fassent si peu de frottis malgré son rôle reconnu dans le dépistage du cancer du col ?

- Notre première hypothèse rejoint des remarques citées en fin de questionnaire, sur le fait que ces médecins n'en réalisent peut être pas du fait de laboratoires qualifiés à proximité. Cela leur permettrait ainsi un gain de temps.

Le frein financier pour les actes de gynécologie, mal rémunérés pour le temps consacré pourrait aussi limiter leur pratique de FCV.

- Les médecins généralistes ne sont peut être pas suffisamment formés à en faire ou, ne le pratiquant pas régulièrement, perdent l'aisance à les réaliser.

Certains médecins de notre étude avaient signalé ce manque de pratique.

Pourtant, pour la pratique des frottis il n'y a pas de différence de qualité entre ceux réalisés par les généralistes et ceux réalisés par les spécialistes **[53]**. Ces médecins devraient-ils participer davantage à des FMC sur le sujet afin de compléter leurs connaissances ?

Dans sa thèse, Céline Claudon, remarquait que le fait d'avoir fait des FMC n'améliorait pas la qualité de la pratique ou la connaissance des recommandations sur le frottis **[52]**.

Il y aurait sans doute un manque d'enseignement pratique dans ces formations.

Dans notre étude, nous retrouvions également une différence significative ( $\chi^2=4,14$  et  $ddl=1$ ) : 53 % des médecins réalisant des frottis participaient à des FMC alors que 64% des médecins n'en réalisant pas, n'y participaient pas.

Comment expliquer ce phénomène ?

- L'attrait différent des médecins généralistes pour la gynécologie les inciterait différemment à participer à des formations complémentaires sur le sujet.

- Nous pouvons également évoquer le frein financier. La rémunération prévue par l'Assurance Maladie pour cet acte (coté JKHD001) d'une valeur de 7,97 euros semble dérisoire par rapport au temps. Le matériel qui est fourni par les laboratoires n'est pas à la charge des médecins.

Il est donc nécessaire de revaloriser cet acte par le généraliste, voire de l'inclure au sein d'une consultation globale de dépistage ou lors d'un dépistage organisé avec gratuité du matériel pour le médecin, ce que proposait également Céline Claudon dans son travail [52].

- Le manque de temps et la surcharge de travail du médecin généraliste, reste une limite importante à la réalisation de ces actes. Les médecins généralistes déléguant alors, lorsqu'ils le peuvent, aux laboratoires de proximité ou à leurs confrères gynécologues.

### ~ Le vaccin anti-HPV

L'infection persistante par un HPV à haut risque oncogène est considérée comme la cause principale du cancer du col utérin. Ce virus est sexuellement transmissible et souvent contracté lors des premiers rapports sexuels. La prévalence de l'infection à HPV à haut risque oncogène est très dépendante de l'âge : élevée avant 30 ans, elle diminue ensuite progressivement avec l'âge avec un pic vers 45-49 ans. Toutefois, il existe des variations de la prévalence selon l'âge entre les pays: il semble qu'en France le pic de prévalence soit à 20-24 ans (19,4 %), comme ce qui est montré aux USA et au Canada. La prévention de la transmission est très difficile : les méthodes de contraception dites de barrière (préservatif par exemple) ne sont que partiellement efficaces car le virus peut être présent sur la plupart de la zone ano-génitale (y compris sur des zones non protégées par le préservatif) et il peut demeurer pathogène pendant des années. Cependant, l'utilisation du préservatif diminue de façon significative la fréquence des infections cervicales et vulvo-vaginales par les HPV [47].

Les huit HPV les plus fréquemment responsables du cancer invasif du col de l'utérus en France sont par ordre de fréquence : 16, 18, 31, 33, 68, 45, 52 et 58. Gardasil® est le premier vaccin destiné à la prévention des infections par les papillomavirus humains. Il protège contre les maladies dues aux HPV des types 6, 11, 16 et 18 : dysplasies de haut grade du col de l'utérus (CIN 2/3), dysplasies de haut grade de la vulve (VIN 2/3) et verrues génitales externes (condylomes acuminés). 70 % des cancers du col de l'utérus sont liés à ces virus : leur prévention est attendue, mais non démontrée. Le vaccin ne peut donc prévenir les 30 % de cancers du col liés aux autres types d'HPV [54].

Cervarix® est un autre vaccin plus récent (AMM obtenue en septembre 2007), mais celui-ci ne protège que contre les maladies liées au HPV des types 16 et 18.

Ces vaccins n'ont aucune efficacité thérapeutique et ne protègent pas les femmes déjà infectées. Selon l'avis rendu le 9 mars 2007 par le Comité Technique des Vaccinations et le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, il est recommandé de vacciner les jeunes filles afin de les protéger avant qu'elles ne soient infectées.

Le vaccin anti-HPV est ainsi proposé pour les jeunes femmes de 14 à 23 ans n'ayant pas eu de rapport sexuel ou ayant débuté une sexualité dans l'année.

Ce vaccin a obtenu l'AMM le 20 Septembre 2006 et neuf mois après, le remboursement par la Sécurité Sociale.

On peut attendre de ce vaccin une réduction du taux de morbidité à court terme ; mais les conséquences à long terme de son utilisation ne sont pas connues. On ne connaît pas bien encore la protection au long cours de ce vaccin (nécessité d'un rappel ?).

La place du frottis reste primordiale, car malgré cette vaccination la couverture contre les HPV responsables des cancers du col de l'utérus est incomplète. Donc le dépistage régulier des femmes même vaccinées est de rigueur et suit les mêmes recommandations qu'en dehors de toute vaccination.

Dans notre étude, 95,2 % des médecins généralistes prescrivaient le vaccin anti HPV (**Tableau 11**).

Ils semblaient donc être sensibilisés par le sujet.

Dans son travail sur «La vaccination HPV : perception et pratique des médecins de la région Rhône-Alpes» réalisée en 2008, Delphine Magnin s'est intéressée à la réalisation de ce vaccin par les gynécologues, les médecins généralistes et les pédiatres [55].

69,6% d'entre eux avaient déjà vacciné à 1 an de la mise sur marché, et essentiellement les généralistes.

14,8% des médecins de son étude étaient considérés comme «attentistes», et seulement 1,6% opposés.

Une bonne diffusion des informations sur ce vaccin ainsi que de son utilité auprès des patientes peut également être à l'origine d'une plus grande sensibilisation des patientes concernées, facilitant ainsi le travail de prévention de la médecine générale.

## ~ Synthèse

Le frottis cervico-vaginal reste l'examen indispensable pour le dépistage de masse du cancer du col de l'utérus.

Le médecin généraliste a un rôle reconnu par tous les experts dans la réalisation des frottis, dans le but d'étendre le dépistage à l'ensemble de la population féminine française [56]. Le généraliste touche une large population et est écouté par ses patients. Il est donc bien placé pour faire du dépistage et s'assurer de la réalisation des examens [57].

Trois ans après la mise sur le marché du Gardasil®, les médecins généralistes d'Île-de-France semblent prescrire ce vaccin. Le premier bilan de l'AFSSAPS réalisé en juillet 2008, ne remet pas en cause le rapport bénéfice risque du vaccin [58].

Les espoirs de diminuer l'incidence de ce cancer persistent.

## **b- Le cancer du sein**

Première cause de cancer féminin en France avec 49 814 nouveaux cas estimés en 2005, le cancer du sein représente un réel problème de santé publique.

Il se situe, tous sexes confondus au deuxième rang de tous les cancers, après le cancer de la prostate.

Le taux d'incidence standardisé à la population mondiale est de 101,5 pour 100 000 personnes. Ce taux d'incidence augmente de façon importante et constante depuis 25 ans et a presque doublé entre 1980 (56 ,8 pour 100 000) et 2005.

En Île-de-France, ce taux d'incidence est plus élevé que la moyenne en France (en 2003 : 95 cas pour 100 000 femmes dans la région contre 89 en France) [48].

Le cancer du sein est la première cause de décès par cancer chez la femme, avec 11 201 décès par an. En 2005, le taux de mortalité standardisé à la population mondiale était de 17,7 pour 100 000 personnes.

La mortalité qui est restée stable depuis 1980, amorce une décroissance en 2000 : soit -0,4% en moyenne sur l'ensemble de la période 1980-2005 alors qu'il affiche -1,3% sur la dernière période 2000-2005 [59].

En Île-de-France, Paris et l'Essonne présentent une surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale en 1999-2001. Au cours des années 1990, la mortalité par cancer du sein a régulièrement baissé dans le département du Val d'Oise. Ce département a été le premier de la région, en 1991, à mettre en place une campagne de dépistage organisé du cancer [48].

Avec des taux de survie relative à 1, 2 et 3 ans de respectivement 97%, 90% et 85%, ce cancer est de bon pronostic. Les études épidémiologiques ont montré l'importance du diagnostic précoce.

Actuellement il n'existe pas de prévention primaire, c'est-à-dire de mesures capables d'empêcher sa survenue, car les facteurs en cause ne sont pas modifiables. En revanche, il est possible grâce à la mammographie de dépister le cancer du sein précocement (prévention secondaire).

Ce dépistage peut être de masse (proposé à l'ensemble de la population cible concernée), ou individuel (proposé à l'occasion d'un contact avec un professionnel de santé).

En France, une campagne de dépistage organisé a été mise en place fin 1989 par la CNAM des travailleurs salariés, chez les femmes de 50-59ans. Ce programme national s'est progressivement implanté, département par département, et atteint son objectif d'une couverture généralisée du territoire français en Janvier 2004.

Depuis 2000 et conformément aux recommandations HAS, ces programmes s'adressent aux femmes de 50 à 74 ans. Il consiste en une mammographie à 2 incidences tous les 2 ans, avec 2 lectures des clichés par 2 radiologues différents.

Le dépistage individuel quant à lui, a connu en France un développement explosif depuis une dizaine d'années.

Les acteurs principaux de ce dépistage sont essentiellement les gynécologues et les généralistes.

Le généraliste n'agit pas en tant que curateur mais coordinateur du dépistage et du suivi du cancer du sein. Sa proximité avec les patientes lui permettra de soutenir sa patiente et l'aider dans sa réinsertion sociale.

Il est de leur ressort de proposer de façon systématique à toute femme de 50 à 74 ans un suivi mammographique tous les 2 ans. La palpation mammaire est également un bon examen de dépistage permettant de poser l'indication d'une mammographie devant toute suspicion de masse dans le sein.

### ~ La palpation mammaire

L'examen des seins fait partie de l'examen clinique gynécologique de la femme. Sa sensibilité pour le dépistage est de 54% et sa spécificité est de 94% environ. Il peut permettre de détecter de façon précoce une tumeur du sein ou des cancers à croissance rapide passés inaperçus entre deux mammographies (10%) [60].

Cette palpation permet également la surveillance post-thérapeutique.

Des études ont montré qu'une formation spécifique à l'examen mammaire améliore ses performances et que la durée moyenne pour l'examen d'un sein de taille moyenne est de 3 minutes [61].

Dans notre étude, 94% des médecins réalisaient ce geste, et ce, quelque soit leur sexe et leur âge. Il semblerait que cet examen clinique fasse bien partie de leurs habitudes (**Tableau 11**).

Nous n'avons cependant pas demandé à ces médecins la fréquence de cet examen. Dans sa thèse réalisée à Nantes en 2004, «Gynécologie médicale et médecine générale» [34], Sandrine Humeau-Aubin a questionné les médecins généralistes sur leur savoir faire dans la pratique de cet examen : 100% ont répondu le faire avec aisance.

## ~ La mammographie

Examen clé du dépistage organisé, la mammographie est proposée de manière systématique à toute femme de 50 à 74 ans. Le médecin généraliste doit soutenir cette prescription, et l'élargir en fonction des facteurs de risques présentés par ses patientes.

Au décours de notre enquête, 98,8% des généralistes prescrivaient cet examen en IDF sans différence significative selon leur âge (**Tableau 11**).

Aucune évaluation de leur bonne pratique selon les recommandations n'a été faite dans notre travail.

Dans leur thèse réalisée à Toulouse, Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal comptaient 83,2% de médecins proposant de façon systématique une mammographie (en dehors du dépistage organisé) [19].

A Nice, le travail de Maria Dominique [33], retrouvait 99% de médecins prescrivant cet examen.

## ~ Synthèse

Selon un communiqué de presse du 6 Avril 2009 de l'INVS [62], les taux de participation au dépistage organisé pour la période 2007-2008, étaient de moins 40% en IDF contre plus de 60% dans d'autres régions (Aquitaine, Bretagne, Champagne-Ardenne, Limousin et Pays-de-la-Loire).

Le département de Paris se caractérise par le taux de participation au dépistage organisé le plus faible (27,1%).

Il est donc particulièrement important de convaincre les femmes qui ne font jamais de mammographie, mais également celles qui en font en dehors du programme et qui ne profitent pas de la qualité offerte par le dépistage organisé accessible gratuitement.

En effet, un nombre encore trop important de mammographies se fait en dehors du programme organisé (au moins 10% de la population cible).

A travers notre étude, il semblerait que les médecins d'Île-de-France soient impliqués dans le dépistage du cancer du sein.

Mais les chiffres inquiétants du dépistage organisé de la région, rendent compte de l'importance du rôle du médecin généraliste. Il pourra, de part sa proximité avec ses patientes, améliorer l'adhésion de celles qui échappent au dépistage de masse.

#### **4) La contraception**

Il s'agissait du thème le plus fréquemment abordé en gynécologie au cours de la dernière semaine des médecins de notre enquête (**Figure 23**).

La France est le pays d'Europe où le recours à une contraception médicale est le plus élevé. Selon une étude menée par l'INPES parue le 2 Mars 2007 [63], la majorité des personnes en âge de procréer (66%) utilise un moyen de contraception. Le mode de contraception le plus utilisé est de loin la pilule (58%), devant le préservatif (28%), et le stérilet (21%). Le recours à une autre méthode est plus rare (8%).

La France se trouve dans une situation paradoxale où d'une part le taux de recours et de diffusion de la contraception est l'un des plus élevés d'Europe et où, d'autre part, le nombre d'IVG se stabilise à un niveau élevé (un peu plus de 200 000 IVG par an) et tend même à augmenter dans certaines tranches d'âge. En 2004, 28% des femmes ayant eu recours à un IVG n'utilisaient pas de contraception. Plus de la moitié d'entre elles, utilisait des contraceptifs théoriquement efficaces [64].

Le généraliste en tant que médecin de famille, est proche des patientes et plus facilement accessible que ses confrères gynécologues, dont les durées d'attente pour obtenir un rendez-vous sont en général plus longues.

Il a donc une place prépondérante pour informer ses patientes et les guider dans le choix d'une contraception.

##### **a- La pilule**

La contraception œstroprogestative est l'une des méthodes de première intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (cardio-vasculaire, cancéreux, hépatique, etc.). Certaines de ces pilules sont remboursées par la Sécurité Sociale.

Dans notre étude, 95,2% des médecins instaurent la pilule de leurs patientes et 100% d'entre eux réalisaient des renouvellements (**Tableau 12**).

Dans sa thèse, Maria Dominique estimait à 96%, les médecins de son étude s'occupant de la prescription et du suivi de contraception. Mais celle-ci ne faisait pas la différence entre instauration et renouvellement de pilule.

Selon un article écrit en Décembre 2008 par un syndicat de médecins généralistes, MG France, suite à une enquête menée auprès de 2802 femmes, 45 % des initiations de contraception orale et 58 % des renouvellements de contraception orale étaient réalisés par les médecins généralistes [65].

Dans un travail réalisé à Marseille en 2008 [66], les patientes consultaient plus souvent leur généraliste pour un renouvellement de pilule que pour une instauration. Ce phénomène pourrait s'expliquer par une meilleure confiance de la patiente envers son gynécologue pour l'instauration de sa pilule, celle-ci pouvant ignorer parfois les compétences de son généraliste dans ce domaine.

Dans notre travail, les généralistes âgés de plus de 60 ans, instaurent et renouvelaient de façon significativement plus importante la pilule que leurs confrères âgés de 40 à 59 ans (**Figure 19**). Ces derniers, pourtant majoritaires dans notre échantillon (65,9%) (**Figure 2**) effectuaient davantage de simples renouvellements.

L'avènement de la pilule contraceptive dans les années 70 a probablement incité les médecins généralistes à se former et ainsi pouvoir prescrire ce nouveau moyen de contraception. Cela pourrait expliquer que les médecins les plus âgés soit plus habitués à instaurer ce type de traitement.

Un médecin de notre étude signalait en remarques libres, à la fin de son questionnaire, que la gynécologie dans son cabinet était «presque toujours abordée en fin de consultation, quand ce ne sont pas des demandes de renouvellement de pilule dans le couloir !!»

La question des circonstances de prescription de la pilule n'a pas été posée dans notre travail.

En revanche, Noura Ben Nejma dans sa thèse réalisée à Marseille en 2008 [66], soulevait ce problème : 78 % des prescriptions de pilule étaient réalisées en fin de consultation dont 68% de pilule œstroprogestative.

Selon les recommandations HAS émises en Décembre 2004: «la première consultation au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait autant que possible être une consultation spécifiquement dédiée à cette question. S'il n'est pas possible de consacrer suffisamment de temps au sein de la consultation sur le sujet de la contraception (par exemple en cas d'urgence), il est recommandé de néanmoins réserver à ce sujet un temps spécifique et de

programmer à court terme une autre consultation qui lui sera entièrement consacrée» [67].

Il est donc nécessaire et recommandé que les médecins généralistes reçoivent leurs patientes pour leur contraception, le temps d'une consultation exclusivement consacrée à ce sujet. Cette information doit être diffusée à sa patientèle.

Mais il est important également que celui-ci informe sa patiente sur ses compétences en matière de contraception, et lui propose spontanément une prise en charge.

Le généraliste ne doit pas être uniquement un «prescripteur de renouvellement».

## **b- Le dispositif intra-utérin (DIU)**

Il s'agit de la deuxième méthode contraceptive en France.

Il existe deux types de DIU ou stérilet : cuivre ou hormonal, chacun ayant ses contre-indications et tous étant remboursés par la Sécurité Sociale.

Seuls 11,8% des médecins de notre étude pratiquaient la pose du DIU, sans différence significative selon le sexe du médecin ou son âge (**Tableau 12**).

Notons tout de même, que parmi les 20 médecins réalisant cet acte, 16 d'entre eux étaient âgés de 50 ans et plus.

De même, la distance avec un gynécologue n'avait pas d'influence sur la réalisation de ces gestes.

Dans le travail de Maria Dominique [33], 15% des médecins posaient des DIU. Il s'agissait plutôt de médecins hommes et âgés de 50 ans et plus. Ces médecins étaient les plus éloignés d'un gynécologue. Mais ces résultats sont à nuancer car ils se basaient sur un faible échantillon (20% uniquement des médecins).

Une autre enquête menée à Nantes [34], auprès de 40 médecins généralistes, rapportait que le retrait de DIU était effectué facilement par 77,5% des médecins alors que la pose de celui-ci était réalisée par 40% uniquement. Ces chiffres étaient très différents d'une étude menée en Vendée sur un échantillon de 44 médecins généralistes où 80% des médecins retiraient des stérilets et 11,4% les posaient [68]. Cette différence pourrait-elle être due à une demande variable des femmes selon leur région, de ce type de contraception?

Selon une étude prospective sur la pose des DIU en médecine générale [69] et une autre réalisée en Aquitaine [70], les médecins généralistes formés savaient sélectionner les patientes présentant une bonne indication du DIU. Ils posaient et retiraient les stérilets, et leur prise en charge de ces patientes était de bonne qualité. On comprend donc le rôle fondamental de la formation dans le savoir faire de ces actes de gynécologie.

Ce manque de formation a d'ailleurs été cité par un médecin de notre étude en commentaires libres en fin de questionnaire.

Un travail publié en 1999, réalisé par le Docteur Le Goaziou M.F, sur le suivi à 4 ans de la pose de stérilets en médecine générale, rapportait que 62% des médecins généralistes avaient acquis la technique de pose du stérilet en post-universitaire, via l'aide d'un confrère spécialisé ou en centre de planification [71].

La formation universitaire commune aux généralistes est donc insuffisante dans ce domaine et expliquerait le peu de pratique de ce geste par les médecins généralistes de notre enquête.

### **c- L'implant contraceptif (Implanon®)**

Commercialisé en 2001, l'Implanon® est un moyen contraceptif de longue durée que l'on insère sous la peau de la patiente pour une durée maximale de trois ans.

L'avantage d'une telle stratégie est avant tout d'obtenir une contraception continue et à l'abri des oublis de prise, comme pour la pilule.

Ce mode de contraception existe déjà depuis plus de 20 ans dans de nombreux pays développés.

Il est remboursé par la Sécurité-Sociale.

Les gestes nécessaires à son implantation dans le bras de la patiente sont simples et explicités dans un mode d'emploi fourni avec l'emballage du produit.

Dans notre enquête, 90% des médecins généralistes ne pratiquaient pas la pose de cet implant, quelque-soit leur âge ou leur sexe (**Tableau 12**).

Il n'y avait pas de différence significative non plus selon la distance de ces médecins avec un gynécologue.

Dans son étude en 2008 à Marseille, Noura Ben Nejma, seuls 3% des médecins posaient cet implant.

Ces remarques doivent être nuancées car il s'agit de la pose d'Implanon® et non pas de sa prescription : ces médecins pouvant tout à fait le prescrire et adresser à un confrère leurs patientes pour l'installation de l'implant.

Ce mode de contraception reste tout de même assez récent pour les généralistes, sa faible prescription peut être liée tout d'abord à un manque de connaissance des médecins de ce produit ou à l'absence de formation ou d'aisance du praticien quant à la pose de l'implant. Ils peuvent également craindre les effets secondaires de ce produit et les difficultés de son retrait.

#### **d- Les nouveaux moyens contraceptifs (anneau vaginal et patch)**

L'anneau vaginal contraceptif Nuvaring®, est un moyen de contraception œstroprogestative de longue durée.

C'est actuellement le seul anneau disponible sur le marché aux États-Unis, au Brésil et dans plusieurs pays européens dont la France.

Les études sur l'anneau vaginal ont permis son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 2001 aux États-Unis et en avril 2004 en France.

C'est un moyen contraceptif sous forme d'un anneau souple que la patiente doit elle-même appliquer au fond du vagin pour une durée de 3 semaines. Elle devra ensuite le retirer et en repositionner un autre au bout de 7 jours.

Son coût actuel est de 35 euros par mois, non remboursés par la Sécurité Sociale.

Le patch contraceptif ou Evra®, permet une diffusion transdermique d'œstroprogestatifs. Il doit être changé toutes les semaines pendant 3 semaines, puis arrêté pendant 7 jours.

Son coût mensuel est moindre par rapport à l'anneau contraceptif et s'élève à 15 euros, non remboursé par la Sécurité Sociale.

Dans notre travail, la majorité des médecins ne prescrivait pas ces moyens de contraception, seuls 43,2% réalisaient cette prescription.

Les femmes médecins prescrivaient significativement plus que les hommes ce patch contraceptif (61% versus 39%) (**Tableau 12**).

De plus, il s'agissait essentiellement de jeunes prescripteurs âgés de 30 à 39 ans : 68,4% de ces médecins prescrivaient les anneaux ou les patches contraceptifs, alors que cela concernait moins de 50% des plus de 40 ans (**Figure 20**).

Seule une différence significative a été démontrée entre la tranche d'âge 30-39 ans et celle de plus de 60 ans : les jeunes médecins étaient plus prescripteurs que leurs collègues en fin de carrière.

Dans la thèse de Noura Ben Nejma [66], ces prescriptions ne représentaient en 2008 que 2% des prescriptions de moyens contraceptifs.

Une fois de plus, le manque de connaissances des médecins généralistes sur ces récents moyens de contraceptions semble être la raison de leur faible prescription.

Autre explication possible, le coût plus important de ces contraceptions, de plus, non remboursées par la Sécurité Sociale, peut freiner la prescription des généralistes.

Mais ces formes de contraception sont également le plus souvent ignorées par les patientes voire source de méfiance.

En effet, selon une enquête d'opinion menée entre Juillet 2006 et Septembre 2007 en Île-de-France [72] à propos du Nuvaring®, seules 28% des femmes interrogées (âgées de 18 à 54 ans) étaient favorables à cette contraception quelque soient leurs sources d'informations. 49% des femmes sont plutôt jeunes et âgées de 15 à 24 ans. 20% des femmes interrogées dans cette étude disaient avoir peur des effets secondaires de ce moyen de contraception et 12% ne pas en avoir confiance. Les autres raisons étant plutôt d'ordre personnel et liées au geste de pose ou de retrait de cet anneau.

La formation des médecins doit donc permettre une meilleure information des patientes sur ces nouveaux moyens de contraception afin d'élargir leurs propositions de contraception et de trouver celle qui correspondra le mieux à leur patiente.

## **e- Synthèse**

La prise en charge de la contraception est actuellement l'activité principale du généraliste dans le domaine de la gynécologie.

Bien que prescripteurs, dans leur grande majorité, de la pilule, notre étude a démontré de possibles failles dans leurs connaissances et leur formation quant à l'utilisation des autres moyens de contraception.

Il est donc nécessaire qu'ils élargissent leur formation pratique quant à l'apprentissage des gestes techniques pour la pose du stérilet ou de l'implant, mais également théorique sur l'anneau vaginal et les patchs contraceptifs.

Cette attitude leur permettra de pouvoir proposer des méthodes de contraception plus larges à leurs patientes et donc mieux adaptées.

## **5) Le suivi de grossesse**

Il s'agit du quatrième motif de consultation de gynécologie au cours de la dernière semaine des médecins de notre enquête (**Figure 23**).

### **a- La place du médecin généraliste**

Le suivi de grossesse a été codifié ces dernières années par le décret n°92-143 du 16 février 1992 et par les recommandations de l'ANAES [73] et plus récemment de la HAS [74].

La place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse est définie par la HAS [75] : «lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien selon le choix de la femme» (Grade A).

Les médecins généralistes assurent un quart des déclarations de grossesse, mais ils interviennent moins dans le suivi de son déroulement [76].

En France, en 2000, le suivi de grossesses normales en ville était assuré dans 92% des cas par les gynécologues, et seulement 8% par des généralistes : ce suivi représente 4,3% des consultations des gynécologues et 0,5% de celles des généralistes [77].

Cependant, le médecin de famille reste le premier recours en cas d'urgence ou de pathologie intercurrente de la grossesse: 44,5 % des motifs de consultation de grossesse contre 25% de consultation du premier trimestre et 12% de suivi [78].

Il est recommandé que les médecins généralistes comme tous les professionnels impliqués dans le suivi des grossesses bénéficient d'une formation théorique et pratique adaptée et qu'ils exercent dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité [75].

## **b- Évaluation de l'activité de suivi de grossesse par les médecins généralistes**

Dans notre étude, 66,3% des médecins généralistes affirmaient suivre des grossesses. Si l'on considère les femmes de notre étude, elles étaient 71% à suivre des grossesses contre 63% des hommes. Les généralistes femmes étaient proportionnellement plus nombreuses à accepter de faire un tel suivi (**Tableau 13**). La distance avec le gynécologue et l'âge du médecin n'intervenaient pas dans cette activité (**Figure 21**).

En 2009 à Lille [29], 85% des généralistes interrogés suivaient des grossesses également.

Même constat à Nantes en 2004 [34], 87% des médecins pratiquaient avec aisance le suivi de femmes enceintes.

Ces taux plus importants à Lille et Nantes peuvent peut-être s'expliquer par une densité de gynécologues plus faible qu'en IDF [4], créant ainsi une plus forte demande des patientes auprès des généralistes et ainsi une motivation plus importante de ces derniers pour traiter ce sujet.

Cette hypothèse est confortée par la vue des résultats obtenus à Nice en 2004 [33], région de densité en gynécologues proche de celle d'Île-de-France, où le pourcentage de médecins suivant des grossesses était de 57%.

Malgré ces différences, la majorité des médecins généralistes suivait des grossesses à leur cabinet, pourtant, comme nous l'avons signalé précédemment, seulement 8% des grossesses sont prises en charge par eux.

Pour M-F Le Goaziou, 60% des femmes enceintes ont une grossesse normale et pourraient être prises en charge en ambulatoire par le médecin généraliste [79].

Le manque de confiance des femmes envers leurs généralistes dans ce domaine et l'ignorance de celles-ci sur leurs compétences, seraient-elles en cause dans ce phénomène?

Les généralistes ne suivaient pas toutes ces grossesses jusqu'au même terme. Dans un travail réalisé en 2003 à Rennes [80], 46,4% des généralistes suivaient ces femmes jusqu'au 7<sup>ème</sup> mois, 50% jusqu'au 8<sup>ème</sup> mois. A Nice en 2004 [33], ce suivi était majoritairement fait jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois.

On peut donc penser que moins il y a de gynécologues plus les généralistes s'investissent dans la prise en charge des grossesses : d'après ces résultats, les régions à plus forte densité en gynécologues (Nice), seraient celles où les

généralistes délègueraient plus tôt le suivi de leur patientes enceintes à leurs confrères. Les régions à faible densité de gynécologues (Rennes), poussant ce suivi plus proche du terme.

### **c- Synthèse**

La place du généraliste est essentielle dans le suivi de grossesses normales : le généraliste connaît la femme, ses antécédents et son histoire. Sa consultation, bien plus accessible que celle d'un gynécologue, lui permet d'être l'intervenant de première ligne dans ce suivi mais également en sortie de maternité de plus en plus précoce.

Cette constatation est d'autant plus évidente, que nos confrères gynécologues-obstétriciens sont de moins en moins nombreux et ne pourront pas suivre toutes les grossesses. De plus, la menace de fermeture des maternités de proximité pour raisons budgétaires, augmenterait encore ce travail.

Le rôle du généraliste serait de pouvoir assurer le suivi de première ligne des grossesses normales et de savoir orienter ces femmes vers les spécialistes adaptés en cas de complications.

L'idéal serait que les médecins généralistes intègrent des réseaux ville-hôpital centrés sur la maternité de leur choix **[81]**.

Le développement de ces réseaux de périnatalité est d'actualité. Le plan de périnatalité 2005-2007 a proposé de créer et de développer des réseaux de santé de proximité ville-hôpital-PMI. Ce plan garantirait un meilleur accès aux soins pour la population et améliorerait la qualité du suivi médical. Chaque patiente serait orientée selon son niveau de risque vers le spécialiste adéquat, dont le généraliste **[82]**.

Mais n'oublions pas que ce suivi obstétrical demande de l'investissement aux généralistes à la fois en formation mais également en temps.

Afin d'acquérir une bonne expérience, le généraliste devra accepter de suivre plusieurs grossesses.

Ce n'est donc pas évident, pour des médecins généralistes, déjà surchargés de travail de pouvoir gérer ces grossesses. Et cela d'autant plus, que certains craignent les responsabilités médico-légales que cela implique.

## 6) L'IVG médicamenteuse

Dernier rang des motifs de consultation de la dernière semaine des médecins de notre enquête (**Figure 23**).

Depuis la loi Veil de 1975, dépénalisant l'Interruption Volontaire de Grossesse et la nouvelle loi 2001-588 avec ses textes d'application de juillet 2004 qui rendent la pratique de cet acte possible aux médecins de ville, la France évolue vers un plus large accès aux IVG.

L'IVG médicamenteuse en ville en France concerne les grossesses respectant un délai légal maximum de 5 semaines de grossesse soit 7 semaines d'aménorrhée (SA). Au-delà, sont pratiquées les IVG chirurgicales jusqu'à 14 SA.

L'autorisation des IVG médicamenteuses dans le cadre de la médecine ambulatoire est récente puisqu'elle n'est possible que depuis l'été 2004, date à laquelle les textes d'application de la loi de Juillet 2001 ont été émis.

Alors que les médicaments utilisés dans cette pratique étaient autrefois classés parmi les stupéfiants, leur prescription devient aujourd'hui bien plus abordable. Le choix de prise en charge des femmes, en milieu hospitalier puis en ville également, permet de mieux gérer ce problème de santé publique.

209 700 IVG ont été dénombrées en 2006 en France métropolitaine: 46% par voie médicamenteuse et 54% par voie chirurgicale.

Cependant le recours à la voie médicamenteuse en cabinet libéral reste encore peu répandu puisqu'il ne concerne en métropole que 7% des IVG totales.

Les IVG restent plus fréquentes dans le sud-est de la France, en Île-de-France et dans les départements d'Outre-Mer. En 2004, les taux moyens d'IVG de ces régions par rapport au reste de la France étaient de 18 IVG pour 1000 femmes, contre 12,2 pour l'ensemble des autres régions.

Les écarts régionaux des catégories d'âge ne semblent pas suffire à expliquer ces disparités régionales **[83]**.

En Île-de-France, les départements où sont pratiquées le plus d'IVG sont Paris et la Seine Saint-Denis qui totalisent 45% des IVG totales de cette région **[84]**.

Pouvoir répondre à cette demande en ville a permis aux femmes de bénéficier d'un moyen moins institutionnel de réaliser leur IVG.

## **a- Règlementation**

L'accès à la pratique des IVG en ville est très réglementé : selon l'article R.152-10-8 du décret du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des IVG en ville, «le médecin effectuant des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre de la convention mentionnée à l'article R.152-10-6 justifie d'une expérience professionnelle adaptée, soit par qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique, soit par une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné».

Les médecins généralistes ou gynécologues qui désirent réaliser des avortements médicamenteux en ambulatoire doivent signer une convention avec un établissement de santé agréé. Elle précise le rôle et les obligations de chacune des parties signataires. Tout médecin généraliste souhaitant pratiquer un tel acte, peut bénéficier par l'hôpital référent d'une formation lui permettant de se familiariser avec la pratique et ses aléas.

## **b- L'IVG en ville**

Toute personne mineure ou majeure présentant une grossesse d'un délai maximum de 7SA peut bénéficier d'une IVG médicamenteuse en ville par un généraliste conventionné.

D'après la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), on comptait moins de 100 médecins conventionnés en décembre 2004 et environ 500 au 31 décembre 2005. Parmi eux, 47% sont des obstétriciens, 28% sont des généralistes et 25% des gynécologues [83].

Il existe aujourd'hui de nombreux réseaux «IVG médicamenteuse en ville».

En Île-de-France, le Réseau Entre Ville et Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO) regroupe 23 réseaux locaux avec 252 médecins de ville ayant signé une convention et 15 000 femmes prises en charge [85].

Cette région connaît une diminution des établissements pratiquant des IVG. En 1999, la région comptait 176 établissements. En 2006, 124 établissements pratiquaient des IVG en Île-de-France, dont 6 établissements ne réalisaient que des Interruption Thérapeutique de Grossesse (ITG) [84].

Dans notre enquête réalisée en Île-de-France, nous n'avons eu que 4 médecins réalisant des IVG en ville soit 3,6% des médecins ayant répondu à cette question. Parmi eux, 2 femmes (48 ans et 38 ans) et 2 hommes (61 ans et 56 ans) (**Tableau 14**). Ils étaient tous situés à moins de 800 mètres d'un gynécologue.

Ce faible résultat ne nous permet pas de faire d'analyse représentative de la région Île-de-France, de plus, la proportion réelle de généralistes réalisant des IVG dans cette région n'est pas connue.

Comment comprendre néanmoins ce faible taux de participation des généralistes noté en 2004, dans la réalisation des IVG?

Beaucoup de médecins pourraient en dehors de leur opinion sur le sujet, être découragés quant à la réalisation au sein de leur cabinet d'une IVG médicamenteuse.

Le temps nécessaire à ce processus peut leur sembler trop long : quatre consultations sont nécessaires pour organiser l'IVG et le temps pour une bonne compréhension des événements dépasse les 15 minutes habituelles d'une consultation de médecine générale, dans des cabinets souvent très surchargés.

Autre hypothèse, les médecins craignent d'être submergés par les appels téléphoniques des patientes en cours d'IVG.

En Janvier 2004, 78,33% des médecins interrogés n'avaientt reçu aucun appel, 19,16% un seul appel et 2,5% entre 2 et 5 appels [86].

Par conséquent, on peut se rendre compte que le nombre d'appels téléphoniques n'est pas si important et qu'il ne semble à priori pas perturber davantage les consultations que les appels habituels.

Ensuite, le médecin est contraint d'acheter lui-même les comprimés nécessaires à l'IVG. Ils ne lui seront remboursés qu'au moment de la prise en charge de l'IVG. Le

coût des médicaments onéreux peut en l'occurrence être un frein pour les médecins qui ne seront amenés qu'à faire un nombre limité d'actes.

Le forfait IVG de 191.74 euros comporte :

- Le prix TTC d'une boîte de 3 comprimés de MIFEGYNE® (76,37 euros) ;
- Le prix TTC de 2 comprimés de GYMISO® (15,37 euros)  
(soit 91,74 euros de médicaments) ;
- La consultation permettant de recevoir le consentement de la patiente ;
- Les deux consultations d'administration des comprimés ;
- La consultation finale de contrôle.

Soit pour un médecin généraliste secteur 1, un coût réel de 179,74 euros et un gain net de 12 euros.

On comprend alors le peu d'intérêt financier que peut procurer cet acte en médecine générale et encore moins chez un gynécologue de ville.

La réalisation des IVG en ville passe par la signature d'une convention entre le médecin et un hôpital habilité de proximité.

En Île-de-France, il existe 124 établissements habilités à réaliser des IVG.

On peut donc facilement imaginer qu'à la campagne, la réalisation d'IVG peut-être délicate si la patiente se trouve trop à distance d'une telle structure hospitalière. La principale complication est l'hémorragie post IVG, ce qui implique une prise en charge rapide en cas de survenue.

Au contraire, des régions comme l'IDF, pourvues d'une densité importante de gynécologues, peut ne pas avoir la nécessité par endroits, de faire appel aux généralistes : à Saint-Germain-en-Laye (Yvelines), par exemple, le nombre de gynécologues en ville est suffisant pour assurer ce réseau avec l'hôpital, aucun généraliste n'en fait donc partie.

### **c- Synthèse**

Le recours à l'IVG médicamenteuse semble de nos jours, tendre vers une pratique de plus en plus accessible pour les femmes.

Malgré une nette augmentation des médecins libéraux pratiquant cet acte, ceux-ci restent encore minoritaires par rapport aux structures hospitalières, surtout chez les médecins généralistes, car les IVG restent encore majoritairement pratiquées par les gynécologues-obstétriciens.

Le découragement des médecins libéraux envers la pratique des IVG doit conduire les autorités de santé à prévoir une amélioration de leur rémunération pour cet acte, mais également de leurs conditions de réalisation.

Souvent bien vécue par les femmes l'ayant pratiquée, l'IVG médicamenteuse semble être une technique moins invasive et moins traumatique, d'autant plus que son taux de réussite est presque identique à celui de la méthode chirurgicale. Mais la durée de cet acte en ville, plus longue qu'en centre d'orthogénie peut être décourageante.

De nos jours, le nombre d'IVG reste encore important et signe l'échec de nos méthodes préventives et contraceptives malgré le développement des moyens de contraception et de leur diffusion. Une attention particulière doit être donnée aux mineures, car si le nombre d'IVG est constant dans la population générale, il ne l'est pas en ce qui les concerne [83].

L'évolution démographique médicale et la fermeture des structures hospitalières effectuant des avortements semblent être une menace à l'accès à l'IVG pour le futur et réalise un véritable enjeu social.

## **7) La ménopause**

Au troisième rang des motifs de consultation de la dernière semaine des médecins de l'enquête (**Figure 23**).

### **a- Le Traitement Hormonal de la Ménopause (THM)**

Le THM apparaît aux États-Unis dans les années 1950 pour traiter les bouffées de chaleur et d'autres troubles liés à la carence œstrogénique.

Une large promotion est faite de ce traitement et l'on compte même beaucoup sur les effets cardio-protecteurs des œstrogènes. Très vite, le THM devient l'un des traitements les plus utilisés, mais paradoxalement peu évalué.

Mais alors que ce traitement connaît une vague importante de prescription, des études américaines comme HERS en 1998, puis WHI en 2002 et récemment MWS, remettent en question son innocuité [87], [88], [89].

Les risques de cancers du sein, d'accidents thrombo-emboliques et d'accidents vasculaires cérébraux qu'avancent ces études pour le THM, mettent fin à sa large prescription.

Depuis Mai 2004, l'utilisation de ce traitement est soumise à des recommandations strictes par l'ANAES et limitées aux symptômes climatiques invalidants de la ménopause [90].

## **b- La prescription du THM par le généraliste**

Selon une étude menée par l'EPPM en 2000 [77], les femmes consultent en période de ménopause dans 52% des cas un généraliste, et dans 46% des cas un gynécologue.

Une autre enquête réalisée par le Docteur Le Goaziou M-F [91] indique que 57,8% des femmes ménopausées recensées confiaient leur suivi gynécologique à leur médecin généraliste et parmi elles, 34,4% avaient un THM.

Dans notre étude, 84% des médecins généralistes prescrivait ce THM: 57,8% de ces médecins instauraient et renouvelaient ce traitement et 42,2% ne faisaient que du simple renouvellement (**Tableau 15**). Il n'y avait pas de différence significative selon le sexe du médecin ni son âge dans l'administration ou non du THM.

En revanche, parmi les prescripteurs, ceux qui instauraient le plus de THM étaient les plus de 60 ans, puis les plus jeunes de moins de 40 ans (**Figure 22**).

Ces différences pourraient s'expliquer par des clientèles d'âges différents selon les médecins : les médecins âgés ayant une clientèle plus âgée également.

Les jeunes médecins seraient peut-être mieux formés pour prescrire ces traitements.

Dans le travail de Maria Dominique à Nice en 2004 [33], 70% des médecins interrogés proposaient le THM à leurs patientes concernées par la ménopause. Celle-ci ne notait aucune différence selon le sexe, mais une légère prédominance des médecins de plus de 50 ans pour cet acte.

Il est important de remarquer que notre enquête s'était intéressée uniquement à la prescription du THM, ce qui n'est pas forcément un bon reflet de la prise en charge des problèmes liés à la ménopause. Ces femmes ne sont pas toujours sous traitement hormonal, elles peuvent prendre d'autres traitements, voire aucun et n'avoir qu'un simple suivi clinique, biologique ou radiologique.

Nous ne pouvons donc pas conclure sur l'investissement de nos médecins dans la prise en charge globale de la ménopause.

Mais comment expliquer que le généraliste soit plus souvent consulté que le gynécologue ?

Il semblerait que les compétences du médecin de famille soient reconnues dans ce domaine.

Dans son travail, Audrey Delannoy Eglinger [29] indiquait que 63% des patientes interrogées pensaient que le généraliste pouvait prendre en charge la ménopause, mais seulement 57% pensaient que ce dernier pouvait prescrire un THM.

Il est donc du ressort des généralistes de mieux informer leurs patientes sur leurs compétences dans ce domaine.

Notons cependant, la part tout de même importante de généralistes qui ne réalisaient que de simples renouvellements de traitement dans notre étude: cela implique que les gynécologues de leurs patientes soient les initiateurs de leur traitement.

Pouvons-nous attribuer cela à un manque de formation de ces médecins ? Un manque d'intérêt ? Une clientèle jeune et donc un médecin peu expérimenté dans le domaine ?

Un des généralistes de notre étude remarquait notamment : «Au cours de l'installation, la pratique se modifie avec mon âge. Au début, peu de suivi post-ménopause. Maintenant que j'approche de la cinquantaine, la clientèle vieillit aussi et on est obligé de prendre en charge les problèmes post-ménopause. Mais peu ou pas de formation» (homme- 49 ans).

Si les prévisions statistiques sont bonnes et que nos confrères gynécologues seront moins nombreux, nous devons donc un jour ou l'autre faire face aux problèmes de la ménopause de nos patientes.

### **c-Synthèse**

La prise en charge de la ménopause par le généraliste est de nos jours bien acceptée par les femmes.

Mais le bouleversement qu'a connu l'histoire de ce traitement a créé des réticences vis-à-vis de ce traitement et même des règles strictes de prescription établies depuis 2004 par l'HAS.

Ainsi, le nombre de patientes sous THM a diminué progressivement, mais la place du généraliste auprès du gynécologue reste primordiale pour le suivi de la femme ménopausée qu'elle soit traitée ou non.

## **8) La formation en GO des médecins généralistes (Tableau 16)**

Notre étude a interrogé les médecins sur la manière dont ils avaient acquis leurs connaissances en GO.

Nous n'avons pas interrogé ceux-ci sur leur ressenti par rapport à cette formation, ce qui avait été fait dans d'autres travaux.

Nous avons donc trouvé intéressant de comparer ces études avec la nôtre afin de mieux nous rendre compte des améliorations à apporter dans cet apprentissage.

### **a- La formation universitaire**

Notre enquête a démontré que la formation gynécologique des généralistes était avant tout universitaire pour 82,6% des médecins interrogés.

Cela sous entend que 17,4% des médecins estimaient ne pas avoir reçu de formation à la faculté. Ces médecins étaient en majorité (58%) âgés de 50 ans ou plus.

Cela pourrait s'expliquer par le peu de formation qu'offraient leurs études médicales dans ce domaine il y a 20 ou 30 ans. Certains sont sortis à cette période de leur cursus universitaire sans jamais avoir pratiqué d'examen gynécologique.

Selon le travail de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal, fait à Toulouse en 2006 [19], 62% des médecins étaient insatisfaits de leur formation initiale en gynécologie et 76,1% en obstétrique.

Leur mode de formation essentiel était leur stage d'externat.

Celles-ci avaient également recueilli de nombreux commentaires téléphoniques, critiquant cet enseignement universitaire, peu adapté à leur pratique quotidienne, mais également le peu d'accès lors de l'internat aux stages de gynécologie-obstétrique, souvent occupés par étudiants sages-femmes ou médecins spécialistes.

Dans les commentaires libres en fin de questionnaire nous avons eu également quelques remarques à ce sujet :

«J'ai beaucoup de demandes de gynécologie obstétrique du fait des délais longs avec les spécialistes. Mais formation limitée en fac et parfois difficile de répondre à tous les problèmes...» (homme- 33ans) ;

«Pas beaucoup d'actes de gynécologie car nécessité de pratiquer des stages pour apprendre à faire des frottis ou poser des stérilets» (homme -50 ans)

«Je me suis formée à la gynécologie médicale avec le temps car cela m'intéressait...» (femme- 42 ans).

Ces remarques sont confirmées par de nombreuses autres études. Citons notamment celle de Claire Nicolle [92] dans laquelle 42,5% des généralistes jugeaient insuffisante leur formation en début d'installation et 26,7% très insuffisante. 45,3% d'entre eux avaient fait un stage d'externe et seulement 24,6% un stage de résident en GO.

Dans la thèse de Sylvie Auney [93], 65,8% des médecins disaient avoir eu une formation initiale insuffisante ou très insuffisante.

Il paraît donc nécessaire d'améliorer la formation universitaire en GO des futurs médecins généralistes. Comme nous l'avons déjà signalé, celle-ci n'offre que très peu d'occasions aux étudiants de bénéficier de stages dans ce domaine. Le manque de places offertes aux internes de MG pour cette formation hospitalière offre une chance inégale à chacun de se former dans cette matière.

Au cours de l'internat, le futur généraliste pourra au cours de son semestre chez un praticien, aborder les aspects de la GO ambulatoire si son maître de stage pratique cette discipline, ce qui n'est pas toujours le cas.

Ensuite, s'il le désire, l'interne bénéficiera d'une formation ambulatoire supplémentaire, ou SASPAS, pendant laquelle un stage en PMI est possible. Mais une fois de plus, le nombre de places disponibles pour ces formations SASPAS est limité, ainsi que celui de PMI, et tous n'auront pas les mêmes opportunités.

L'augmentation du nombre de postes en stages hospitaliers de GO ou SASPAS doit donc augmenter afin de permettre une meilleure formation à la médecine libérale et donc une plus grande autonomie du généraliste en matière de GO.

## **b- Les Formations Médicales Continues (FMC)**

46,8% des généralistes de notre enquête suivaient ces formations.

Il s'agit du premier mode de complément d'apprentissage post-universitaire choisi par ces médecins, bien que cela ne concerne pas la majorité d'entre-eux (53,2% ne suivent pas de FMC en GO).

Plus l'âge des médecins est important plus la part de formation par FMC en GO est importante au détriment des autres modes de formation complémentaire.

Cela ne sous-entend pas que les médecins plus âgés font davantage de FMC, car nous ne leur avons pas demandé la fréquence de ces FMC.

Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les sexes pour cette formation.

Dans une étude réalisée par Gwénola Levasseur en Bretagne en 2002, 22% uniquement des médecins participaient à des FMC en gynécologie [94].

Dans cette étude, les motifs des non participants ont été analysés :

- 50,6% ont signalé le manque de temps ;
- 13,8% avancent le manque de besoin ressenti ;
- 12,6% se justifient par le manque de demande de consultations en GO ;
- 23% expliquent d'autres motifs (le manque de qualité de ces FMC, le manque de proposition pour en faire, la difficulté pour être remplacé, l'éloignement, le manque de repos, ...).

41,7 % des participants aux FMC semblaient satisfaits de la qualité de ces FMC même s'ils ne sont que 22% à y participer (à noter 51% de non-répondants à cette question).

Les attentes de ces médecins dans ces FMC sont dans 64,5% des cas l'amélioration de leurs connaissances puis l'apprentissage des gestes techniques.

Ce besoin d'apprentissage des gestes en matière de gynécologie a été cité de nombreuses fois dans notre étude et concernait notamment : la pose de stérilet, la pose des implants contraceptifs et la réalisation de frottis.

Dans le travail de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal [19], les généralistes au cours de ces FMC voudraient aborder les «petits trucs pratiques» (62%), les nouveaux traitements (61,6%) et les gestes techniques (54,9%).

Les FMC sont donc une occasion pour les généralistes de parfaire leurs connaissances en GO. Pourtant une faible part de ces médecins y participe.

Leur surcharge de travail est le premier argument avancé si l'on élimine ceux qui ne sont pas intéressés par l'activité de GO ou ceux qui n'ont pas assez de demandes. Parmi les participants, il semblerait que le contenu de ces formations ne réponde pas toujours aux attentes des médecins, ceux-ci souhaitant essentiellement pouvoir participer à des séances pratiques afin d'améliorer leur aisance dans la réalisation de certains gestes techniques.

### **c- Le Diplôme Inter-Universitaire de GO**

Ce diplôme spécialisé dans la GO pour les généralistes n'existe pas dans toutes les régions de France : il existe notamment à Paris, Angers, Rennes, Tours...

L'accès à cette formation est donc inégal.

Malgré son existence à Paris, seuls 5 médecins ayant participé à notre étude avaient bénéficié de cet apprentissage et il s'agissait essentiellement de femmes âgées de 30 à 57 ans. Les jeunes médecins âgés de 30 à 39 ans étant proportionnellement ceux qui en avaient le plus bénéficié.

Mais participer à une telle formation nécessite un réel investissement. Au-delà d'un programme théorique il faut pouvoir réaliser des stages hospitaliers dont les terrains ne sont pas toujours évidents à trouver car peu nombreux ou déjà occupés par des étudiants sage femmes, infirmiers ou médecins spécialistes.

Contrairement à certaines FMC, ces formations ne sont pas rémunérées.

Ces contraintes pourraient donc expliquer pourquoi les généralistes installés seraient peu motivés par une telle démarche et que les jeunes médecins soient ceux qui disposeraient de plus de temps pour y participer.

D'autre part, ce diplôme ne permet pas au médecin de justifier d'un titre en gynécologie, il s'agit uniquement d'un investissement personnel lui permettant de se sentir plus à l'aise dans sa pratique de la GO.

C'est pourquoi, les généralistes pourraient préférer compléter leurs compétences via les FMC, la littérature ou internet, moins contraignants.

## **d- Littérature et internet**

Il s'agit du deuxième moyen de formation complémentaire que choisissent les médecins généralistes de notre étude pour se mettre à jour en GO.

La littérature médicale est très diversifiée, chacun étant libre de choisir celle qui lui convient le mieux.

Certains journaux sont gratuits pour le médecin installé comme «Le Quotidien du Médecin» ou «Impact Médecine», d'autres nécessitent un abonnement.

Ces derniers sont très nombreux (Revue du Praticien Médecine Générale, Prescrire, Exercer...) et ciblés sur différents thèmes de médecine générale.

Internet est également un puissant outil de formation permettant de s'informer ou de s'actualiser sur n'importe quel sujet de médecine, et notamment de la mise à jour des nouvelles recommandations de bonnes pratiques médicales (site de l'HAS).

41,3% des médecins de notre enquête utilisaient cette méthode, sans différence significative selon le sexe ou l'âge.

On peut donc constater que la majorité (58,7%) n'utilisait pas internet ni la littérature pour parfaire leurs connaissances en GO.

### **9) Opinion des médecins généralistes sur l'augmentation de leur activité de GO (Tableau 17)**

Nous avons interrogé les médecins de notre enquête sur leur désir d'augmenter ou non leur activité de GO si le besoin se présentait dans les années à venir.

63,4% d'entre eux étaient prêts à faire plus de gynécologie, contre 36,6%.

Parmi eux, les femmes étaient significativement plus nombreuses que les hommes à vouloir le faire (75% contre 57,5% respectivement).

Il n'y avait pas de différence significative selon l'âge des médecins (**Figure 25**).

Cette différence entre les sexes pourrait-elle découler de l'activité en GO plus importante chez les femmes ?

Celles-ci se sentant plus concernées par le sujet, seraient-elles plus intéressées par la pratique de la GO ?

Mais l'activité globale des hommes en médecine générale étant plus importante, cela pourrait limiter leur possibilité de faire davantage de gynécologie.

Cette motivation des généralistes est compatible avec les raisons expliquant la faible activité en gynécologie des médecins.

En effet, les motifs principaux évoqués étaient la présence de gynécologues à proximité, le manque de temps ou le manque de formation. Ces médecins ne semblaient pas réfractaires à la pratique de la GO mais seraient limités faute de moyens et non par manque d'intérêt pour cette discipline (23% uniquement des médecins avaient cité cette raison).

Si le nombre de gynécologues diminuait dans les années à venir, les généralistes désireux de faire davantage de gynécologie pourraient compléter leurs connaissances si besoin et ainsi répondre à la demande de consultations.

Mais l'effectif de généralistes menace également de s'appauvrir, ce qui risque d'augmenter la charge de travail des actifs : seront-ils en mesure de recevoir ces femmes ?

## CONCLUSION

La pratique de la gynécologie-obstétrique fait partie intégrante de l'activité de médecine générale.

Le médecin généraliste devenu référent pour ses patients, est l'acteur principal des soins primaires.

De nombreuses mutations tendent à accroître la place du généraliste dans la prise en charge du suivi gynécologique de ses patientes : la féminisation de la profession, l'évolution de la formation universitaire des internes de médecine générale et la pénurie annoncée des gynécologues médicaux. Ces faits sont autant d'atouts pour augmenter l'investissement des médecins généralistes dans cette prise en charge.

Mais l'activité globale des femmes médecins et des jeunes médecins est actuellement plus faible que celle des hommes médecins généralistes âgés de plus de 40 ans.

Ces derniers ont une activité limitée en gynécologie en raison d'une lourde charge de travail au sein de leur cabinet, d'un manque de temps et de la proximité d'un confrère gynécologue, ce qui les inciterait à leur adresser davantage leurs patientes.

De plus, bien que l'aspect financier de cette activité n'ait été cité que par une faible proportion de médecins dans notre étude, il semblerait qu'une revalorisation des actes de gynécologie en médecine générale soit souhaitable afin de motiver ceux qui pourraient en réaliser.

Mais la formation universitaire, bien qu'ayant évolué, paraît encore insuffisante.

Les internes en médecine générale ne parviennent pas encore tous à accéder à des stages, hospitaliers ou ambulatoires, formateurs en GO au cours de leur cursus.

Une augmentation de ces postes est donc à prévoir si l'on veut mieux former les futurs praticiens.

Pour les médecins installés, une augmentation du nombre de formations portant sur la GO serait nécessaire. La création d'ateliers pratiques permettrait d'améliorer l'aisance des praticiens dans les gestes techniques tels que la pose de stérilets ou d'implants contraceptifs et la réalisation de frottis.

Ainsi, le généraliste, médecin de famille, confortera sa place dans le suivi de la santé des femmes aux trois grandes étapes physiologiques de leur vie : la contraception, la grossesse et la ménopause.

Il pourra également assurer son rôle indispensable d'acteur en matière de dépistage et de prévention notamment des cancers du col de l'utérus et du sein, et aussi améliorer le recrutement des femmes échappant au dépistage de masse.

Il s'agit avant tout d'un travail de première ligne et non de se substituer au rôle du gynécologue. Le généraliste, grâce à sa plus grande disponibilité, est capable de prendre en charge plus rapidement les problèmes gynécologiques.

Les gynécologues médicaux, moins nombreux à l'avenir, seraient donc plus disponibles pour accueillir les pathologies plus complexes qui leur seront adressées. Cependant, bien que la majorité des généralistes de notre étude soient prêts à faire plus de gynécologie, nous pouvons nous questionner sur leur capacité à pouvoir le faire.

La médecine générale souffre également d'une pénurie d'effectif variant selon les régions et qui ne semblera se résoudre que dans une dizaine voire vingtaine d'années.

La surcharge de travail des généralistes, ne prévoit donc pas de s'améliorer et cela d'autant plus que cette branche se féminise.

Les jeunes généralistes ne semblent quant à eux ne pas vouloir combler la désertification médicale de certaines régions et continuent à s'installer majoritairement dans des régions souffrant peu de ce phénomène comme l'Île-de-France ou la région PACA. De plus, ils semblent préférer le salariat plutôt que la médecine libérale.

Mais notre échantillon de médecins est-il vraiment représentatif de la population générale de médecins généralistes ? Tous les praticiens de France partagent-ils cette envie de faire plus de GO ?

Rappelons la remarque faite par l'un des participants à notre enquête : « Le médecin généraliste est psy, assistante sociale, bouc émissaire, stop! À chacun son job! Je n'ai pas envie de me substituer à un gynécologue.»

Aussi, les gynécologues sont-ils prêts à nous déléguer une partie de leur travail et à travailler en collaboration étroite avec les généralistes ?

Seule une enquête nationale sur ces deux points pourrait nous permettre une meilleure répartition du suivi gynécologique des femmes dans les années à venir.

**ANNEXE 1 :**  
**Le questionnaire**

# État des lieux de la pratique de gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France.

## I-Données sociodémographiques.

- 1- Âge : ..... 2- Sexe : ..... 3- Année  
d'installation : .....
- 4- Mode d'exercice :-  Rural  Semi-rural  Citadin  
-  Seul  
 En association avec des médecins généralistes  
 En association avec d'autres spécialistes  
-  Secteur 1  Secteur 2
- 5- Distance avec un gynécologue (libéral ou Centre Hospitalier) : .....
- 6- Nombre d'actes de médecine générale en moyenne par semaine : .....  
Dont ..... % de gynécologie-obstétrique.

## II-Évaluation globale de votre activité de gynécologie.

- 7- Dans quelles circonstances pratiquez-vous de la gynécologie ?  
 En urgence  
 Sur demande de la patiente  
 Suivi régulier
- 8- quels sont dans votre patientèle les 3 motifs de consultation gynéco-obstétriques les plus fréquents ?  
 Suivi régulier  Douleurs pelviennes  
 Contraception  Aménorrhées  
 Pathologies infectieuses  Métrorragies  
 Grossesse  Infertilité  
 Ménopause  Pathologies mammaires  
 Contraception d'urgence  Autre : .....
- 9- Pratiquez-vous des examens gynécologiques (pose de spéculum, touchers vaginaux)?  
 OUI  NON
- 10- Si vous ne pratiquez pas ou peu de gynéco-obstétrique, quelles sont les raisons de ce choix ?  
(Plusieurs réponses possibles)  
 Manque de temps  Manque d'intérêt personnel  
 Manque de demande  Manque de formation  
 Présence de gynécologues à proximité  autres : .....

## III-Dépistage et prévention.

- 11- Pratiquez-vous des frottis cervico-vaginaux ?  
 OUI  NON
- 12- Pratiquez-vous l'examen clinique des seins ?  
 OUI  NON
- 13- Prescrivez-vous des mammographies?  
 OUI  NON
- 14- Prescrivez-vous les vaccins anti-HPV ?  
 OUI  NON

**IV-Contraception.**

15- Dans votre pratique quotidienne êtes-vous amené à :

- instaurer une pilule :       OUI       NON
- renouveler une pilule :     OUI       NON

16- Prescrivez-vous les nouveaux moyens de contraception (anneau vaginal, patch) ?

- OUI       NON

17- Pratiquez-vous la pose de Dispositifs Intra Utérins (stérilet)?

- OUI       NON

18- Pratiquez-vous la pose d'implants contraceptifs ?

- OUI       NON

**V-Suivi de grossesse.**

19- Suivez-vous des grossesses ?

- OUI       NON

**VI-IVG médicamenteuse.**

20- Pratiquez-vous des IVG médicamenteuses au sein de votre cabinet ?

- OUI       NON

**VII-Ménopause.**

21- Prescrivez-vous des Traitements Hormonaux de la Ménopause ?

- OUI       NON

Si oui, il s'agit plutôt de :

- Renouvellement     Instauration       Les 2

**VIII-Répartition de votre activité de gynécologie-obstétrique .**

22- Nombre d'actes au cours de votre dernière semaine dans chacun des domaines suivants :

Dépistage-prévention	contraception	Suivi de grossesse	IVG médicamenteuse	Ménopause

**IX-Formation en gynécologie-obstétrique.**

23- Quelle est votre formation en gynécologie-obstétrique :

(Plusieurs réponses possibles)

Universitaire       FMC       DIU de gynécologie pour les médecins généralistes

Littérature et Internet     autres, précisez : .....

24- Accepteriez-vous de faire davantage de gynécologie-obstétrique si le besoin se présentait ?

- OUI       NON

**X-Commentaires libres.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Merci pour votre participation.

**ANNEXE 2 :**  
**La lettre explicative**

Melle Sabrina Dias  
169 b rue des landes  
78400 CHATOU  
E-Mail : smoune@hotmail.fr  
Tél : 06.61.64.89.20

à CHATOU le 28 Septembre 2009.

Chers confrères, chères consœurs,

Actuellement médecin généraliste remplaçante dans l'ouest parisien, je réalise ma thèse sur la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes.

En effet, devant la pénurie annoncée de médecins gynécologues dans les prochaines années, nous aurons davantage de demandes de consultation en gynécologie-obstétrique. J'ai donc trouvé intéressant d'évaluer où en est la pratique dans la région parisienne et quelles sont vos attentes en ce domaine. Je voudrais donc réaliser un « Etat des lieux de la pratique de gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Île de France ».

Cette étude est dirigée par le Dr Aubin-Auger Isabelle, médecin généraliste à Soisy sous Montmorency, et enseignante en Médecine Générale à la faculté de Bichat paris 7, où je suis moi-même étudiante.

Il s'agit d'une étude anonyme qui sera menée auprès de 400 médecins généralistes tirés au sort dans toute l'Île de France. Aussi, je me permets de vous adresser ce questionnaire.

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

Je souhaiterais une réponse **avant le 23 Octobre 2009**, date à laquelle je ne pourrais plus prendre en compte vos réponses.

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

Mes sincères sentiments confraternels.

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

**ANNEXE 3 :**  
**Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2005**

Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2005, SFMG 2005

Rang	Résultat de consultation	Nombre de patients	Pourcentage
1	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	14749	18.97
2	ETAT FEBRILE	12094	15.55
3	HTA	9341	12.01
4	RHINOPHARYNGITE - RHUME	8838	11.37
5	ETAT MORBIDE AFEBRILE	8331	10.71
6	VACCINATION	8103	10.42
7	HYPERLIPIDÉMIE	6704	8.62
8	LOMBALGIE	5007	6.44
9	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	4702	6.05
10	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	4380	5.63
11	RHINITE	3216	4.14
12	TOUX	3175	4.08
13	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	3076	3.96
14	PLAINTÉ ABDOMINALE	3075	3.95
15	CONTRACEPTION	2955	3.80
16	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	2859	3.68
17	BRONCHITE AIGUË	2841	3.65
18	OTITE MOYENNE	2561	3.29
19	DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT	2303	2.96
20	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	2288	2.94
21	CERVICALGIE	2272	2.92
22	INSOMNIE	2261	2.91
23	ASTHENIE – FATIGUE	2240	2.88
24	DIABETE DE TYPE	2156	2.77
25	ANXIETE - ANGOISSE	2123	2.73
26	DERMATOSE	2115	2.72
27	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	2079	2.67
28	ASTHME	1991	2.56
29	EPAULE (TENOSYNOVITE)	1968	2.53
30	ARTHROSE	1934	2.49
31	CYSTITE - CYSTALGIE	1859	2.39
32	TABAGISME	1840	2.37
33	HUMEUR DEPRESSIVE	1836	2.36
34	ECZEMA	1822	2.34
35	CONTUSION	1809	2.33
36	DORSALGIE	1787	2.30
37	SUITE OPERATOIRE	1708	2.20
38	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	1686	2.17
39	SINUSITE	1674	2.15
40	CONSTIPATION	1594	2.05
41	CEPHALEE	1583	2.04
42	VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX	1561	2.01
43	DEPRESSION	1552	2.00
44	NEURALGIE - NEVRITE	1424	1.83
45	EPIGASTRALGIE	1404	1.81
46	TENOSYNOVITE	1383	1.78
47	CONJONCTIVITE	1355	1.74
48	ENTORSE	1298	1.67
49	SCIATIQUE	1259	1.62
50	HYPOTHYROIDIE	1252	1.61

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **COHEN J., MADELENAT P., LEVY-TOLEDANO R.** Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? État des lieux et perspectives en 2020. Paris : éditions ESKA, Juin 2000, 188p.
2. **GATIN BENEDICTE.** Le CNGOF ouvre ses portes aux généralistes. Panorama du médecin, Novembre 2006, n°5038, p.65.
3. **COMITE DE DEFENSE DE LA GYNECOLOGIE MEDICALE.** La pétition. Demain, consulter un gynécologue médical, impossible ?[en ligne]. Novembre 2009. [consulté le 17/09/2009]. Disponible sur [http://www.cdgm.org/article.php3?id\\_article=41](http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=41)>
4. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2009 [en ligne]. Septembre 2009. [consulté le 17/09/2009]. Disponible sur <<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2009.pdf>>
5. **ATTAL-TOULBERT K. VANDERSCHULDEN M.** La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales ». DREES. Études et résultats. n°679, Février 2009.
6. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** Démographie médicale française. Situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2006 [en ligne]. Étude n°39. Juin 2006. [consulté le 18/09/2009]. Disponible sur <<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etude39.pdf>>.
7. Commission Conditions d'exercice et démographie. URML Île-de France. Le devenir des médecins libéraux de 50 ans et plus en Île-de-France [en ligne]. Avril 2009. [en ligne]. [consulté le 18/09/2009]. Disponible sur <[http://www.carmf.fr/Actualites/divers/2009/URML\\_CARMF/URML\\_8pages.pdf](http://www.carmf.fr/Actualites/divers/2009/URML_CARMF/URML_8pages.pdf)>.

8. Laboratoire Francilien de la Démographie Médicale. URCAM Île-de-France. Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux. Mars 2002.
9. **Conseil National de l'Ordre des Médecins**. Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2007 [en ligne]. Septembre 2008. [consulté le 17/09/2009]. Disponible sur <<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2007.pdf>>.
10. URML Île-de-France. Soigner en Île-de-France : Le plan d'actions des médecins contre la crise de la démographie médicale en Ile de France [en ligne]. Conférence de presse. Juin 2009. [consulté le 14/12/2009]. Disponible sur <[http://www.urml-idf.org/urml/Salle\\_presse/pdf/090616\\_DP.pdf](http://www.urml-idf.org/urml/Salle_presse/pdf/090616_DP.pdf)>.
11. **Conseil National de l'Ordre des Médecins**. Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2008 [en ligne]. Septembre 2008. [consulté le 17/09/2009]. Disponible sur <<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2008.pdf>>.
12. CNFMC. Ministère de la Santé et des Solidarités. Disponible sur <<http://www-cnfmc.fr/onfmc-1.php>>.
13. **NIZARD J**. Médicale, obstétricale ou chirurgicale, quel type de pratique intéresse les internes d'aujourd'hui ? J Gynecol Obstet Reprod 2002; 31: 550-3.
14. Nombre de postes et rangs en gynécologie médicale pour l'examen national classant (ECN) [en ligne]. [Consulté le 11/11/2009]. Disponible sur <<http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html>>.
15. **MAURAN N**. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique. Thèse de médecine générale, Bordeaux, 2006, 70p.

16. **LEVASSEUR G., BAGOTC C., HONNORAT C.** L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Société française de santé publique. Revue santé publique, 2005, n°51.
17. **COUR DES COMPTES.** Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins [en ligne]. Septembre 2007. [Consulté le 22/10/2009]. Disponible sur <<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Chap8-medecins-liberaux.pdf>>.
18. URCAM Île-de-France. Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladie d'Île-de-France. Offre de soins, Omnipraticiens [en ligne]. 2005. [consulté le 22/10/2009]. Disponible sur <<http://www.urcamif.fr/Omnipraticiens.56663.0.html>>
19. **COSTES M., LOUZEAU ARNAL G.** Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse de médecine générale, Toulouse, 2006, 106p.
20. **GARRY F., BONNET N.** L'emploi du temps des médecins libéraux selon leurs modes d'organisation. CNAMTS. Présentation effectuée dans le cadre du colloque organisé par la Drees sur les modes d'organisation et de consultation des praticiens libéraux. Paris, Juin 2004.
21. **FIVAZ C., LE LAIDIER S.** Une semaine d'activité des généralistes libéraux. CNAMTS. Point stat n°33, Juin 2001.
22. **WITTKE L.** La féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique aux femmes médecins ? [en ligne]. Journée de Communications de la SFMG du 23 Novembre 1997. [consulté le 2/11/2009]. Disponible sur <<http://www.sfmfg.org>>.
23. **LABARTHE G.** Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. DREES, Études et Résultats. 2004:315.

24. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale française. Situation au 1er janvier 2005 [en ligne]. Étude n° 38, Juin 2005. [consulté le 18/09/2009]. Disponible sur < <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etatdeslieux38.pdf> >
  
25. **NIEL X.** La démographie médicale à l'horizon 2020. Une réactualisation des projections à partir de 2002. DREES, Études et Résultats. 2002:161.
  
26. **YVON B., LEHR-DRYLEWICZ A-M., BERTRAND P., et al.** Féminisation de la médecine générale. Une enquête qualitative en Indre-et Loire. Vie Professionnelle. Médecine. Février 2007.
  
27. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes, Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire. Étude de la féminisation de la profession médicale et de son impact. Approche quantitative et qualitative. Octobre 2003. Disponible sur <[http://www.urmlra.org/doc/doc\\_176\\_doc.pdf](http://www.urmlra.org/doc/doc_176_doc.pdf)>.
  
28. **SAINT LEGER I.** Femmes médecins généralistes libérales du Finistère en 2005. Conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée. Thèse de Médecine Générale, Brest; 2005.
  
29. **DELANNOY EGLINGER.** A propos du suivi gynécologique : médecin généraliste ou spécialiste : étude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie. Thèse de médecine générale, Lille, 2009, 85p.
  
30. **MENA A.** Prise en charge de la gynécologie et de l'obstétrique en cabinet de médecine générale. Thèse de médecine générale, Toulouse, 2001, 173p.
  
31. **Observatoire Thalès.** Étude 2769. Septembre 1999.
  
32. **DOREMA.** Étude permanente de la prescription médicale (EPPM). Trimestre : printemps 1999. IMS, 1999.

33. **DOMINIQUE M.** Gynécologie-obstétrique par le médecin généraliste dans les Alpes Maritimes : enquête personnelle. Thèse de médecine générale, Nice, 2004, 112p.
34. **HUMEAU-AUBIN S.** Gynécologie médicale et médecine générale. Thèse de médecine générale, Nantes, 2004, 67p.
35. **LE FUR P., BOURGUEIL Y., CASES C.** Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. IRDES. Questions d'économie de la santé. Juillet 2009 ; n°144 : 1.
36. **GOUYON M.** Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES. Études et Résultats. Octobre 2009 ; n°704 : 1.
37. **LE GOAZIOU M.-F., GILBERG S.** Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie. Revue du praticien. Médecine générale. 1999 ; n°474 : 1646-1647.
38. **Institut BVA.** Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Synthèse des résultats. Sondage réalisé pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale [en ligne]. Novembre 2008. [Consulté le 2/11/2009]. Disponible sur [http://www.bva.fr/administration/data/sondage/sondage\\_fiche/736/fichier\\_ressenti\\_des\\_femmes\\_a\\_legard\\_du\\_suivi\\_gynecologiquee0a78.pdf](http://www.bva.fr/administration/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf).
39. **SNJMG.** Nomenclature en médecine générale [en ligne]. [consulté le 3/11/2009]. Disponible sur < <http://www.snjmg.org/>>.
40. **BORIES-MASKULOVA V.** Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006. CNAMTS. Points de repères. Décembre 2008, n°23: 5.
41. **HINCHLIFF S, GOTT M, GALENA E.** GP's perception of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations. Eur J Gen Pract, 2004, 10, pp.56-60.

42. **PHILLIPS D., BROOKS F.** Women patient's preferences for female or male. GP's Fam Pract, 1998; 15, pp.543-547.
43. **GUYARD L.** Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ psychosomatique, 2002, N°27, p.81-92.
44. Journée CEGOP. Responsabilité Médicolégale en Gynécologie Obstétrique. Droit et Justice en Obstétrique[en ligne]. 30 Janvier 2009. [consulté le 10/11/2009]. Disponible sur <<http://w3appli.u-strasbg.fr/canalc2/evenements.asp?annee=2009&page=7&idEvenement=447>>.
45. **LE GOAZIOU M.-F.** La Revue Exercer. Novembre-Décembre 2003, n° 67-25, p.5.
46. **TOULLEC-PETIT C.** Le matériel du cabinet du médecin généraliste et son utilisation. Enquête auprès de 100 généralistes dans le département des Yvelines. Thèse Médecine Générale, Paris-Ouest, 1998, 84p.
47. **DUPORT N.** Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances. Actualisation 2008 [en ligne]. Mai 2008. [consulté le 10/11/2009]. Disponible sur <[http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer\\_col\\_uterus\\_2008/cancer\\_col\\_uterus\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer_col_uterus_2008/cancer_col_uterus_2008.pdf)>.
48. **PEPIN P.** Épidémiologie des cancers en Île-de-France. Observatoire régional de santé d'Île-de-France [en ligne]. Juin 2006. [consulté le 10/11/2009]. Disponible sur <<http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/rapportcancer2006.pdf>>.
49. Fédération des gynécologues et Obstétriciens de Langue Française. Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, Lille 5-6-7-8 septembre 1990 Recommandations : J Gynécol Obstét Biol Reprod 1990, 19 :1-16.

50. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002. Saint-Denis, 2002.
51. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Évaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Saint-Denis, 2004.
52. **CLAUDON C.** États des lieux de la pratique du frottis cervico-vaginal par les médecins généralistes de Montpellier. Thèse de médecine générale, Montpellier, 2007, 115p.
53. **HOFLIGER P., CALUZIO P., GUEGAN JC et al.** L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale, l'exemple du frottis cervical. Revue du Praticien Médecine Générale, 1994 ; 254 :29-3.
54. Haute Autorité de Santé (HAS). Quelle place pour le vaccin Papillomavirus humain (Gardasil®) dans la prévention du cancer du col ? Bon usage du médicament. Août 2007.
55. **MAGNIN LUTRINGER D.** La vaccination HPV : perception et pratique des médecins de la région Rhône-Alpes. Thèse de médecine générale, Lyon, 2008, 96p.
56. **SCHAFFER P., WEIL O.** Les généralistes et le dépistage du cancer du col utérin. Revue Prescrire 1995 ; 150 :271.
57. **EL SAWY AA.** The general practitioner's real-life experience of screening. Bull Cancer 1996; 83(9): 761-3.
58. Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Gardasil® : premier bilan de la surveillance des risques en France. Communiqué de presse. Juillet 2008.

59. Institut National du Cancer. Épidémiologie du cancer du sein en France et en Europe [en ligne].2009. [consulté le10/11/2009]. Disponible sur <<http://www.e-cancer.fr/la-sante-publique/depistage/depistage-du-cancer-du-sein/epidemiologie-du-cancer-du-sein->>.
60. Dépistage du cancer du sein : ne pas oublier d'inspecter et palper les seins. La Revue Prescrire. Février 2002 ; 225 : 123-126.
61. **BARTON MB et Coll.** Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? JAMA 1999; 282(13):1270-1280.
62. Institut National de Veille Sanitaire (INVS). Communiqué de presse : Environ 4,5 millions de femmes ont participé au dépistage organisé du cancer du sein en 2007 et 2008[en ligne]. 6 avril 2009. [Consulté le 11/11/2009]. Disponible sur <<http://www.invs.sante.fr/recherche/index2.asp?txtQuery=cancer+du+sein>>.
63. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Les français et la contraception[en ligne]. Mars 2007. [consulté le11/11/2009]. Disponible sur <[http://ww.choisirsacontraception.org/pdf/francais\\_et\\_contraception.pdf](http://ww.choisirsacontraception.org/pdf/francais_et_contraception.pdf)>.
64. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Contraception : Que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Dossier de presse. Juin 2007.
65. MG France. Médecin généraliste et suivi de la femme. Enquête Epilule [en ligne]. Novembre 2008. [consulté le 11/11/2009]. Disponible sur <<http://www.mgfrance.org/content/view/885/1507/>>.
66. **BEN NEJMA N.** Prise en charge de la contraception par le médecin généraliste. Thèse de médecine générale, Aix Marseille, 2008, 83p.

67. Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)- Haute Autorité de Santé (HAS). Service des recommandations professionnelles. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Synthèse des recommandations. Décembre 2004.
68. **PELTIER G.** La pratique gynécologique et obstétricale en médecine générale, enquête auprès de 55 médecins généralistes de la région yonnaise. Mémoire de stage chez le praticien, Novembre 2002-Mai 2003, Nantes. 22p.
69. **MARRET H, GLOFIER F et al.** Intrauterine devices in general practice: a prospective study of 300 insertions. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002; 31(5): 425-70.
70. **ARINO-CLOUET S.** Le stérilet en médecine générale: enquête auprès des médecins généralistes d'Aquitaine. Thèse de Médecine Générale, Bordeaux 2, 2005 ; 129 p.
71. **LE GOAZIOU M.-F.** Suivi à 4 ans de la pose de stérilet en médecine générale. Revue du praticien Médecine Générale 1999. Tome 13 ; 463 : 1056-1059.
72. **ALLEZY V.** L'anneau vaginal contraceptif Nuvaring® : exemple de diffusion d'un nouveau moyen de contraception : enquête d'opinion auprès de 170 femmes de 18 à 40 ans de juillet 2006 à septembre 2007 en Île-de-France. Paris 7 Denis Diderot, 2008, 86p.
73. Andem. Guide de la surveillance de la grossesse [en ligne]. 1996. [consulté le 12/11/2009]. Disponible sur <[www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)>.
74. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes. Recommandations pour les professionnels de santé. Avril 2005.

75. Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations pour les professionnels de santé. Mai 2007.
76. **SCHEIDEGGER S., VILAIN A.** Disparités sociales et surveillance de la grossesse. DREES. Études et Résultats, n°552, Janvier 2007.
77. **COHEN J. MADELENAT P. LEVY-TOLEDANO R.** Gynécologie et Santé des femmes. La demande de soins-Grossesse. Paris : éditions ESKA, Mai 2000.
78. **ARNAUD A.** Motifs de recours des femmes enceintes consultant en médecine générale : étude descriptive auprès de 68 médecins généralistes du Rhône. Thèse de Médecine Générale, Lyon, 2003, 68p.
79. **LE GOAZIOU M.-F.** Prendre en charge la grossesse avant le centre obstétrical Comment articuler le réseau praticien/spécialiste. Contraception Fertilité Sexualité 1998, volume 26 ; 3 :221-222.
80. **BRISCHOUAL S.** Pédiatrie, Gynécologie et Obstétrique en Médecine Générale : perspectives d'avenir. Thèse de Médecine Générale, Rennes, 2003, 156p.
81. **HATEM G. ADORIAN E.** Suivi de grossesse par le généraliste. Le Concours Médical. Tome 124-06. 16-02-2002.
82. Ministère de la santé et de la Protection sociale. Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité. 10 novembre 2004, 42 p.
83. Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 [en ligne]. Septembre 2006, n°659. [consulté le 12/11/2009]. Disponible sur <http://www.travail-solidarité.gouv.fr/IMG/pdf/IVGer659.pdf>

84. Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). Les interruptions volontaires de grossesse en Ile de France en 2006. [en ligne]. STAT'IF n°26, Mars 2008. [consulté le 12/11/2009]. Disponible sur [http://ile-de-France.sante.gov.fr/img/pdf/statif\\_26.pdf](http://ile-de-France.sante.gov.fr/img/pdf/statif_26.pdf).
85. Réseaux Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO). Site internet [www.revho.fr](http://www.revho.fr).
86. **DAGOUSSET I., FOURRIER E, AUBENY E, et al.** Use of Misoprostol for medical abortion: a trial of the acceptability for home use. Gyneco Obstet Fertil. 2004 Jan; 32(1):28-33.
87. **FOURNIER A., CLAVEL F., HILL C.** Traitement hormonal de la ménopause et risqué de cancer du sein: Commentaires sur les résultats de la Million Women Study. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 039388697 ; 314.916 ; 27-28.
88. **AZOULAY C.** Ménopause en 2004 : le « traitement hormonal substitutif » n'est plus ce qu'il était. Revue de Médecine Interne, Novembre 2004, 25, 806-815.
89. **TREMOLLIÈRES F., RIBOT C., POUILLES J.-M.** Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. Revue du Praticien, Février 2005 ; 55 : 393-397.
90. Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Rapport d'orientation, Mai 2004.
91. **LE GOAZIOU M.-F.** Approche de la prise en charge des femmes ménopausées en médecine générale. Revue du Praticien Médecine Générale.1995.Tome 9 ; 305 :32-37.

92. **NICOLLE C.** Les besoins de formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique. Thèse de Médecine Générale, Toulouse, Juin 2004, 138 p.
93. **AUNEY S.** Activité gynécologique des médecins généralistes. Thèse de Médecine Générale, Toulouse, Avril 2001,80p.
94. **LEVASSEUR G., BAGOT C., HONNORAT.** Que disent les médecins généralistes sur leurs besoins de formation en gynécologie. Pédagogie Médicale 2002, 19-24.