

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Etat des lieux de la pratique gynécologique dans le département du Maine-et- Loire

Etude quantitative auprès des médecins généralistes

FAVREAU Alice

Née le 03 mars 1996 à Paris 12^e (75)

Sous la direction du Docteur GHALI Maria

Membres du jury

Professeur TESSIER CAZENEUVE Christine | Présidente

Docteur GHALI Maria | Directrice

Docteur BEAUSSIER Philippe | Membre

Soutenue publiquement le :
06 mars 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Alice FAVREAU
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **23/01/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie

PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDEECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

Au **Professeur Christine TESSIER-CAZENEUVE**, merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, et pour l'attention que vous avez portée à ce travail.

A **Dr Maria GHALI**, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et un grand merci pour ton accompagnement tout au long de ce travail, pour ta disponibilité et ta bienveillance.

A **Dr Philippe BEAUSSIER**, merci d'avoir accepté de participer à ce jury, et merci pour ton écoute, ta bienveillance, ta sagesse et ta pédagogie lors de mon stage SASPAS.

A tous les médecins qui ont pris le temps de répondre au questionnaire, sans eux ce travail n'aurait pas pu exister.

A **mes maîtres de stage de praticien niveau 1, de SAFE et de SASPAS**, merci du partage de votre expérience et de tous vos bons conseils, vous m'avez beaucoup appris.

A **mes parents**, merci pour votre amour, votre dévouement et votre soutien sans faille pendant ses longues années d'étude. De la première année, aux partiels et jusqu'aux ECN vous m'avez toujours soutenu et encouragé. C'est grâce à vous que j'ai pu entreprendre et terminer ces longues études.

A **Maëlle, Sibylle et Tanguy**, merci pour nos fous rires et pour nos chamailleries, vous avez été un important soutien au cours de ses études.

A **mes grands-parents, Papou, Bonne-Mam', Papily** pour leur amour inconditionnel depuis toutes ses années. J'ai évidemment une pensée pour toi **Granny**, j'aurai tant aimé que tu sois présente pour voir mon parcours, j'espère que de là-haut tu es fière de moi.

A **Barbara, Mathilde, Muriel et Mélanie**, mes amies de toujours, merci pour tous les moments que j'ai partagés avec chacune d'entre vous. Vous m'avez permise de décompresser, de rigoler, de penser à autre chose que la médecine durant ces études et ça m'a fait un bien fou ! Ces amitiés sont si précieuses pour moi, merci d'être vous.

A **Sude**, merci de m'avoir accompagnée lors de ses deux années de PACES qui ont été bien éprouvantes. Avec ta joie, ta bonne humeur et ton humour, tu les as rendus agréables !!

A **mes amis de fac de Nantes**, merci d'avoir rendu ses longues années aussi belles par votre présence. De tous ses repas au RU, de mes rares passages à la BU, des week-ends d'intégration, des soirées, des tonus, des vacances, autant de moments partagés avec vous qui resteront gravés à jamais. Je suis si fière de vos parcours respectifs et des personnes que vous êtes, ne changez rien !

Manue, merci d'avoir rendu la vie angevine encore plus douce qu'elle ne l'est. Merci d'avoir été l'extraordinaire coloc que tu as été pendant ses deux ans et demi, je n'aurai pas pu rêver mieux ! C'était un plaisir de savoir qu'on se retrouverait le soir à discuter autour d'un repas ou d'une tisane, de nos histoires, de nos rencontres et de nos journées.

Marine, merci pour ta spontanéité, pour ta bonne humeur, pour tous ses moments de confiance avant de se coucher, pour tous ses moments de rire, merci de toute cette énergie positive dont tu débordes et qui rend chaque moment passé à tes côtés si agréable.

REMERCIEMENTS

Cédric, toi mon partenaire de dégustation de chichis, et de glace. Merci pour tes blagues toujours bien placées, merci d'être toi. Même si je n'oublie pas cette fameuse partie de loup-garou où tu m'as trahi sans hésitation alors que je te faisais confiance.

Julien, merci pour toutes ses parties de tennis, ses virées au stade, à la mer, ou en Vendée qui serait la plus belle région du monde selon toi (il faudra encore m'en convaincre), pour tous ses moments si riches passés avec toi.

Imani merci pour ton humour, pour nos duos improvisés, pour ta gentillesse, ta bienveillance et ta modestie, tu es à mes yeux le meilleur cardiologue. Et je ne perds pas espoir, je sais qu'un jour tu comprendras qui est le meilleur club de ligue 1 (et non ce n'est pas le PSG).

Théau, merci pour ta sagesse et pour tous tes bons conseils, pour tous ses jeux de mot légendaires qui ponctuent les moments partagés avec toi. Ta générosité et ton humilité font de toi une très belle personne.

Ilian, merci pour ta bonne humeur ! Chaque moment passé avec toi n'est que rigolade et positivité. Merci pour toutes ses soirées jeux si sympathiques à Angers. Elles étaient une véritable pause de douceur au cours de cet internat.

Momo merci pour ce stage de médecine interne où j'ai tant rigolé grâce à toi (je ne ferai pas l'affront de te rappeler les petites gaffes que tu as fait). Tu es vraiment une très belle personne. Ne change rien ! Enfin si juste peut être ton club favori.

A **tous mes co-internes** que j'ai croisé au cours de mes stages aux urgences, au SMR et en gériatrie. Merci d'avoir partagé ses nombreuses pauses cafés devenant de plus en plus longue au cours du semestre, et tous ses verres dans les bars angevins.

A **tous les amis d'Olivier** qui sont devenus mes amis. Merci de m'avoir intégrée si gentiment!

A **toi, mon petit chat, mon amour**, merci de partager ma vie, de m'apporter tout ce que tu m'apportes au quotidien. Merci pour tous tes mots rassurants dans mes moments de doute et de stress, de ta patience, merci de tous ses moments où tu m'as fait pleurer de rire, de ta folie, de toutes ses attentions dont tu me combles chaque jour. Merci pour tout. J'ai si hâte de vivre encore des milliers de choses à tes côtés pendant de très nombreuses années. Je t'aime.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

1. Les missions du MG
2. Le suivi gynécologique et obstétrique
3. Démographie médicale
4. La place du MG concernant la santé de la femme

MÉTHODES

1. Type d'étude
2. Population étudiée
3. Recueil des données
 - 3.1. Questionnaire
 - 3.2. Diffusion du questionnaire
 - 3.3. Analyse des données

RÉSULTATS

1. Diagramme de flux
2. Caractéristiques socio-démographiques de la population
3. Quelle est la pratique globale des MG concernant la santé de la femme ?
4. Freins et facteurs motivants à la pratique de la gynécologie par les MG
 - 4.1. Facteurs motivants
 - 4.2. Freins
5. Evolution dans les années à venir

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Forces et limites de l'étude
 - 1.1. Forces de l'étude
 - 1.2. Limites de l'étude
2. Comparaison avec la littérature
 - 2.1. Données de l'échantillon
 - 2.2. Pratique gynécologique
 - 2.2.1. Activité globale
 - 2.2.2. Une activité gynécologique plus féminine
 - 2.2.3. Une influence de la classe d'âge différente selon les catégories d'activité
 - 2.2.4. La proximité d'un gynécologue n'a que très peu d'influence sur l'activité gynécologique des MG
 - 2.2.5. Une activité gynécologique qui peut être modifiée selon les formations supplémentaires
 - 2.3. Freins et motivations
 - 2.3.1. Facteurs motivants
 - 2.3.2. Freins
 - 2.4. Evolution

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : Le suivi gynécologique est assuré par différents acteurs, tels que les gynécologues, les médecins généralistes (MG) et les sage-femmes. Les projections de la démographie médicale signalent une forte diminution du nombre de gynécologues. Dans le département du Maine-et-Loire, la diminution du nombre de gynécologues médicaux entre 2010 et 2022 est de 70%, ce qui pourrait donc occasionner l'accroissement du nombre de consultations gynécologiques que réalisent les médecins généralistes. L'objectif principal de cette étude était donc de faire un état des lieux de l'activité en lien avec la santé de la femme des MG exerçant dans le Maine-et-Loire.

Matériels et méthode : Etude quantitative descriptive par questionnaire adressé par mail entre mars et août 2024 aux MG maitres de stage universitaire des 2e et 3e cycles des études de médecine exerçant dans le Maine-et-Loire. Le questionnaire était divisé en 4 parties : données socio-démographiques des participants, l'état des lieux de leur activité en gynécologie, les freins et les motivations à l'augmentation de leur activité en lien avec la santé de la femme, et l'évolution de cette activité.

Résultats : Au total, 91 réponses ont pu être analysées sur les 246 possibles, soit un taux de participation de 37%. Les MG avaient une forte activité pour la prescription de pilule contraceptive, le dépistage (suivi mammographique) et la prévention. En revanche, elle l'était beaucoup moins pour la réalisation de certains gestes techniques (pose DIU et implant) et dans la prescription de traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Les médecins femmes avaient une activité gynécologique plus importante que les médecins hommes. Des différences étaient également observées en fonction de l'âge et de la proximité avec un

gynécologue, bien que celles-ci étaient limitées à très peu de catégories. Les praticiens ayant suivi une formation complémentaire réalisaient davantage de gestes techniques que ceux n'en ayant pas suivi. Les principaux freins à la pratique gynécologique étaient le manque de demande (43%), la proximité avec une sage-femme ou une consœur avec activité gynécologique importante (33%) et la proximité avec un gynécologue (20%). Enfin, 88% des participants accepteraient d'augmenter leur pratique en cas de demande.

Conclusion : Cet état des lieux révèle que les MG exercent une activité gynécologique très développée dans les domaines de la prescription de pilule contraceptive et dans la prévention. En revanche, leur pratique est moins importante dans la réalisation des FCU, ou le suivi de grossesse et reste bien plus limitée dans la pose d'implants ou de DIU, les IVG et la prescription des traitements de la ménopause. Les femmes connaissent mal les compétences des médecins généralistes en gynécologie, limitant ainsi leur recours. Une meilleure information et une formation initiale des MG renforcée permettraient d'améliorer l'accès aux soins et la qualité du suivi.

INTRODUCTION

1. Les missions du médecin généraliste

Le médecin généraliste est un acteur principal des soins de premier recours et joue un rôle essentiel dans la prise en charge globale des patients. Il est défini par la branche européenne de la WONCA (World Organization of family doctors) comme étant « *le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée* » (1).

Le MG est, en effet, en charge d'assurer la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé de ses patients, comme il l'est notifié dans le code de la santé publique du 26 janvier 2016 (2).

Il se doit ainsi utiliser « de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient ». (1).

La prise en charge de la santé de la femme fait donc partie intégrante des missions et des compétences du MG.

2. Le suivi gynécologique et obstétrique

Le suivi gynécologique peut être assuré par différents acteurs, tels que les gynécologues-obstétriciens, les gynécologues médicaux, les MG ou bien les sage-femmes.

Une revue de la littérature, publiée en 2018, rapporte qu'entre 80 et 91% des femmes de plus de 15 ans ont un suivi gynécologique régulier. Ce suivi est assuré dans 8 à 23 % par des MG, dans 72 à 92% par un gynécologue et dans 2% par des sage-femmes (3).

En ce qui concerne les suivis de grossesse à bas risque, en 2016, 18,5 % des déclarations de grossesses ont été réalisés par des MG et 6,5% des femmes ont été suivies par un MG au cours des six premiers mois de grossesse (3).

3. Démographie médicale

Selon les chiffres de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), les MG étaient 101 939 en France métropolitaine en 2018 et ne sont plus que 99 457 au 1er janvier 2023 soit une diminution de 2,5%. **La densité médicale des MG** au 1er janvier 2023 est de 146,6 pour 100 000 habitants. Les projections de la DREES jusqu'à 2050 évoquent une diminution du nombre de MG jusqu'en 2028 puis une augmentation progressive des effectifs (4).

Dans le département du Maine-et-Loire, les MG sont au nombre de 1332 au 1er janvier 2023 contre 1260 en 2018, soit une augmentation de 5%. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), la densité médicale des MG dans le Maine-et-Loire a diminué de 1,2% et est, en 2023, à 134,1 MG pour 100 000 habitants, soit légèrement inférieure à la densité médicale en France métropolitaine (5).

En parallèle, au 1er janvier 2023, on recense 1936 gynécologues médicaux en France métropolitaine, contre 2789 en 2018 soit une **diminution du nombre de gynécologue de 31%**. La densité médicale est de 2,85 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants au 1er janvier 2023 contre 4,17 pour 100 000 habitants en 2018, soit une diminution de 32%. L'âge moyen des gynécologues médicaux actuellement en activité est de 58,3 ans en moyenne (4). Cette forte diminution d'effectif et la moyenne d'âge des praticiens exerçant est en partie liée à la suppression de la gynécologie médicale du cursus universitaire entre 1984 et 2003.

Dans le département du Maine-et-Loire, le nombre de gynécologues médicaux n'est que de 7 praticiens au 1er janvier 2023, contre 17 en 2018, soit une diminution de l'effectif de 59%. Selon le CNOM, la densité médicale des gynécologues médicaux dans le Maine-et-Loire est de 1,7 pour 100 000 habitants en 2023 alors qu'elle était de 5 pour 100 000 habitants en 2010, soit une diminution de 66% en 13 ans (6).

De plus, au sein du département, la répartition des gynécologues médicaux est très inégale comme le démontre là encore le conseil national de l'ordre des médecins. On retrouve effectivement une densité moyenne autour d'Angers alors que la densité de gynécologues autour de Cholet est faible (7).

De la même façon, au 1er janvier 2023 on recense 5773 **gynécologues-obstétriciens** en France métropolitaine, contre 4999 en 2018, soit une augmentation du nombre de 15 % en 5 ans (4). Selon le CNOM, la densité médicale est de 14,8 gynécologue-obstétriciens pour 100 000 habitants en France métropolitaine. Dans le Maine-et-Loire, la densité en 2023 est de 18 praticiens pour 100 000 habitants soit une augmentation de 23,3% en 13 ans (6).

Au premier janvier 2023, on recense 69 gynécologue-obstétriciens dans le Maine-et-Loire contre 60 en 2018, soit une augmentation de 15 % (6).

Enfin, selon les chiffres de la DREES, au 1er janvier 2023, 24 354 **sage-femmes** sont en activité en France métropolitaine, alors qu'elles étaient 22 824 en 2018, soit une augmentation de leur nombre de 6,7%. Ceci représente une densité médicale de 168,8 sage-femmes pour 100 000 habitants. La tendance est la même en Maine-et-Loire, où l'on recense 303 sage-femmes au 1er janvier 2023 contre 295 en 2018 (4). Selon l'observatoire régional de santé, la densité médicale dans le Maine et Loire est de 167 sage-femmes pour 100 000 habitants en 2016 (8).

4. La place du MG concernant la santé de la femme

La prise en charge des femmes fait partie intégrante des compétences du MG. L'état de la démographie actuelle des médecins gynécologues, aura peut-être pour conséquence, une augmentation de la pratique gynécologique des MG. De plus, la proximité du MG est un argument supplémentaire pour les patientes.

En effet, une étude publiée par la DREES en octobre 2018 rapporte que le délai moyen pour obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste est de 6 jours, alors qu'il est de 44 jours pour les gynécologues (9).

L'objectif principal de cette thèse était de réaliser un état des lieux de la pratique des MG, concernant la prise en charge de la santé de la femme dans le département du Maine-et-Loire. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les différentes motivations et freins potentiels rencontrés.

MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative transversale descriptive multicentrique.

2. Population étudiée

La population ciblée était les MG installés et exerçant dans le département du Maine-et-Loire et qui étaient maîtres de stage universitaire (MSU) des étudiants en médecine des 2^e et 3^e cycles. En effet, les MSU sont représentatifs dans leur pratique de l'ensemble des MG (10).

3. Recueil des données

3.1. Questionnaire

Un questionnaire en ligne a été rédigé sur LimeSurvey.

Il était constitué de 22 questions réparties en 4 parties. La première partie était axée sur les données socio-démographiques des participants. La deuxième partie évaluait leur activité gynécologique. La troisième partie étudiait les freins et les motivations à la pratique de la gynécologie des médecins généralistes et enfin la quatrième partie considérait l'évolution possible de cette activité (Annexe 1).

3.2. Diffusion du questionnaire

Il a été diffusé par voie électronique, par la scolarité du deuxième et troisième cycle de la faculté d'Angers aux MSU, de mi-mars à mi-août 2024, soit une durée de 5 mois. Deux relances ont été réalisées. Les réponses au questionnaire étaient anonymes. Le temps de remplissage était estimé à de 10 minutes.

3.3. Analyse des données

Les données ont été extraites de LimeSurvey dans un tableur Excel de manière automatique. Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel biostaTGV. Le test du Chi2 a été utilisé pour la comparaison de variables qualitatives. Le test de Fisher a été utilisé lorsque les conditions pour la réalisation du test de Chi2 n'étaient pas réunies. Le test de Kruskal Wallis a été utilisé lorsque la variable de réponse était une variable qualitative ordinale. La présence d'une différence significative entre les différentes variables analysées a été déterminée pour une valeur de p inférieure à 0,05.

RÉSULTATS

1. Diagramme de flux

Au total, 91 questionnaires ont été analysés (Figure 1), soit un taux de réponse de 37%.

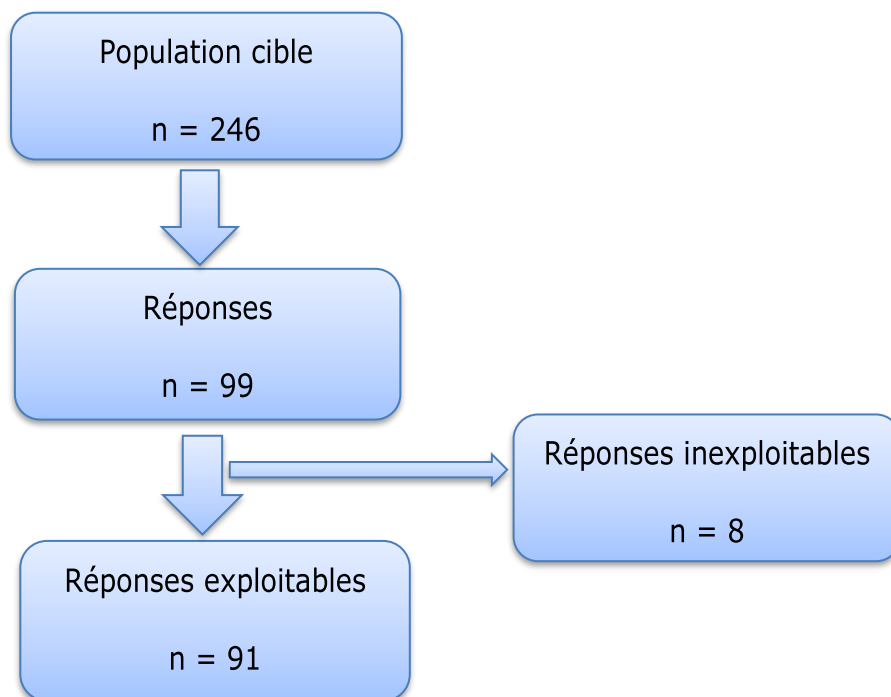


Figure 1 : Diagramme de flux

2. Caractéristiques socio-démographiques de la population

Les caractéristiques épidémiologiques de la population sont regroupées dans le tableau I ci-dessous.

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques de la population

		Nb (n=91)	Pourcentage
Sexe	Homme	31	34,05%
	Femme	60	65,93%
Age	Entre 25 et 35 ans	20	21,98%
	Entre 36 et 45 ans	28	30,77%
	Entre 46 et 55 ans	28	30,77%
	Plus de 56 ans	15	16,48%
Durée d'installation	Moins de 10 ans	41	45,06%
	Entre 10 et 20 ans	25	27,47%
	Plus de 20 ans	25	27,47%
Zone d'exercice	Urbaine	31	34,07%
	Semi-rurale	37	40,66%
	Rurale	23	25,27%
Mode d'exercice	Cabinet seul	1	1,10%
	Cabinet de groupe ou MSP	81	89,01%
	Mixte	8	8,79%
	Autre	1	1,10%
Territoire d'exercice	Angers	39	42,86%
	Mauges-Choletais	26	28,57%
	Saumurois-Layon	10	10,99%
	Loire-Segréen	7	7,69%
	Beaujeois-Vallée	9	9,89%
Distance avec un gynécologue	Moins de 15min	38	41,76%
	Entre 15 et 30 min	47	51,65%
	Entre 31 et 60 min	6	6,59%
Nb moyen de consultation de MG par jour	Moins de 20	16	17,58%
	Entre 20 et 30	72	79,12%
	Plus de 30	3	3,30%
Nb moyen de consultation de gynécologie par jour	< 5	63	69,23%
	Entre 5 et 10	22	24,18%
	Entre 11 et 15	5	5,49%
	> 15	1	1,10%

Formation en gynécologie	Internat	73	80,22%
	Formation médicale continue	56	61,54%
	DU ou DIU	12	13,19%
	Littérature	23	25,27%
	Journée de formation dédiées aux MG	49	53,85%
	Congrès	17	18,68%
	Revue	27	29,67%
	Internet	17	18,68%
	Autre	6	6,59%

Nb = nombre ; MG = médecins généralistes ; MSP = maison de santé pluriprofessionnelle ; DU = diplôme universitaire ; DIU = diplôme inter-universitaire.

La répartition des MG de l'échantillon **selon le sexe et l'âge** est représentée dans la figure 2 ci-dessous.

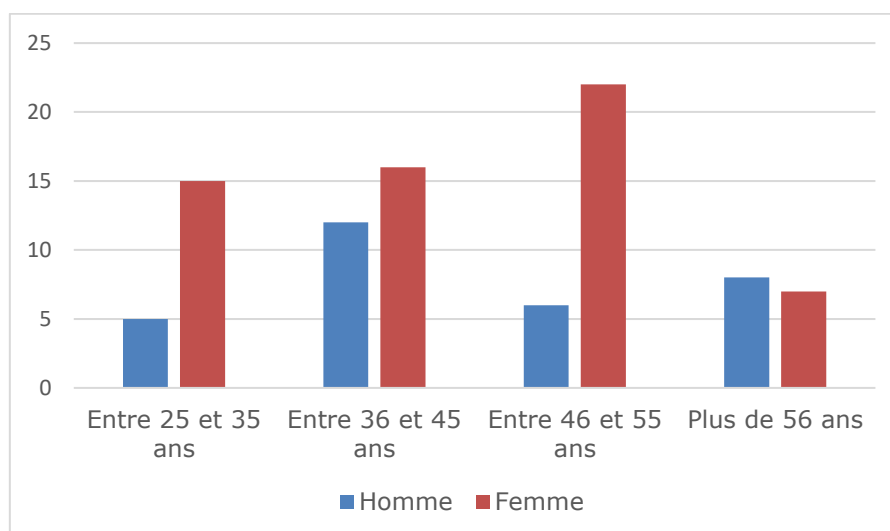


Figure 2 : Répartition des MG selon le sexe et l'âge

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant l'âge et le sexe des MG ($p=0,10$ au test du Chi2 de Pearson).

La répartition des MG **selon leur territoire d'exercice et la proximité avec un gynécologue** est présentée dans la figure 3 ci-dessous.

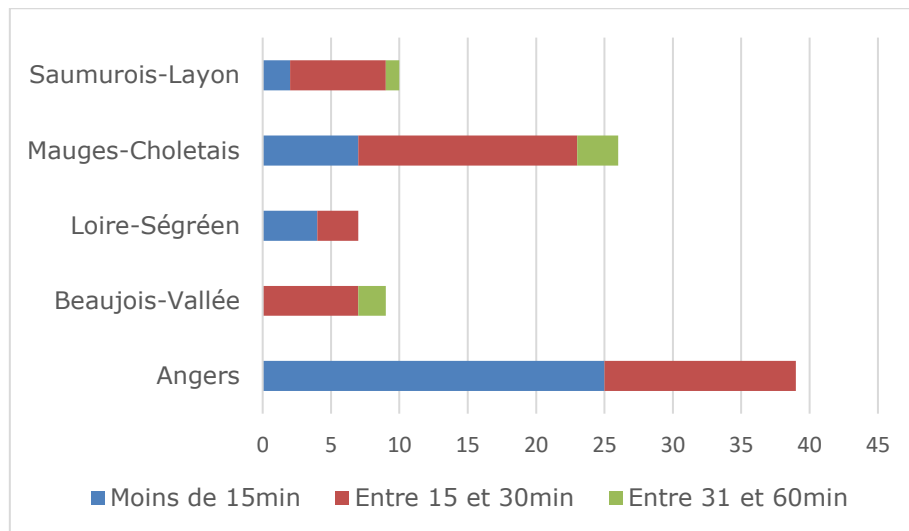


Figure 3 : Répartition des MG selon leur territoire d'exercice et la proximité avec un gynécologue

Il existait une différence significative entre le temps de trajet pour aller chez le gynécologue le plus proche selon le territoire d'exercice ($p=0,0002$ au test de Kruskal Wallis). Il a été constaté une différence significative entre Angers et Cholet ($p=0,002$ au test de Fisher), entre Angers et Saumur ($p=0,008$ au test de Fisher), entre Angers et le Beaujois-Vallée ($p=6,9E-5$). En revanche il n'y avait pas de différence significative entre Angers et le Loire-Segréen ($p=1$ au test de Fisher).

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative entre le **nombre de consultation moyen de médecine générale par jour et le sexe** ($p=0,30$ au test de Fisher).

Il n'a pas été retrouvé non plus de différence statistiquement significative entre le nombre de consultation moyen de médecine générale par jour et l'âge ($p=0,07$ au test de Kruskal Wallis).

La répartition du **nombre de consultation de gynécologie par jour selon le sexe** est exposée dans la figure 4.

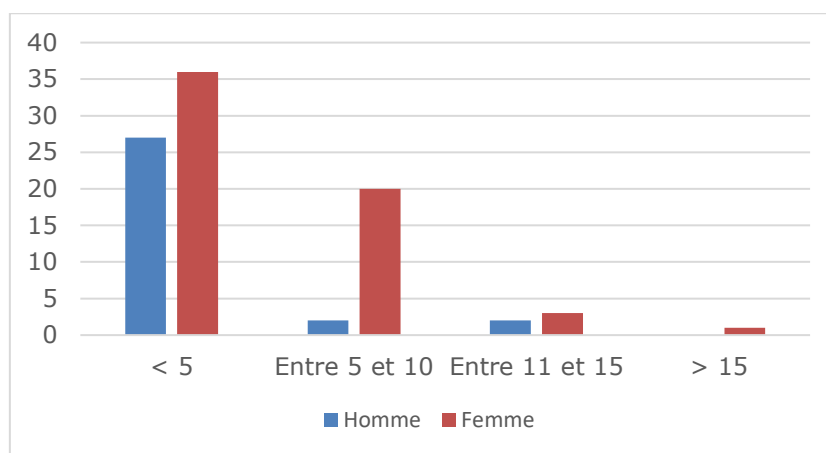


Figure 4 : Répartition du nombre de consultations de gynécologie par jour selon le sexe

Dans cet échantillon, les médecins femmes réalisaient plus de consultation de gynécologie par jour que les médecins hommes ($p=0,01$ au test de Fisher).

Concernant **la formation** des répondants, les MG ayant répondu « autres » étaient formés par leur activités en centre de santé sexuelle pour 4 d'entre eux, 1 a un diplôme de sage-femme et 1 autre s'est formé avec des pairs.

Il existait, dans cet échantillon, une **différence statistiquement significative entre la formation en gynécologie au cours de l'internat selon l'âge**. En effet, les plus jeunes MG étaient plus formés en gynécologie au cours de leur internat que les plus anciens MG ($p=1,2 \times 10^{-7}$ au test de Kruskal Wallis). Les MG les plus âgés étaient formés lors de formation médicale continue (FMC) que les plus jeunes ($p=2,7 \times 10^{-5}$ au test de Kruskal Wallis).

3. Quelle est la pratique globale des MG concernant la santé de la femme ?

Globalement la pratique des MG autour des questions en lien avec la santé de la femme était diverse (Figure 5).

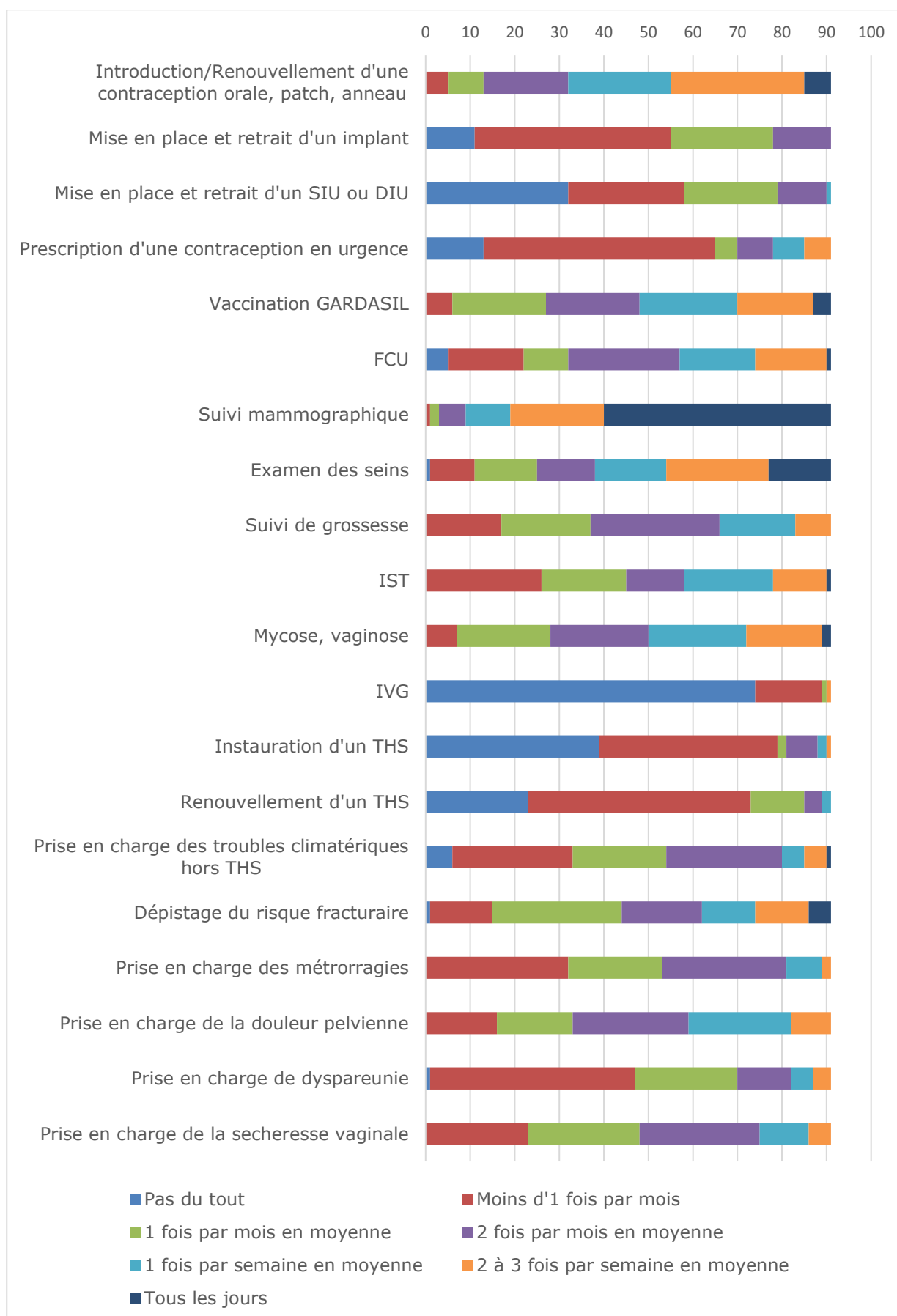


Figure 5 : Vue d'ensemble de la fréquence des consultations gynécologiques par les MG

L'évolution de l'activité gynécologique sur ces 5 dernières années est représentée dans la figure 6.

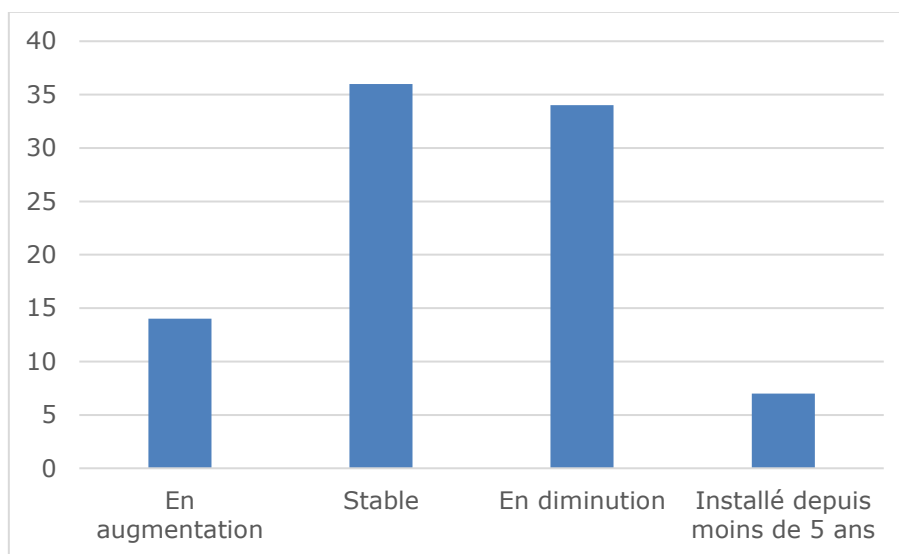


Figure 6 : Evolution des consultations de gynécologie par MG sur ces 5 dernières années

Parmi les MG ayant répondu à cette étude, 15% avait constaté une augmentation de leur activité de gynécologie, 40% avait observé une stabilité de leur pratique en gynécologie, 37% avait remarqué une diminution et enfin 8% était installés depuis moins de 5 ans. Parmi les 14 personnes ayant rapporté une augmentation de leur activité gynécologiques, 100% était des femmes. Dans cet échantillon, **il existait une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes par rapport à l'évolution sur ces 5 dernières années** ($p=0,01$, test de Fisher). Il y avait une différence statistiquement significative entre les plus jeunes praticiens qui ont tendance à constater une augmentation de leur pratique contrairement aux plus anciens ($p=0,00004$, test de Kruskal-Wallis).

Afin de faciliter la lecture, certaines catégories du questionnaire ont été regroupées. Les personnes ayant répondu « pas du tout » ou « moins d'une fois par mois » ont été regroupées dans le groupe « rarement ». Les MG ayant répondu « une fois par mois » et « deux fois par mois » ont été regroupés dans le groupe « occasionnellement ». Les MG ayant répondu « une

fois par semaine » ou « deux à trois fois par semaine » ont été réunis dans le groupe « régulièrement ». Enfin le dernier groupe « fréquemment » représentait ceux qui ont répondu « tous les jours ». (Annexe 2)

L'introduction ou le renouvellement d'une contraception orale était réalisé par deux tiers des médecins régulièrement ou fréquemment. Le suivi mammographique était réalisé par 90% des médecins régulièrement ou fréquemment. Au contraire, les poses et retraits d'implant et de dispositif intra-utérin (DIU) étaient assez peu réalisés puisque qu'environ 60% ne le faisait que rarement et quasiment 100% le faisait rarement ou occasionnellement. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) n'était pas ou peu réalisée par 98% des médecins de l'étude. Le suivi de grossesse était réalisé rarement ou occasionnellement en moyenne chez 73% des médecins de l'étude. En ce qui concerne les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause (THM), 87% ne l'instaurait pas ou peu, et 80% ne le renouvelait pas ou peu. La prise en charge des troubles climatiques hors THM était réalisée rarement ou occasionnellement chez 88% des médecins.

Les réponses étaient plus hétérogènes par rapport à la réalisation des frottis cervico-utérins (FCU), de la vaccination contre le papillomavirus (HPV), et de la prise en charge de mycose ou infection sexuellement transmissible (IST) (Annexe 2).

La répartition des consultations en lien avec **la contraception** selon le sexe et l'âge est représentée dans les tableaux II et III présentés ci-dessous.

Tableau II : Répartition des consultations en lien avec la contraception selon leur fréquence de réalisation et le sexe

Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Effectifs (%)		p
		Homme (n=31)	Femme (n=60)	
Contraception orale, d'un patch ou d'un anneau	Rarement	4 (13)	1 (2)	0,005
	Occasionnellement	14 (45)	13 (22)	(f)
	Régulièrement	12 (39)	41 (68)	
	Fréquemment	1 (3)	5 (8)	
Implant	Rarement	26 (84)	29 (48)	0,001
	Occasionnellement	5 (16)	31 (52)	(f)
	Régulièrement	0 (0)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	
DIU	Rarement	28 (90)	30 (50)	0,0002
	Occasionnellement	3 (10)	29 (48)	(f)
	Régulièrement	0 (0)	1 (2)	
	Fréquemment	0 (0)	0	
Contraception d'urgence	Rarement	28 (90)	37 (62)	0,004
	Occasionnellement	3 (10)	10 (17)	(f)
	Régulièrement	0 (0)	13 (21)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	

DIU = dispositif intra utérin ; f = Test de Fisher.

Les femmes réalisaient significativement plus d'introduction et de renouvellement d'une contraception orale, patch ou anneau ($p=0,005$), de pose et de retrait d'implant ($p=0,001$) et de DIU ($p=0,0002$) et de prescription de contraception d'urgence ($p=0,004$) que les hommes.

Tableau III : Répartition des consultations en lien avec la contraception selon leur fréquence de réalisation et la classe d'âge

		Effectifs (%)				
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Entre 25 et 35 ans (n=20)	Entre 36 et 45 ans (n=28)	Entre 46 et 55 ans (n=28)	Plus de 56 ans (n=15)	p
Contraception orale, patch, anneau	Rarement	2 (10)	1 (4)	0 (0)	2 (13)	0,01
	Occasionnellement	9 (45)	14 (50)	1 (3)	3 (20)	(kw)
	Régulièrement	8 (40)	13 (46)	24 (86)	8 (54)	
	Fréquemment	1 (5)	0 (0)	3 (11)	2 (13)	
Implant	Rarement	14 (70)	25 (89)	8 (29)	8 (53)	0,003
	Occasionnellement	6 (30)	3 (11)	20 (71)	7 (47)	(kw)
	Régulièrement	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
DIU	Rarement	15 (75)	23 (82)	8 (29)	12 (80)	0,049
	Occasionnellement	4 (20)	5 (18)	20 (71)	3 (20)	(kw)
	Régulièrement	1 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Contraception d'urgence	Rarement	14 (70)	20 (71)	18 (64)	13 (87)	0,73
	Occasionnellement	3 (15)	6 (22)	2 (7)	2 (13)	(kw)
	Régulièrement	3 (15)	2 (7)	8 (29)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

DIU = Dispositif intra utérin ; kw = Test de Kruskal-Wallis.

Il existait une différence statistiquement significative de fréquence pour l'instauration ou le renouvellement d'une contraception orale, d'un patch ou d'un anneau, pour la pose et le retrait d'implant et de de DIU selon la classe d'âge. La classe d'âge des 46-55 ans prescrivaient plus de contraception orale, patch ou anneau que toutes les autres classes d'âge ($p=0,0002$ au test de Fisher pour la classe des plus jeunes, $p=0,00003$ au Fisher pour les 36-45 ans, et $p=0,03$ au Fisher pour les plus de 56 ans). Concernant la pose et le retrait d'implant, la classe d'âge de 46-55 ans en réalisaient plus que les 25-35 ans ($p=0,004$ au Chi2) et que les 36-45 ans ($p=3,9 \times 10^{-6}$ au Chi2). Cette différence n'était pas statistiquement significative avec les MG les plus âgés ($p=0,11$ au Chi2). Pour la pose et le retrait de DIU, les 46-55 ans en réalisaient

plus que les MG les plus jeunes ($p=0,0006$ au Fisher), que les 36-45 ans ($p=5,2 \times 10^{-5}$ au test du Chi2) et que les plus âgés ($p=0,001$ au test du Chi2).

Il n'était, en revanche, pas constaté de différence statistiquement significative pour la prescription d'une contraception d'urgence.

La proximité d'un gynécologue n'avait montré aucune différence statistiquement significative dans toutes les consultations liées à la contraception évaluées par cette étude, sauf pour la pose et le retrait d'un DIU. Les MG pratiquant à 15 à 30 minutes d'un gynécologue effectuaient plus de pose et retrait de DIU que les MG dont le cabinet était à moins de 15 minutes d'un gynécologue ($p=0,05$ au test de Fisher) (Annexe 3).

Les MG ayant un diplôme universitaire (DU) supplémentaire, posaient plus fréquemment des implants et des DIU (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des consultations en lien avec la contraception selon la formation des MG

		Effectifs (%)							
Act	gyn Fréquence	Internat		FMC		DU		Journées dédiées	
		Oui (n=73)	Non (n=18)	Oui (n=56)	Non (n=35)	Oui (n=12)	Non (n=79)	Oui (n=49)	Non (n=42)
Implant	Rar.	46 (63)	9 (50)	31 (55)	24 (69)	3 (25)	52 (66)	23 (47)	32 (76)
	Occas.	27 (37)	9 (50)	25 (45)	11 (31)	9 (75)	27 (34)	26 (53)	10 (24)
	Régul.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Fréqu.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		$p=0,31$ ©		$p=0,21$ ©		$p=0,01$ (f)		$p=0,004$ ©	
DIU	Rar.	47 (65)	11 (61)	32 (57)	26 (74)	3 (25)	55 (70)	28 (57)	30 (71)
	Occas.	25 (34)	7 (39)	24 (43)	8 (23)	8 (67)	24 (30)	20 (41)	12 (29)
	Régul.	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (3)	1 (8)	0 (0)	1 (2)	0 (0)
	Fréqu.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		$p=0,83$ (f)		$p=0,04$ (f)		$p=0,002$ (f)		$p=0,23$ (f)	

Act gyn = Activité gynécologique ; DIU = Dispositif intra-utérin ; DU = Diplôme universitaire ; FMC = Formation médicale continue ; f = Test de Fisher ; © = Test du Chi2 ; Rar = Rarement ; Occas = Occasionnellement ; Régul = Régulièrement ; Fréqu = Fréquemment.

La répartition des consultations en lien avec **le dépistage et la prévention** selon leur fréquence de réalisation est exposée dans les tableaux V et VI, respectivement selon le sexe et l'âge.

Tableau V : Répartition des consultations en lien avec le dépistage et la prévention selon leur fréquence de réalisation et le sexe

Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Effectifs (%)		p
		Homme (n=31)	Femme (n=60)	
Gardasil	Rarement	1 (3)	5 (8)	0,52
	Occasionnellement	17 (55)	25 (42)	(f)
	Régulièrement	11 (36)	28 (47)	
	Fréquemment	2 (6)	2 (3)	
FCU	Rarement	21 (68)	1 (2)	2,6 ^{E-13}
	Occasionnellement	9 (29)	26 (43)	(f)
	Régulièrement	1 (3)	32 (53)	
	Fréquemment	0 (0)	1 (2)	
Suivi mammographique	Rarement	3 (10)	0 (0)	0,02
	Occasionnellement	1 (3)	5 (8)	(f)
	Régulièrement	14 (45)	17 (29)	
	Fréquemment	13 (42)	38 (63)	
Examen des seins	Rarement	9 (29)	2 (3)	1,3 ^{E-7}
	Occasionnellement	16 (52)	11 (18)	(f)
	Régulièrement	6 (19)	33 (55)	
	Fréquemment	0 (0)	14 (24)	

FCU = Frottis cervico-utérin ; f = Test de Fisher.

Les MG femmes réalisaient plus fréquemment les FCU, le suivi mammographique ainsi que l'examen des seins que leurs confrères masculins. En revanche, il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans cet échantillon pour la vaccination contre le HPV.

Tableau VI : Répartition des consultations en lien avec le dépistage et la prévention selon leur fréquence de réalisation et la classe d'âge

Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Effectifs (%)				p
		Entre 25 et 35 ans (n=20)	Entre 36 et 45 ans (n=28)	Entre 46 et 55 ans (n=28)	Plus de 56 ans (n=15)	
Gardasil	Rarement	3 (15)	3 (11)	0 (0)	0 (0)	0,02
	Occasionnellement	10 (50)	17 (61)	8 (29)	7 (47)	(kw)
	Régulièrement	6 (30)	8 (28)	19 (68)	6 (40)	
	Fréquemment	1 (5)	0 (0)	1 (3)	2 (13)	
FCU	Rarement	4 (20)	12 (43)	2 (7)	4 (27)	0,047
	Occasionnellement	12 (60)	10 (36)	8 (29)	5 (33)	(kw)
	Régulièrement	4 (20)	5 (18)	18 (64)	6 (40)	
	Fréquemment	0 (0)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	
Suivi mammo	Rarement	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7)	0,49
	Occasionnellement	2 (10)	3 (11)	0 (0)	3 (20)	(kw)
	Régulièrement	5 (25)	12 (43)	9 (32)	5 (33)	
	Fréquemment	13 (65)	13 (46)	19 (68)	6 (40)	
Examen des seins	Rarement	2 (10)	5 (18)	1 (4)	3 (20)	0,19
	Occasionnellement	9 (45)	10 (36)	4 (14)	4 (27)	(kw)
	Régulièrement	5 (25)	11 (39)	16 (57)	7 (46)	
	Fréquemment	4 (20)	2 (7)	7 (25)	1 (7)	

FCU = Frottis cervico-utérin ; mammo = mammographique ; kw = Test de Kruskal-Wallis.

Il existait une différence statistiquement significative entre la fréquence des consultations pour la vaccination contre le HPV et pour le FCU selon la classe d'âge. La vaccination était plus réalisée par les 46-55 ans que les 25-35 ans ($p=0,01$ au Fisher), et que les 36-45 ans ($p=0,003$ au Fisher). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative constatée entre les 46-55 ans et les plus de 56 ans sur la fréquence de ces vaccinations réalisées ($p=0,17$ au Fisher). Pour le FCU, les 46-55 ans en réalisaient plus que les 25-35 ans ($p=0,01$ au Fisher), et que les 36-45 ans ($p=0,0005$ au test de Fisher). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les 46-55 ans et les plus de 56 ans pour cet item ($p=0,16$ au Fisher). Il n'était pas objectivé de différence statistiquement significative pour le suivi mammographique et l'examen des seins selon la classe d'âge dans cet échantillon.

L'éloignement avec un gynécologue n'avait démontré aucune différence statistiquement significative dans la réalisation des FCU, dans le suivi mammographique et dans l'examen des seins par les MG. En revanche, il a été retrouvé une différence statistiquement significative entre la proximité d'un gynécologue et la fréquence de réalisation de la vaccination contre le HPV. Les MG exerçant à 15 à 30 minutes d'un gynécologue vaccinent plus contre le HPV que les MG dont le cabinet est situé à moins de 15 minutes d'un gynécologue (Annexe 4).

Dans cet échantillon, les MG ayant fait un DU ou ayant participé à des journées dédiées faisaient plus de FCU (tableau VII).

Tableau VII : Répartition des consultations en lien avec le dépistage et la prévention selon la formation des MG

		Effectifs (%)							
Act	gyn Fréquence	Internat		FMC		DU		Journées dédiées	
		Oui (n=73)	Non (n=18)	Oui (n=56)	Non (n=35)	Oui (n=12)	Non (n=79)	Oui (n=49)	Non (n=42)
FCU	Rar.	19 (26)	3 (17)	10 (18)	12 (34)	0 (0)	22 (28)	6 (12)	16 (38)
	Occas.	31 (43)	4 (22)	21 (37)	14 (40)	3 (25)	32 (41)	20 (41)	15 (36)
	Régul.	22 (30)	11 (61)	24 (43)	9 (26)	9 (75)	24 (30)	23 (47)	10 (24)
	Fréqu.	1 (1)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (2)
		p=0,10 (f)		p=0,15 (f)		p=0,01 (f)		p=0,007 (f)	

FCU = Frottis cervico-utérin ; Rar = Rarement ; Occas = occasionnellement ; Régul = Régulièrement ; Fréqu = Fréquemment ; FMC = Formation médicale continue ; DU = Diplôme universitaire ; f = Test de Fisher.

Les MG femmes de l'étude réalisaient plus fréquemment le **suivi de grossesse** que les MG hommes (tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition des consultations en lien avec la grossesse selon leur fréquence de réalisation et le sexe

Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Effectifs (%)		p
		Homme (n=31)	Femme (n=60)	
Suivi de grossesse	Rarement	12 (39)	5 (8)	0,0005
	Occasionnellement	16 (51)	33 (55)	(f)
	Régulièrement	3 (10)	22 (37)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	

f = Test de Fisher

En revanche, il n'était pas retrouvé de différence statistiquement significative entre la classe d'âge et la fréquence des consultations de suivi de grossesse (Annexe 5), la proximité d'un gynécologue (Annexe 6) et la formation (Annexe 7).

La répartition des consultations en lien avec la prise en charge des **infections génitales** selon leur fréquence de réalisation selon le sexe est présentée dans le tableau IX ci-contre.

Tableau IX : Répartition des consultations en lien avec les infections génitales selon leur fréquence de réalisation et le sexe

Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Effectifs (%)		p
		Homme (n=31)	Femme (n=60)	
IST	Rarement	11 (36)	15 (25)	0,02
	Occasionnellement	14 (45)	18 (30)	(f)
	Régulièrement	5 (16)	27 (45)	
	Fréquemment	1 (3)	0 (0)	
Vaginose, Mycose	Rarement	4 (13)	3 (5)	0,0003
	Occasionnellement	20 (65)	23 (38)	(f)
	Régulièrement	5 (16)	34 (57)	
	Fréquemment	2 (6)	0 (0)	

IST = infections sexuellement transmissibles ; f = test de Fisher

Les femmes médecins prenaient en charge plus fréquemment les IST ainsi que les vaginoses et les mycoses que les MG hommes de cette étude.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative dans cet échantillon entre la fréquence de prise en charge des infections génitales et la classe d'âge (Annexe 8), et la prise en charge des infections génitales et l'éloignement avec un gynécologue (Annexe 9).

Concernant la réalisation des IVG, il n'existait pas de différence statistiquement significative entre leur réalisation et le sexe (Annexe 10), la classe d'âge (Annexe 11) et la proximité avec un gynécologue (Annexe 12).

A propos des consultations en lien avec **la ménopause**, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la fréquence de ses consultations et le sexe (Annexe 13), la classe d'âge (Annexe 14) ainsi qu'avec la proximité d'un gynécologue (Annexe 15). La formation n'avait, dans cet échantillon, aucune influence sur la fréquence de l'introduction et/ou du renouvellement d'un THM (Annexe 16).

Concernant **les autres problématiques gynécologiques**, les femmes médecins prenaient en charge plus fréquemment que les MG hommes de cette étude les métrorragies et les dyspareunies. En revanche, il n'y avait pas de différence statistiquement significative retrouvée entre la fréquence de la prise en charge des douleurs pelviennes et de la sécheresse vaginale selon le sexe (Annexe 17).

De plus, dans cet échantillon, il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la fréquence des consultations pour les autres problématiques gynécologiques et la classe d'âge (Annexe 18), et la proximité avec un gynécologue (Annexe 19).

4. Freins et facteurs motivants à la pratique de la gynécologie en médecine générale

4.1. Facteurs motivants

Les trois principaux facteurs motivants à la pratique de la gynécologie par les MG de cette étude étaient la diversification de l'exercice et de la patientèle (76%), l'intérêt personnel (63%) et la pratique d'actes techniques (56%) (Tableau X).

Tableau X : Classement des facteurs motivants selon les médecins généralistes

Ordre par importance	Facteurs motivants	Effectifs (%)
1	Diversification de l'exercice et de la patientèle	69 (76)
2	Intérêt personnel	57 (63)
3	Pratiquer des actes techniques	51 (56)
4	Aucun	12 (13)
5	Autre	5 (5)
6	Intérêt financier	1 (1)

Dans cet échantillon, il n'avait pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre la **diversification de l'activité** et le sexe ($p=0,07$, test de Chi2), l'âge ($p=0,60$, test de Fisher), et le territoire ($p=0,32$, test de Fisher).

Les MG femmes trouvaient dans 78% des cas un **intérêt personnel** à la pratique de la gynécologie ($p=0,00002$, test de Chi2).

Dans cet échantillon, les MG femmes faisaient significativement plus de gynécologie que les MG hommes pour la **réalisation de gestes techniques** ($p=0,004$, test de Chi2).

Cinq pourcents des MG femmes ont répondu qu'elles ne trouvaient **aucun facteur motivant** à la pratique de la gynécologie, contre 29% des MG hommes. Il était donc retrouvé une

différence statistiquement significative dans cet échantillon entre les hommes et les femmes ($p=0,002$, test de Fisher).

Parmi les **autres propositions**, certains retrouvent comme argument la possibilité d'accueillir des internes SAFE grâce à une activité gynécologique. D'autres estiment que cela fait partie intégrante des compétences du médecin généraliste, ce qui les motive donc à en faire.

4.2. Freins

Le manque de demande était le premier frein à la pratique de la gynécologie par les MG pour 43% de la population étudiée. Pour 26%, il n'y avait aucun frein à cette pratique. La présence de gynécologue à proximité était un frein pour 20% de l'échantillon (Tableau XI).

Tableau XI : Classement des freins à la pratique de la gynécologie selon les médecins généralistes

Ordre par importance	Freins	Effectifs (%)
1	Manque de demande	39 (43)
2	Autre	30 (33)
3	Aucun	24 (26)
4	Présence de gynécologues à proximité	18 (20)
5	Manque de formation	11 (12)
6	Manque d'intérêt personnel	10 (11)
7	Manque de temps	8 (9)
8	Manque de rémunération	5 (5)
9	Gêne ou inconfort	4 (4)
10	Crainte des poursuites judiciaires	4 (4)
11	Manque d'équipement/de matériel	2 (2)

Les MG hommes ressentaient plus significativement **le manque de demande** que les MG femme ($p=0,03$, test de Chi2) dans la population étudiée.

Trente-neuf pourcents des MG hommes contre 10% des MG femmes considéraient la **présence de gynécologue à proximité** comme un frein. Dans cet échantillon il était constaté une différence significative entre les hommes et les femmes par rapport à la présence d'un gynécologue à proximité ($p=0,001$, test de Chi2).

Le **manque de formation** était un frein plus significativement ressenti par les MG hommes par rapport aux MG femmes ($p=0,04$, test de Fisher).

Vingt-six pourcents des hommes et trois pourcents des femmes de cet échantillon signalaient un **manque d'intérêt personnel** par rapport aux consultations gynécologiques. Le manque d'intérêt personnel était donc un frein significativement plus exprimé par les MG hommes que femmes ($p=0,002$, test de Fisher).

Cent pourcents des MG ayant répondu **la gêne ou l'inconfort** comme un frein étaient des hommes, ce qui correspond à 13% des MG hommes de l'étude. Il était donc constaté une différence significative entre les MG hommes et les MG femmes ($p=0,01$, test de Fisher).

Aucun MG homme n'avait répondu **aucun frein** contre 40% des MG femmes. Il existe donc une différence significative dans cet échantillon ($p=0,00004$, test de Chi2).

Parmi les **autres freins** existants soulevés par les MG ayant répondu à cette étude, la moitié avaient remonté la présence de sage-femme à proximité comme frein majeur. D'autres avaient également évoqué la présence de collègues MG de sexe féminin dans leur cabinet ou aux alentours.

5. Evolution dans les années à venir

Parmi les répondants, 88% accepteraient d'augmenter leur activité en gynécologie selon la demande, contre 5% qui refuseraient et 7% qui ne savent pas. Soixante-dix-sept pourcents des MG hommes et 93% des MG femmes accepteraient d'augmenter leur activité de gynécologie.

Chez les MG âgés de 25 à 35 ans 100% accepteraient d'augmenter leur activité en gynécologie. Chez les MG de 36 à 45 ans, 86% accepteraient, 4% refuseraient, et 10% sont indécis. Chez les MG de 46 à 55 ans, 93% accepteraient, 3,5% refuseraient et 3,5% ne savent pas. Chez les MG de plus de 56 ans, 67% accepteraient, 20% refuseraient et 13% ne savent pas.

Les MG femmes feraient plus de consultations de gynécologie si la demande augmentait ($p=0,04$, test de Fisher). Les MG les plus jeunes en feraient également plus si le besoin se majorait par rapport à leurs confrères les plus âgés ($p=0,009$, test de Fisher). Toutes les autres comparaisons entre les différentes classes d'âge étaient statistiquement non significatives.

Il n'était pas constaté de différence significative entre la proximité avec un gynécologue ainsi que le territoire d'exercice et la volonté d'augmenter son activité en gynécologie.

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces de l'étude

Le taux de réponses peut être jugé satisfaisant dans cette étude, permettant ainsi d'identifier une tendance dans la pratique de la gynécologie par les MG au sein du Maine-et-Loire, ainsi que les motivations et les freins à cette activité.

De plus cet état des lieux n'avait pas encore été réalisé dans le département du Maine-et-Loire. Une thèse avait évoqué le sujet pour les patientes handicapées mais pas pour la population générale. Par ailleurs cette étude était réalisée auprès des médecins de CSS, de gynécologues et de sage-femmes et non des MG exerçant en libéral (11).

1.2. Limites de l'étude

Cette étude est limitée aux MG exerçant dans le Maine-et-Loire. Si les résultats permettent donc d'obtenir un profil départemental, ils ne permettent pas de les généraliser à l'ensemble du territoire national. L'étude présente également **un biais de sélection** en raison de la méthode de recrutement des médecins. En effet, seuls les MG étant MSU ont été sollicités, ce qui limite les réponses à une population source différente de celle visée. En effet les autres MG exerçant dans le département n'ont donc pas eu l'occasion de participer à cette étude alors qu'ils auraient pu être des candidats potentiels, bien que les MSU soient représentatifs de la population des MG (10).

Il pouvait également exister **un biais de désirabilité**. Les médecins plus intéressés ou impliqués dans la pratique de la gynécologie ont probablement été plus motivés à répondre au

questionnaire, tandis que ceux qui ne pratiquent pas ou peu dans ce domaine d'exercice ont pu ne pas y répondre par manque d'intérêt de cette étude, ou en pensant que le sujet ne les concernait pas. Ceci a donc pu entraîner une surestimation du nombre de MG qui réalisent les différents actes gynécologiques.

Il existe également **un biais d'analyse**. En effet, l'analyse des réponses a révélé certaines limites du questionnaire, dans sa structure comme dans la formulation des questions. Certaines questions se sont avérées être trop vagues. Par exemple les zones d'exercice « rural », « semi-rural » et « urbain » n'ont pas été définies, ce qui a pu conduire les médecins à interpréter ces termes de manière subjective. Les territoires d'exercice ont pu introduire un biais similaire en raison de la carte présentée qui était peu précise, notamment pour les territoires limitrophes. Une meilleure clarification de ces catégories et une carte plus détaillée aurait permis d'harmoniser les réponses et de faciliter les comparaisons.

De plus, interroger sur l'âge exact des répondants, plutôt que sur des tranches d'âge, aurait permis d'obtenir des données plus précises. Il aurait également été préférable de poser la question sur le nombre moyen de consultations hebdomadaires en médecine générale et en gynécologie, plutôt que journalières, afin de faciliter la comparaison des données par sexe.

L'étude, menée par questionnaire de manière dématérialisée et anonyme, reflète la pratique déclarative des médecins plus que leur pratique réelle de la gynécologie. Le fait de répondre à un questionnaire sur ses pratiques peut amener le médecin à fournir une représentation erronée de celles-ci. Ceci aurait pu induire **un biais de déclaration**.

2. Comparaison avec la littérature

2.1. Données de l'échantillon

L'échantillon de cette étude était constitué de 66% de femmes et de 31% d'hommes. D'après les chiffres de la DREES au 01 janvier 2023, les MG dans le Maine et Loire sont dans 57% (n=762) des femmes et dans 43% (n=570) des hommes (4). Ainsi cette étude a une population plus féminine que celle du département du Maine-et-Loire.

Concernant l'âge, toujours d'après la DREES, dans cet échantillon 22% avaient entre 25 et 35 ans, contre 25% (n=331) dans le Maine et Loire, 31% de la population étudiée avaient entre 36 et 45 ans contre 26% (n=345) des MG actifs du Maine et Loire, 31% de l'échantillon avaient entre 46 et 55 ans contre 16% (n=220) de MG dans le Maine et Loire, et enfin 16% avaient plus de 56 ans dans cet échantillon contre 33% (n=436) des MG du Maine et Loire (4). Par conséquent la tranche d'âge comprise entre 46 et 55 ans est sur-représentée par rapport à la population des MG du Maine et Loire, alors que la tranche d'âge des plus de 56 ans est, elle, sous-représentée dans l'échantillon de cette étude.

2.2. Pratique gynécologique

2.2.1. Activité globale

Dans cette étude, les gestes techniques de gynécologie (pose et retrait d'implant ou de DIU) sont finalement assez peu réalisés par les médecins généralistes. En effet, 100% des MG de cette étude ne posent pas ou peu d'implant et 99% des MG ne posent pas ou peu de DIU. Ce constat est d'ailleurs observé dans plusieurs autres études. La thèse de Mathilde Vanderstraeten réalisée en 2022 dans le département des Landes met en évidence que 98%

des praticiens ne posent pas ou peu d'implant et 97% ne posent pas ou peu de DIU (12). Il en est de même dans la thèse d'Inès Bonhomme et Carole Moretti effectuée en Savoie et Haute Savoie en 2017. En effet 94% des MG de cette thèse ne posent pas ou peu d'implant et 92% ne posent pas ou peu de DIU (13).

La revue de littérature menée par Héloïse Guyomard en 2018 constate d'ailleurs que la pose et le retrait d'implant sont réalisés par 9 à 47% des MG selon les études, et la pose et le retrait de DIU par 8 à 35% des praticiens (3).

Concernant le FCU, dans cette étude il n'est pas ou réalisé occasionnellement par 62% des MG. Dans l'étude réalisée dans les Landes (12), il n'est pas ou peu effectué par 86% des MG, et par 44% dans l'étude réalisée en Savoie et Haute-Savoie (13). Ceci montre donc des disparités assez importantes au sein de différents départements.

Une thèse, réalisée en 2023 dans le Calvados par Orianne Robin (14), étudiait la pratique de 3 gestes techniques gynécologiques (FCU, DIU, et implant) dans ce département. Cette étude met en évidence que les MG se sentent plutôt bien formés à la réalisation des FCU (71%). La formation sur ce geste est en effet jugée comme rapide, et facile avec une technique acquise sans nécessité d'une longue pratique. En revanche les MG de cette étude estiment être moins entraînés à la pose d'implant, et par conséquent en réalisent moins (38% le pratiquent). Concernant la pose de DIU, les praticiens se sentent encore moins à l'aise avec ce geste puisque seulement 25% d'entre eux les posent. Il est constaté dans cette étude que 80% considèrent que leur formation à ces gestes techniques n'est pas optimale, ce qui explique le faible nombre de MG les pratiquant (14).

La thèse de Claire-Estelle Guillaume réalisée en 2018 et portant sur l'évaluation des compétences cliniques et gynécologiques acquises par les promotions de 2012 et 2013 lors de leur DES de médecine générale à Bordeaux (15), révélait que la pose d'implant était réalisée par 34% des MG et que 10% le posait sans être à l'aise. En ce qui concerne la pose de DIU,

seulement 8% le posait, et parmi eux 41% ne se considéraient pas à l'aise avec ce geste. Les principales raisons retrouvées de ces faibles chiffres sont le manque de compétence ainsi que le manque de demande, qui occasionne donc une plus faible réalisation de ce geste et par conséquent une maîtrise moins forte (15).

A propos de l'IVG, dans notre étude 81% des MG ne la pratiquent pas du tout, et ce chiffre montait à 97% en incluant ceux qui la réalisaient de manière occasionnelle. Malheureusement il nous est impossible de savoir si les MG qui la pratiquaient la réalisaient lors de leur vacation en CSS ou CIVG ou s'ils la réalisaient dans leur cabinet libéral.

Il est à noter que dans le département du Maine et Loire, très peu de MG pratiquent les IVG médicamenteuses dans leur cabinet libéral. Et pourtant entre 2022 et 2023 il est constaté une forte hausse des IVG médicamenteuses réalisées en ambulatoire dans les Pays de la Loire : 17% des IVG sont effectuées hors établissement de santé en 2023 contre 12% en 2022, selon l'ORS des Pays de la Loire (16). Dans le Maine et Loire, 11% des IVG sont réalisées hors établissement de santé en 2023.

En France en 2022, 38% des IVG médicamenteuses étaient réalisées hors établissements de santé. Elles étaient effectuées par des sage-femmes dans 34% des cas, par des gynécologues dans 34% et par des médecins généralistes dans 32% des cas (17).

On constate donc que les pourcentages d'IVG médicamenteuses réalisées hors établissement de santé, sont bien en dessous des valeurs moyennes de France en Pays de la Loire et dans le Maine-et-Loire. Il est pour autant important de préciser que le taux standardisé d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans est le plus faible dans les Pays de la Loire (11,8) par rapport aux autres régions de France (16,1 sur la France entière).

Le travail de thèse de Dufournier Marianne et Loup Dupin, réalisé en 2023, a cherché à mettre en lumière les facteurs influençant la pratique des IVG médicamenteuses hors établissement

de santé en interrogeant des médecins avec une activité mixte (libéral et CIVG) exerçant dans les Pays de la Loire (18). Il a ainsi été mis en évidence que l'accompagnement pluridisciplinaire proposé en CIVG permettait une prise en charge considérée comme de meilleure qualité (travail en équipe, délais souvent plus courts) par rapport aux IVG réalisées en libéral. De plus l'aspect chronophage de cette activité (consultations de suivi, ...) est compliqué à mettre en œuvre en libéral, d'autant plus qu'elle manque de valorisation financière. Enfin l'accès à l'échographie en libéral est beaucoup plus complexe, ce qui est perçu comme un frein. Les MG interrogés ont également relevé une demande de patientes assez faibles pour les IVG hors établissement de santé, probablement en lien avec le taux de recours à l'IVG en Pays de la Loire qui était le plus faible de France en 2022 (18).

Concernant les THM, dans cette étude 57% des MG introduisent un THM, et 75% le renouvellent. Si le pourcentage d'introduction de THM semble de même grandeur avec la thèse de Sabrina Dias réalisée en Ile de France en 2010 et qui était à 58% des MG interrogés, le pourcentage de renouvellement de THM est lui bien inférieur dans l'étude de Sabrina Dias, puisqu'il est de 42% (19). En revanche dans la revue de littérature d'Héloïse Guyomard, elle constate que 39% introduisent un THM alors que 83% le renouvellent (3).

L'étude américaine de la Women's Health Initiative (WHI), parue en 2002, a été interrompue de manière prématurée en raison d'une surmortalité objectivée chez des patientes sous THM. En effet cette étude a conclu à une augmentation des risques de maladies coronariennes, d'AVC, de cancer du sein et de MTEV. Ces conclusions ont entraîné une polémique médiatique, qui a eu pour conséquence une forte baisse des femmes ménopausées traitées par THM en France (20).

La thèse de Nouhad Benchorba en 2017 met en évidence que le taux global de réponses des MG parisiens interrogés surestimant le risque ou le bénéfice des THM était de 48% sur

l'ensemble des items évalués. En effet la multiplicité des différentes études contradictoires et controversées a entraîné une difficulté pour les professionnels de santé à obtenir une information fiable claire et précise leur permettant de réaliser la balance bénéfice-risque dans les meilleures conditions (21). La thèse de Katarina Mitrovic, réalisée en 2022 sur le même thème, met également en évidence la méfiance que peuvent éprouver les MG des Hauts de France face aux effets indésirables des THM, et des nombreuses contre-indications pour lesquels ils doivent rester vigilants. Elle met également en avant le manque de formation soulignés par les MG, notamment par la méconnaissance des différentes molécules existantes et leur schéma thérapeutique (22). Ces raisons-là peuvent donc expliquer l'important pourcentage de MG qui n'introduisent pas ces traitements puisqu'en surestimant les risques ou en ayant une connaissance limitée des THM ils sont donc amenés à moins les proposer aux patientes. Et pourtant en 2017, une publication du Journal of the American Medical Association (JAMA), reprenant les données issues de WHI, a étudié la mortalité globale entre les femmes du groupe THM et celles du groupe placebo après une surveillance sur 18 années. Il n'est alors pas mis en évidence de différence significative sur la mortalité entre les 2 groupes (23).

Une thèse réalisée en 2013 par Aurélie Baligout, à elle, étudiée la représentation et le suivi gynécologique de femmes ménopausées du Val d'Oise depuis la parution de l'étude WHI en 2002 (24). L'interrogation de ces patientes ménopausées a permis de soulever que la polémique engendrée par la sortie de cette étude américaine à pousser à l'interruption du THM de plusieurs des patientes par peur des risques. Celles qui étaient ménopausées mais non traitées lors de la publication de cette étude, n'ont pas souhaité se renseigner davantage sur ce traitement. Et enfin celles qui n'étaient pas ménopausées à la parution de l'étude ont estimé qu'il n'y avait aucune thérapeutique fiable pour soulager les éventuels symptômes de la ménopause (24). Ces représentations liées à la médiatisation de cette étude peuvent donc

expliquer le manque de demande des patientes perçues par les MG interrogés dans les thèses de Nouhad Benchorba (21) et de Katarina Mitrovic (22).

De plus le Panel en médecine générale, qui s'est intéressé au suivi gynécologique par les MG des Pays de la Loire entre décembre 2014 et avril 2015 constate que 26% des praticiens ayant proposé la mise en place d'un THM au cours de la dernière année ont été confronté souvent voire systématiquement au refus de la patiente en raison de l'image négative que conserve ces traitements (25).

2.2.2. Une activité gynécologique plus féminine

Cette étude démontre que les MG femmes réalisent plus de consultation en lien avec la contraception (contraception orale, patch, anneau, implant, DIU, contraception d'urgence), de FCU, de suivi mammographique et d'examen des seins, de suivi de grossesse, de PEC d'infections génitales (IST, Vaginose et Mycose), de PEC de métrorragie et de dyspareunie que leurs confrères masculins. En revanche, le sexe du praticien n'exerce aucune influence sur la vaccination anti-HPV, l'IVG, les consultations en lien avec la ménopause (introduction et renouvellement d'un THM, PEC des troubles climatiques, dépistage du risque fracturaire), PEC des douleurs pelviennes et de la sécheresse vaginale.

La thèse de Lucie Desmond réalisée dans l'Indre met également en avant l'activité gynécologique plus importante chez les praticiens femmes, avec en moyenne 11% de gynécologie contre 7% chez les MG hommes (26). La revue de la littérature d'Héloïse Guyomard met en lumière des différences significatives de l'exercice gynécologique selon le sexe pour quasiment toutes les catégories (3).

Le panel de MG sur le suivi gynécologique en Pays de la Loire constate également une propension plus élevée des femmes à réaliser les examens gynécologiques, les examens des

seins, les TV, et les poses de DIU. En ce qui concerne les questions de contraception, les symptomatologies pelviennes ou mammaires, la différence reste significative entre les 2 sexes mais les écarts sont moins marqués. En revanche il n'est pas observé de différence significative pour l'instauration et le renouvellement des THM (25).

La profession médicale se féminise d'années en années. En effet entre 2010 et 2023, le taux de féminisation est passée de 40,1% à 48,8%, soit une augmentation de 8,7 points en l'espace de 13 ans (27).

Cependant, les femmes ont un taux horaire hebdomadaire plus faible que leurs confrères masculins (28). En effet, les MG libéraux déclarent travailler 54h par semaine réparti en 52h par semaine pour la pratique purement libérale (consultations et administratif) et 2h hebdomadaire pour l'actualisation des connaissances médicales. Les femmes consacrent, elles, 41h par semaine auprès de leurs patients contre 46h30 hebdomadaire pour les MG hommes (29).

Dans notre étude l'absence de significativité entre le nombre de consultation de MG par jour entre homme et femme, est probablement dû au fait que les hommes travaillent plus de jours par semaine que les femmes, ce qui n'a pas été étudié ici. Contrairement à la thèse de Rémi Champeaux réalisée en 2013 au sein du département des Deux-Sèvres, qui mettait en évidence une différence significative avec une moyenne de 143,5 actes par semaine pour les hommes contre 112,5 actes par semaine pour les femmes, soit 21,6% d'actes en moins (30). Bien que la profession se féminise, du fait de leur plus faible nombre d'actes par semaine, les MG femmes ne seront pas suffisantes pour assurer les suivis gynécologiques. La place des MG hommes est donc essentiel dans cette activité.

2.2.3. Une influence de la classe d'âge différente selon les catégories d'activité

Dans cette étude, il est mis en évidence une différence significative dans certains champs, notamment la contraception orale, patch, anneau, la pose et retrait d'implant et de DIU, la vaccination anti-HPV ainsi que la réalisation des FCU selon les classes d'âge. Etonnement c'est la classe des 46-55 ans qui les pratiquent le plus, et ce de manière significative pour tous les items cités par rapport aux moins de 46 ans. Au vu de l'amélioration de la formation initiale en gynécologie, il aurait pourtant été moins surprenant que la gynécologie soit d'avantage pratiquée par les plus jeunes MG.

L'étude de Nadège Lauchet, réalisée en 2010 en Haute Vienne constate également que les MG âgés de 50 à 59 ans réalisent plus d'intervention en gynécologie que leurs confrères plus jeunes (31).

En revanche de nombreuses autres thèses ont des résultats bien divergents.

Iris Bonhomme et Carole Moretti retrouvent dans leur thèse que ce sont les MG les plus jeunes qui effectuent le plus de vaccination anti-HPV et de pose et retrait d'implant contraceptif que les MG les plus âgés (13). Sabrina Dias constate dans son étude réalisée en Ile de France que les MG âgés de 30 à 39 ans font proportionnellement d'avantage de gynécologie dans leur activité globale que les MG les plus âgés (19).

Enfin la thèse de Mathilde Vanderstraeten dans les Landes ne met pas en évidence d'influence de l'âge sur la réalisation des différents actes de gynécologie (12).

Les constats observés dans notre étude, qui diffèrent de plusieurs études, peuvent être liés au nombre de femmes plus élevé dans la catégorie d'âge 46-55 ans, bien qu'aucune différence significative entre le sexe et l'âge n'ait été démontré. Ceci pourrait expliquer que les 46-55 ans réalisent plus certains actes gynécologiques que leurs confrères plus jeunes. De plus une

question ouverte afin de recueillir l'âge exact plutôt que des catégories d'âge auraient peut-être permis d'obtenir des résultats un peu différents.

2.2.4. La proximité d'un gynécologue n'a que très peu d'influence sur l'activité gynécologique des MG

Il aurait été légitime de penser que les MG installés le plus loin des gynécologues réalisent plus d'actes gynécologiques que leurs confrères installés à proximité. Cependant dans notre étude seuls les MG installés à 15 à 30 minutes d'un gynécologue réalisent plus de pose et retrait de DIU et de vaccination Gardasil que ceux exerçant à moins de 15 minutes d'un gynécologue. Pour tous les autres items, la proximité d'un gynécologue n'exerce aucune influence sur l'activité gynécologique des MG. Cependant dans notre étude la portion de MG exerçant à plus de 31 minutes d'un gynécologue était bien plus maigre que pour les autres catégories, ce qui a peut-être eu un impact sur les résultats obtenus.

Néanmoins des résultats assez similaires ont été obtenus dans les thèses réalisées dans les Landes (12), en Savoie et Haute-Savoie (13) et dans les Bouches du Rhône (32). En effet dans ces 3 thèses, il n'a été mis en évidence aucune influence de la distance avec un gynécologue sur l'activité gynécologique des MG.

Une étude qualitative a été réalisée par Alexandre De Baillou en 2023 sur les arguments orientant les femmes vers certains professionnels pour leur suivi gynécologique. Il observe que 84% des patientes suivies par un gynécologue ou une sage-femme ont répondu que le MG n'était pas en mesure de réaliser un suivi gynécologique. La méconnaissance par certaines patientes des compétences de MG aura donc pour conséquence qu'elles fassent le déplacement pour voir un gynécologue, qu'elles jugent plus compétent, quel que soit son éloignement (33).

Il est donc important d'apporter une information à sa patientèle sur les aptitudes du MG à réaliser les suivis gynécologiques.

2.2.5. Une activité gynécologique qui peut être modifiée selon les formations supplémentaires

Si le troisième cycle n'a aucune influence sur la pose et retrait d'implant contraceptif, de DIU, la réalisation de FCU, l'introduction de THM et le suivi de grossesse, certaines formations complémentaires réalisées par certaines MG ont pour conséquence d'augmenter significativement leur activité gynécologique pour certains items. En effet les MG ayant suivi un DU font plus de gestes techniques comme la pose et retrait d'implant et DIU, et les FCU que les MG n'ayant pas fait cette formation. De plus ceux ayant participé à des journées de gynécologie dédiées aux MG effectuent plus de pose et retrait d'implant et de FCU que leurs confrères n'ayant pas assisté à ces journées. En revanche les DU et journées de formation en gynécologie dédiées aux MG n'exercent aucune influence sur l'introduction d'un THM.

Plusieurs études mettent en évidence une formation initiale considérée comme insuffisante. En effet dans la thèse réalisée dans les Landes, 70,3% des MG interrogés perçoivent leur formation initiale comme insuffisante (12). Dans celle réalisée en Savoie et Haute-Savoie, 53% des MG jugent leur formation insuffisante (13). Et pourtant si l'étude des Landes (12) montrent que les praticiens ayant une formation complémentaire pratiquent significativement plus d'examen gynécologique, de suivi de ménopause et de gestes techniques que leurs confrères n'en ayant pas fait, l'étude réalisée en Savoie et Haute Savoie (13) ne retrouve aucun lien entre la formation complémentaire et l'activité gynécologique des MG.

Caroline Taminau Coudié a étudié la formation en santé de la femme des internes de MG de Clermont Ferrand de 2019 à 2020. Elle constate que seulement 31% des internes se sentent

capables de poser un DIU, 41% de poser un implant, 40% de retirer l'implant et 24% d'introduire un THM (34). La répétition, notamment des gestes techniques, permet leur maîtrise. D'autant plus lorsque ces gestes nécessitent plus de dextérité. Concernant les THM, peu d'étudiants ont été confrontés, dans cette étude, à leur introduction (34). La maîtrise des connaissances étant liée à la fréquence de confrontation, il est donc logique qu'ils se sentent moins à l'aise dans ce genre de prescription.

Une meilleure formation initiale, avec notamment la répétition des gestes techniques gynécologiques, pourrait être bénéfique, afin d'augmenter la confiance des MG en leur réalisation. La réforme du 3^e cycle des études médicales de 2017 a pour changement principal de promouvoir les stages en santé de la femme en rendant obligatoire un stage en gynécologie au cours du cursus (35). Ceci pourra ainsi permettre une meilleure acquisition des connaissances et maîtrise des gestes et donc l'amélioration de la formation initiale en gynécologie des MG.

2.3. Freins et motivations

2.3.1. Facteurs motivants

Dans cette étude, les principales motivations retrouvées sont la diversification de la patientèle, l'intérêt personnel et la réalisation de gestes techniques. Ces 2 derniers items sont plus soulignés par les femmes que par les hommes. Le constat est le même dans l'étude réalisée dans le département des Deux-Sèvres qui observe comme principales motivations la pratique des gestes techniques, l'intérêt personnel et la diversification de la patientèle (30). Ces résultats sont également cohérents avec l'étude réalisée dans le département des Landes, qui retrouvent comme principales motivations l'approche globale de la patiente, la diversification de l'exercice et l'intérêt personnel, plus signalé par les femmes (12).

2.3.2. Freins

Les principaux freins constatés dans cette étude sont le manque de demande, la présence de sage-femme ou de collègues MG de sexe féminin à proximité, et la proximité de gynécologues. L'étude réalisée dans le département de l'Indre met en évidence le manque de demande et la présence de gynécologue à proximité, comme les 2 premiers freins (26). Dans l'étude effectuée dans les Landes le constat est le même. En effet le 1^{er} frein constaté est la proximité avec un professionnel exerçant la gynécologie, et le 2^e frein retrouvé est le manque de demande (12).

Il est cependant important de souligner que pour 26% (soit en 3^e position) des MG interrogés dans cette étude, ceux-ci ne retrouvent pas de freins à la pratique de la gynécologie.

Le premier frein mentionné est le manque de demande pour 43% des MG. Le manque de communication sur les compétences et aptitudes du MG est responsable de ce manque de demande, comme constaté précédemment. Héloïse Guyomard avait d'ailleurs, dans sa revue de littérature mis en avant qu'entre 12 et 43% des femmes ne savaient pas que le MG pouvait faire de la gynécologie (3).

Cette faible sollicitation est plus ressentie par les hommes que par les femmes. Vraisemblablement parce que les patientes auraient peut-être plus tendance à d'avantage s'adresser à une femme lorsqu'il est question de gynécologie, car la compréhension pourrait être facilitée.

Rémi Champeaux dans son étude dans les Deux-Sèvres de 2013 met en évidence que 57,8% des femmes sollicitent un médecin femme pour son suivi gynécologique. Il constate d'ailleurs que 11,9% des femmes ayant pour médecin traitant un homme, le consulteront pour leur suivi gynécologique. Ce nombre augmente à 45,6% lorsque le médecin traitant est une femme (30).

Si le constat est le même dans l'étude de Caroline Terris réalisée dans la région Rhône Alpes-Auvergne en 2016 (36), ce n'est pas le cas dans celle de Quentin Couprie effectuée en Loire Atlantique en 2021. En effet, dans cette thèse le sexe du médecin n'est pas déterminant pour choisir le praticien qui s'occupera du suivi gynécologique (37).

De plus dans l'étude réalisée par Dr Cretin en 2014, les patientes déclarent que 43% d'entre elles préfèrent être suivies pour la gynécologie par un médecin femme, 24% par un homme, et 30,5% n'ont aucune préférence. Ainsi 54,5% des femmes interrogées accepteraient d'être suivies par un MG de sexe masculin (38).

Le deuxième frein est la présence de sage-femme et de collègues MG de sexe féminin. Ce frein a été signalé par 33% des MG de l'étude en cochant « autre ». Le secteur libéral des sage-femmes étant en pleine expansion, il est logique qu'elles soient consultées de plus en plus pour le suivi gynécologique. En effet, en 2012, 20 % des sage-femmes avaient une activité libérale (cumulée ou non à une activité salariale). Ce chiffre augmente à 34% en 2021. Les projections annoncent, à l'horizon 2050, une progression de 27% par rapport à 2021 (39). Cette forte augmentation est ainsi responsable d'un accès à leurs soins facilité pour les patientes. De plus, l'extension de leur champ de compétence au fil des années légitimise encore plus leur activité de suivi gynécologique, ce qui peut attirer les femmes. D'autant plus qu'elles sont beaucoup plus accessibles que les gynécologues.

Concernant les MG de sexe féminin, ce constat peut paraître étonnant devant les différentes thèses ne mettant pas en évidence le sexe comme déterminant de choix du praticien pour le suivi gynécologique. Le fait que les MG femmes en fassent plus donnent probablement plus confiance aux patientes femmes sur leurs compétences à réaliser le suivi gynécologique et celles-ci vont donc d'avantage vers elles que vers les MG de sexe masculin.

Le troisième frein est la proximité de gynécologue pour 20% des MG interrogés. Dans sa thèse, Rémi Champeaux rapporte que 76,6 % des patientes interrogées sont suivies par un gynécologue. Celles-ci justifient la préférence pour ce professionnel pour sa compétence de spécialiste dans 81,6%, à cause de la pudeur envers leur MG dans 49%, et pour une meilleure prise en charge dans 38,8%. La distance séparant les patientes avec un gynécologue a une influence sur leurs arguments puisque pour celles à moins de 10km du spécialiste, la compétence du gynécologue est évoquée dans 70,6%, alors qu'elle est exposée dans 90,6% des cas chez les patientes habitant à plus de 10km du gynécologue (30). Héloïse Guyomard constate que les femmes ont tendance à privilégier leur suivi par un gynécologue pour sa compétence, sa spécialisation, l'équipement qu'elles pensent plus adaptés ainsi que l'idée que la prise en charge est meilleure (3).

2.4. Evolution

Dans cette étude 88% des MG interrogés étaient favorables à pratiquer davantage de gynécologie si le besoin augmentait. Les MG femmes étaient significativement plus nombreuses à répondre positivement à cette augmentation.

Ces constatations ont d'ailleurs également été rapportées dans les thèses réalisées en Indre (26), dans les Landes (12) et en Ile de France (19).

Cette différence entre MG hommes et femmes pourrait être expliquée par la plus forte activité gynécologique des femmes par rapport aux hommes. Elles se sentiraient donc plus concernées par cette activité.

CONCLUSION

Le MG est l'acteur principal des soins de premier recours et joue un rôle essentiel dans la prise en charge globale de ses patients et patientes. Assurer le suivi gynécologique des femmes fait donc partie intégrante de ses missions et de ses compétences. De plus, depuis des années on constate une forte diminution du nombre de gynécologue en activité, associée à une diminution de la densité médicale, ce qui pourrait ainsi occasionner l'accroissement du nombre de consultations gynécologiques effectuées par les MG.

Cette étude, réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé par mail aux MG MSU installés dans le Maine-et-Loire, a permis de mettre en évidence une tendance dans leur pratique de la gynécologie dans ce département.

Cet état des lieux révèle que les MG exercent une activité gynécologique très développée dans les domaines de la prescription de pilule contraceptive, dans le dépistage et la prévention. En revanche, leur pratique est moins importante dans la réalisation des FCU, le suivi de grossesse, la prise en charge des infections génitales ainsi que les autres problématiques gynécologiques comme les métrorragies ou les douleurs pelviennes notamment. En ce qui concerne les actes techniques, tels que la pose d'implants ou de DIU, les IVG et la prescription des traitements de la ménopause, leur activité reste bien plus limitée.

Des différences d'activité gynécologique ont été observées dans de nombreuses catégories selon le genre du MG. En effet, les MG femmes ont une activité gynécologique plus développée que leurs confrères masculins. Des différences sont également observées en fonction de l'âge et de la proximité avec un gynécologue, bien que celles-ci soient limitées à très peu de catégories. De plus, les MG ayant suivi une formation complémentaire ont tendance à réaliser davantage de gestes techniques que ceux n'en ayant pas suivi.

La maîtrise des gestes techniques, essentielle pour permettre à chaque médecin de se sentir à l'aise dans leur réalisation, semble être une problématique liée à une formation initiale inégale et incomplète dans ce domaine, ainsi qu'à une expérience différente après la formation initiale. Cela conduit donc certains praticiens à recourir à des formations complémentaires. Toutefois, la réforme du troisième cycle du DES de médecine générale, qui impose un stage en gynécologie, représente un progrès incontestable pour améliorer la formation initiale dans ce domaine.

L'accroissement de la pénurie de gynécologues constitue un défi majeur pour assurer un suivi gynécologique adéquat aux femmes dans les années à venir. Les MG de cette étude ont été largement favorables à augmenter leur pratique gynécologique en cas de demande. Ils citent principalement la diversification de leur patientèle, leur intérêt personnel pour ce domaine, ainsi que la possibilité de réaliser des actes techniques comme principales motivations pour élargir davantage leur pratique gynécologique. Cependant ils déclarent comme principaux freins le manque de demande et la proximité avec des professionnels ayant une activité gynécologique telle que les sage-femmes. Une sensibilisation des patientes aux compétences des MG en gynécologie, que ce soit par des campagnes de communication ou bien par éducation de sa patientèle, pourrait permettre d'améliorer l'accès à un suivi gynécologique. Cependant devant la pénurie des MG qui augmente elle aussi, les MG ne pourront probablement pas à eux seuls compenser le manque de gynécologues. L'expansion du secteur libéral chez les sage-femmes pourrait ainsi représenter une solution pertinente pour garantir à chaque femme un suivi gynécologique de qualité. Pour ce faire, une collaboration étroite entre tous les acteurs impliqués dans le suivi gynécologique est indispensable, devant la multiplicité des intervenants pouvant entrer en jeu.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille.
2. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006155058/>.
3. Héloïse G. ETAT DES LIEUX DU SUIVI GYNECOLOGIQUE EN MEDECINE GENERALE : REVUE DE LITTERATURE.
4. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 30 mai 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
5. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
6. [cnom_atlas_demographie_2023_approche_territoriale_des_specialites.pdf](#) [Internet]. [cité 30 mai 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/egnnt2/cnom_atlas_demographie_2023_approche_territoriale_des_specialites.pdf
7. Francione R, Bissonnier C. Avec la participation de :
8. [2016_sagesfemmes_iso.pdf](#) [Internet]. [cité 5 nov 2024]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2016_PDF/2016_sagesfemmes_iso.pdf
9. [er1085-2.pdf](#) [Internet]. [cité 5 nov 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1085-2.pdf>
10. Bouton C, Leroy O, Huez JF, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. Santé Publique. 2015;27(1):59.
11. Baron S. Sous la direction du Dr LAVIGNE Emmanuelle et de Mme PIERROT Béatrice et MmMeembPresiedurjurroy :t Nom Prénom Docteur LEGENDRE G. Docteur BELLANGER W. Mme FRISQUE D. Mr PAPIN-GROSEILLE J.
12. Vanderstraeten M. Analyse de la pratique gynécologique des médecins généralistes du département des Landes : une étude quantitative descriptive. 30 juin 2022;82.
13. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative.
14. Robin O. Évaluation de la pratique de trois gestes techniques de gynécologie (frottis cervico-utérin, pose de dispositif intra-utérin et pose d'implant contraceptif) en cabinet de médecine générale dans le Calvados.
15. Guillaume CE. Évaluation des compétences cliniques et techniques en gynécologie médicale acquises au cours du DES de médecine générale : enquête auprès des nouveaux médecins généralistes issus des promotions 2012 et 2013 de l'Université de Bordeaux. 23 janv 2018;57.

16. 2024_CC_IVG.pdf [Internet]. [cité 5 nov 2024]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2024_PDF/2024_CC_IVG.pdf
17. ER1281MAJ.pdf [Internet]. [cité 5 nov 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/ER1281MAJ.pdf>
18. Marianne D, Loup D. Ressentis des médecins des Pays de la Loire à activité mixte (CIVG – ambulatoire) sur les facteurs influençant la pratique des IVG médicamenteuses hors établissement de santé.
19. Sabrina D. Née le 05 Juillet 1978 à Rueil-Malmaison.
20. VIDAL [Internet]. [cité 6 nov 2024]. Ménopause : un suivi de 18 ans de 27 000 femmes sous THS ou placebo écarte les risques annoncés en 2002. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/22281-menopause-un-suivi-de-18-ans-de-27-000-femmes-sous-ths-ou-placebo-ecarte-les-risques-annonces-en-2002.html>
21. Benchorba N. Les médecins généralistes et le traitement hormonal substitutif de la ménopause: leurs représentations sur les risques et bénéfices du traitement.
22. Mitrovic PK. Ménopause et médecine générale : enquête qualitative auprès de médecins généralistes.
23. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, et al. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality: The Women's Health Initiative Randomized Trials. JAMA. 12 sept 2017;318(10):927-38.
24. 4479_BALIGOUT-These.pdf [Internet]. [cité 6 nov 2024]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4479_BALIGOUT-These.pdf
25. 2016_panel3_mg_suivi_gyneco_15.pdf [Internet]. [cité 6 nov 2024]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2016_PDF/2016_panel3_mg_suivi_gyneco_15.pdf
26. Desmond L. Analyse De La Pratique En Gynécologie-Obstétrique Des Médecins Généralistes De L'indre.
27. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
28. 2010_p1v4_mg_vie_prof_vecu_travail_etat_sante.pdf [Internet]. [cité 17 janv 2025]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2010_PDF/2010_p1v4_mg_vie_prof_vecu_travail_etat_sante.pdf
29. er1113.pdf [Internet]. [cité 6 nov 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>
30. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patients.2013. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/62bd3a15-c39a-4613-ace3-54e608bfe46b>

31. Lauchet N, Prevost M. MyScienceWork. 2010 [cité 19 déc 2022]. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne (obstacles et besoins de formations identifiés). Disponible sur: <https://www.mysciencework.com/publication/show/pratique-de-la-gyne%CC%81cologie-me%CC%81dicale-des-me%CC%81decins-ge%CC%81ne%CC%81ralistes-libe%CC%81raux-de-la-hautevienne-obstacles-et-besoins-de-8eaca2f9>
32. Zagury A. État des lieux sur la pratique d'actes techniques gynécologiques par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. 26 mai 2021;56.
33. Baillou AD. Quels sont les arguments qui orientent les femmes dans le choix du type de praticien qui réalise le suivi gynécologique: médecin généraliste, sage-femme, gynécologue. 2020;
34. Coudié CT. État des lieux de la formation en santé de la femme des internes de Médecine Générale de Clermont-Ferrand (2019-2020). 2022;
35. La-reforme-du-troisieme-cycle-en-3-mn-27-09-2017.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/La-reforme-du-troisieme-cycle-en-3-mn-27-09-2017.pdf>
36. Terris C. QUELS SONT LES DETERMINANTS ET LES FREINS DE LA CONSULTATION GYNECOLOGIQUE EN CABINET DE MEDECINE GENERALE? ETUDE QUALITATIVE AUPRES DES PATIENTESfile:///C:/Users/alice/Downloads/THm_2016_TERRIS_Caroline.pdf.
37. Couprie Q. Les freins et les facteurs favorisant la consultation gynécologique en médecine générale: étude qualitative, le point de vue des femmes. 2022;
38. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique. S.l.: s.n.; 2014. 1 p.
39. Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens: combien de professionnels à l'horizon 2050 ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 11 nov 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-sages-femmes-chirurgiens-dentistes-et-pharmaciens-combien-de>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux.....	9
Figure 2 : Répartition des MG selon le sexe et l'âge.....	11
Figure 3 : Répartition des MG selon leur territoire d'exercice et la proximité avec un gynécologue.....	12
Figure 4 : Répartition du nombre de consultation de gynécologie par jour selon le sexe	13
Figure 5 : Vue d'ensemble de la fréquence des consultations gynécologiques par les MG....	14
Figure 6 : Evolution des consultations de gynécologie par les MG sur ces 5 dernières années	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population.....	10
Tableau II : Répartition des consultations en lien avec la contraception selon leur fréquence de réalisation et le sexe	17
Tableau III : Répartition des consultations en lien avec la contraception selon leur fréquence de réalisation et la classe d'âge	18
Tableau IV : Répartition des consultations en lien avec la contraception selon la formation des MG	19
Tableau V : Répartition des consultations en lien avec le dépistage et la prévention selon leur fréquence de réalisation et le sexe.....	20
Tableau VI : Répartition des consultations en lien avec le dépistage et la prévention selon leur fréquence de réalisation et la classe d'âge	21
Tableau VII : Répartition des consultations en lien avec le dépistage et la prévention selon la formation des MG.....	22
Tableau VIII : Répartition des consultations en lien avec la grossesse selon leur fréquence de réalisation et le sexe	23
Tableau IX : Répartition des consultations en lien avec les infections génitales selon leur fréquence de réalisation et le sexe.....	23
Tableau X : Classement des facteurs motivants selon les MG.....	25
Tableau XI : Classement des freins à la pratique de la gynécologie selon les MG	26

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	IV
RESUME.....	1
INTRODUCTION	3
1. Les missions du MG.....	3
2. Le suivi gynécologique et obstétrique	3
3. Démographie médicale	4
4. La place du MG concernant la santé de la femme	6
MÉTHODES	7
1. Type d'étude	7
2. Population étudiée	7
3. Recueil des données	7
3.1. Questionnaire	7
3.2. Diffusion du questionnaire.....	7
3.3. Analyse des données	8
RÉSULTATS	9
1. Diagramme de flux.....	9
2. Caractères socio-démographiques de la population	9
3. Quelle est la pratique globale des MG concernant la santé de la femme ? ..	13
4. Freins et facteurs motivants à la pratique de la gynécologie en MG.....	25
4.1. Facteurs motivants.....	25
4.2. Freins	26
5. Evolution dans les années à venir.....	28
DISCUSSION ET CONCLUSION	29
1. Forces et limites de l'étude	29
1.1. Forces de l'étude.....	29
1.2. Limites de l'étude.....	29
2. Comparaison avec la littérature	31
2.1. Données de l'échantillon	31
2.2. Pratique gynécologique	31
2.2.1 Activité globale	31
2.2.2 Une activité gynécologique plus féminine.....	36
2.2.3 Une influence de la classe d'âge différente selon les catégories d'activités	38
2.2.4 La proximité d'un gynécologue n'a que très peu d'influence sur l'activité gynécologique des médecins généralistes.	39
2.2.5 Une activité gynécologique qui peut être modifiée selon les formations supplémentaires..	40
2.3. Freins et motivations	41
2.3.1 Facteurs motivants.....	41
2.3.2 Freins	42
2.4. Evolution	44

BIBLIOGRAPHIE.....	47
LISTE DES FIGURES	50
LISTE DES TABLEAUX.....	51
TABLE DES MATIERES	52
ANNEXES.....	I

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire

Etat des lieux des consultations de médecine générale en lien avec la santé de la femme effectuées par des médecins généralistes installés exerçant en Maine-et-Loire.

Bonjour,

Interne en médecine générale à la faculté d'Angers je mène actuellement une thèse sur la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes installés dans le Maine-et-Loire.

L'objectif principal de cette étude est d'établir un état des lieux des consultations de médecine générale en lien avec la santé de la femme effectuées par les médecins généralistes exerçant dans le Maine-et-Loire.

Elle permettra également de mettre en évidence les motivations et les obstacles à une augmentation de cette pratique.

Je me permets de solliciter votre participation pour remplir ce questionnaire, qui ne prendra que 5 à 10 minutes de votre temps.

Je vous remercie par avance pour votre collaboration.

Alice FAVREAU

Thèse dirigée par Dr GHALI Maria

Il y a 23 questions dans ce questionnaire.

Données socio-démographiques

Vous êtes : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- un homme
- une femme

Vous avez : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Entre 25 et 35 ans
- ☐ Entre 36 et 45 ans
- ☐ Entre 46 et 55 ans
- ☐ Plus de 56 ans

Vous êtes installé depuis : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ < 10 ans
- ☐ 10 à 20 ans
- ☐ > 20 ans

Votre zone d'exercice est : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Urbaine
- ☐ Semi-rurale
- ☐ Rurale

Votre territoire d'exercice est : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Angers
- ☐ Mauges-Choletais
- ☐ Saumurois-Layon
- ☐ Loire-Gréén
- ☐ Baueois-Vallée



Votre mode d'exercice : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Cabinet seul
- Cabinet de groupe ou MSP
- Mixte (libéral + hôpital, PMI, CPEF, ...)
- Autre

Distance avec un gynécologue (libéral ou hôpital) depuis votre lieu d'exercice : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 15 minutes
- Entre 15 et 30 minutes
- Entre 31 et 60 minutes
- > 1 heure

Votre nombre moyen de consultations de médecine générale par jour est : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 20 consultations
- Entre 20 et 30 consultations
- > 30 consultations

Votre nombre moyen de consultations en lien avec la santé de la femme par jour est : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 5 consultations
- Entre 5 et 10 consultations
- Entre 11 et 15 consultations
- > 15 consultations

Combien de temps réservez-vous pour une consultation : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Moins de 15 minutes	Environ 15 minutes	Entre 15 et 30 minutes	Environ 30 minutes	Plus de 30 minutes	Sans réponse
De pathologie aiguë						
De suivi de maladie chronique						
De frottis cervico-utérin						
De contraception orale						
De pose de DIU						
De retrait de DIU						
De pose d'implant						
De retrait d'implant						
De suivi de grossesse						
En lien avec la ménopause						
D'IVG						

Votre formation en gynécologie : *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Internat
- ☐ Formation Médicale Continue
- ☐ Diplôme universitaire ou Diplôme inter-universitaire
- ☐ Littérature
- ☐ Journée(s) de formation dédiées pour les médecins généralistes
- ☐ Congrès
- ☐ Revue
- ☐ Internet
- ☐ Autre:

Votre activité de gynécologie

Pour chaque proposition, indiquer à quelle fréquence vous effectuez ces gestes ou gérez ces motifs de consultations.

CONTRACEPTION : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois en moyenne	2 fois par mois en moyenne	1 fois par semaine en moyenne	2 à 3 fois par semaine en moyenne	Tous les jours
Introduction/Renouvellement d'une contraception orale, patch, anneau							
Mise en place et retrait d'un implant							
Mise en place et retrait d'un DIU (hormonal) ou d'un SIU (cuivre)							
Prescription d'une contraception d'urgence							

DEPISTAGE ET PREVENTION : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois en moyenne	2 fois par mois en moyenne	1 fois par semaine en moyenne	2 à 3 fois par semaine en moyenne	Tous les jours
Vaccination Gardasil							
Frottis cervico-utérin							
Suivi mammographique (vérifier que le suivi est à jour)							
Examen des seins							

GROSSESSE *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois en moyenne	2 fois par mois en moyenne	1 fois par semaine en moyenne	2 à 3 fois par semaine en moyenne	Tous les jours
Suivi de grossesse							

PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS GENITALES *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois en moyenne	2 fois par mois en moyenne	1 fois par semaine en moyenne	2 à 3 fois par semaine en moyenne	Tous les jours
Infections sexuellement transmissibles							
Mycose, vaginose							

IVG *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois en moyenne	2 fois par mois en moyenne	1 fois par semaine en moyenne	2 à 3 fois par semaine en moyenne	Tous les jours
IVG médicamenteuse							

MENOPAUSE *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois en moyenne	2 fois par mois en moyenne	1 fois par semaine en moyenne	2 à 3 fois par semaine en moyenne	Tous les jours
Instauration d'un traitement substitutif de la ménopause (THM)							
Renouvellement d'un traitement substitutif de la ménopause							
Prise en charge des troubles climatériques hors THM ou ne nécessitant pas de THM							
Dépistage du risque fracturaire							

AUTRES PROBLEMATIQUES GYNECOLOGIQUES *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois en moyenne	2 fois par mois en moyenne	1 fois par semaine en moyenne	2 à 3 fois par semaine en moyenne	Tous les jours
Prise en charge de métrorragie							
Prise en charge de la douleur pelvienne							
Prise en charge de dyspareunie							

	Pas du tout	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois en moyenne	2 fois par mois en moyenne	1 fois par semaine en moyenne	2 à 3 fois par semaine en moyenne	Tous les jours
Prise en charge de la sécheresse vaginale							

Freins et facteurs motivant à la pratique de la gynécologie en médecine générale

Facteurs vous motivant à cette pratique : *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Intérêt personnel
- ☐ Diversification de l'exercice et de la patientèle
- ☐ Pratiquer des actes techniques
- ☐ Intérêt financier
- ☐ Aucun
- ☐ Autre:

Quels sont vos freins à la pratique de la gynécologie en médecine générale ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manque de temps
- ☐ Manque d'intérêt personnel
- ☐ Manque de demande
- ☐ Manque de formation
- ☐ Manque d'équipement, de matériel
- ☐ Présence de gynécologues à proximité
- ☐ Manque de rémunération de ces consultations

- Gêne ou inconfort vis à vis de ces consultations
- Crainte de poursuite judiciaire
- Aucun
- Autre

Evolution

Comment a évolué votre nombre de consultations en lien avec la santé de la femme ces 5 dernières années ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En augmentation
- Stable
- En diminution
- Installé(e) depuis moins de 5 ans

Accepteriez-vous d'augmenter le nombre de vos consultation en lien avec la santé de la femme si le besoin se présentait? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Commentaires

Vos remarques :

Veillez écrire votre réponse ici :

Merci pour votre participation !

Si vous souhaitez être informé(e) des résultats de cette étude, vous pouvez m'envoyer un mail à alice.favreau@gmail.com

Alice FAVREAU

Directrice de thèse : Dr Maria GHALI

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

ANNEXE 2 :

Tableau récapitulatif de la répartition des consultations gynécologiques selon la fréquence de leur exécution par les médecins généralistes de l'étude

Activité gynécologique	Effectifs (%)			
	Rarement	Occasionnellement	Régulièrement	Fréquemment
Intro ou Renouv CO, patch ou anneau	5 (5%)	27 (30%)	53 (58%)	6 (7%)
Implant	55 (60%)	36 (40%)	0 (0%)	0 (0%)
DIU	58 (64%)	32 (35%)	1 (1%)	0 (0%)
Contraception d'urgence	65 (71%)	13 (14%)	13 (14%)	0 (0%)
Gardasil	6 (7%)	42 (46%)	39 (43%)	4 (4%)
FCU	22 (24%)	35 (38%)	33 (36%)	1 (1%)
Suivi mammo	1 (1%)	8 (9%)	31 (34%)	51 (56%)
Examen des seins	11 (12%)	27 (30%)	39 (43%)	14 (15%)
Suivi de grossesse	17 (19%)	49 (54%)	26 (29%)	0 (0%)
IST	26 (29%)	32 (35%)	32 (35%)	1 (1%)
Mycose, vaginose	7 (8%)	43 (47%)	39 (43%)	2 (2%)
IVG	89 (98%)	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)
Intro THM	79 (87%)	9 (10%)	3 (3%)	0 (0%)
Renouvellement THM	73 (80%)	16 (18%)	2 (2%)	0 (0%)
Trouble climatérique	33 (36%)	47 (52%)	10 (11%)	1 (1%)
Risque fracturaire	15 (16%)	47 (52%)	24 (26%)	5 (5%)
Métrorragies	32 (35%)	49 (54%)	10 (11%)	0 (0%)
Douleur pelvienne	16 (18%)	43 (47%)	32 (35%)	0 (0%)
Dyspareunie	47 (52%)	35 (38%)	9 (10%)	0 (0%)
Sécheresse vaginale	23 (25%)	52 (57%)	16 (18%)	0 (0%)

Intro = Introduction ; Renouv = Renouvellement ; DIU = Dispositif intra-utérin ; FCU = Frottis cervico-utérin ; Mammo = mammographique ; IST = Infections sexuellement transmissibles ; IVG = Interruption volontaire de grossesse ; THM = Traitement substitutif hormonal de la ménopause.

ANNEXE 3 :

Répartition des consultations en lien avec la contraception selon leur fréquence de réalisation et la proximité avec un gynécologue

		Effectifs (%)				
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	< 15 min (n=38)	Entre 15 et 30 min (n=47)	Entre 31 et 60 min (n=6)	> 1h (n=0)	P
Contraception orale, patch ou anneau	Rarement	2 (5)	3 (6)	0 (0)	0 (0)	0,55
	Occasionnellement	13 (34)	14 (30)	0 (0)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	20 (53)	27 (58)	6 (100)	0 (0)	
	Fréquemment	3 (8)	3 (6)	0 (0)	0 (0)	
Implant	Rarement	26 (68)	28 (60)	1 (17)	0 (0)	0,07
	Occasionnellement	12 (32)	19 (40)	5 (83)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
DIU	Rarement	29 (76)	27 (57)	2 (33)	0 (0)	0,02
	Occasionnellement	8 (21)	20 (43)	4 (67)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Contraception d'urgence	Rarement	30 (80)	31 (66)	4 (67)	0 (0)	0,40
	Occasionnellement	4 (10)	9 (19)	0 (0)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	4 (10)	7 (15)	2 (33)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

DIU = Dispositif intra-utérin ; kw = Test de Kruskal Wallis.

ANNEXE 4 :

Répartition des consultations en lien avec le dépistage et la prévention selon leur fréquence de réalisation et la proximité avec un gynécologue

		Effectifs (%)				
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	< 15 min (n=38)	Entre 15 et 30 min (n=47)	Entre 31 et 60 min (n=6)	> 1h (n=0)	P
Gardasil	Rarement	4 (10)	2 (4)	0 (0)	0 (0)	0,006
	Occasionnellement	21 (56)	18 (38)	3 (50)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	9 (24)	27 (58)	3 (50)	0 (0)	
	Fréquemment	4 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
FCU	Rarement	11 (29)	11 (24)	0 (0)	0 (0)	0,49
	Occasionnellement	15 (39)	18 (38)	2 (33)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	12 (32)	17 (36)	4 (67)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	
Suivi mammo	Rarement	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,09
	Occasionnellement	4 (10)	4 (8)	0 (0)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	17 (45)	13 (28)	1 (17)	0 (0)	
	Fréquemment	16 (42)	30 (64)	5 (83)	0 (0)	
Examen des seins	Rarement	4 (11)	7 (15)	0 (0)	0 (0)	0,30
	Occasionnellement	13 (34)	13 (28)	1 (17)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	18 (47)	18 (38)	3 (50)	0 (0)	
	Fréquemment	3 (8)	9 (19)	2 (33)	0 (0)	

FCU = Frottis cervico-utérin ; mammo = mammographique ; kw = Test de Kruskal Wallis

ANNEXE 5 :

Répartition des consultations en lien avec la grossesse selon leur fréquence de réalisation et la classe d'âge

		Effectifs (%)				
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Entre 25 et 35 ans (n=20)	Entre 36 et 45 ans (n=28)	Entre 46 et 55 ans (n=28)	Plus de 56 ans (n=15)	p
Suivi de grossesse	Rarement	2 (10)	9 (32)	1 (3)	5 (33)	0,07
	Occasionnellement	15 (75)	14 (50)	15 (54)	5 (33)	(kw)
	Régulièrement	3 (15)	5 (18)	12 (43)	5 (33)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

ANNEXE 6 :

Répartition des consultations en lien avec la grossesse selon leur fréquence de réalisation et la proximité avec un gynécologue

		Effectifs (%)				P
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	< 15 min (n=38)	Entre 15 et 30 min (n=47)	Entre 31 et 60 min (n=6)	> 1h (n=0)	
Suivi de grossesse	Rarement	6 (16)	10 (21)	1 (17)	0 (0)	0,85
	Occasionnellement	21 (55)	26 (55)	2 (33)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	11 (29)	11 (24)	3 (50)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Kw = Test de Kruskal Wallis

ANNEXE 7 :

Répartition des consultations en lien avec la grossesse selon leur fréquence de réalisation et la formation des MG

		Effectifs (%)							
Act gyn	Fréquence	Internat		FMC		DU	Journées dédiées		
		Oui (n=73)	Non (n=18)	Oui (n=56)	Non (n=35)	Oui (n=12)	Non (n=79)	Oui (n=49)	Non (n=42)
Suivi de grossesse	Rar.	14 (19)	3 (17)	8 (14)	9 (26)	1 (8)	16 (20)	6 (12)	11 (26)
	Occas.	41 (56)	8 (44)	29 (52)	20 (57)	6 (50)	43 (55)	25 (51)	24 (57)
	Régul.	18 (25)	7 (39)	19 (34)	6 (17)	5 (42)	20 (25)	18 (37)	7 (17)
	Fréqu.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		p=0,46 (f)		p=0,15 (C)		p=0,45 (f)		p=0,054 (C)	

Act gyn = Activités gynécologiques ; FMC = Formation médicale continue ; DU = Diplôme universitaire ; Rar = Rarement ; Occas = Occasionnellement ; Régul = Régulièrement ; Fréqu = Fréquemment ; f = Test de Fisher ; C = Test du Chi2.

ANNEXE 8 :

Répartition des consultations en lien avec les infections génitales selon leur fréquence de réalisation
et la classe d'âge

		Effectifs (%)				p
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Entre 25 et 35 ans (n=20)	Entre 36 et 45 ans (n=28)	Entre 46 et 55 ans (n=28)	Plus de 56 ans (n=15)	
IST	Rarement	7 (35)	11 (39)	4 (14)	4 (27)	0,13
	Occasionnellement	7 (35)	13 (47)	8 (29)	4 (27)	(kw)
	Régulièrement	6 (30)	4 (14)	15 (54)	7 (46)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	
Vaginose, Mycose	Rarement	2 (10)	4 (14)	0 (0)	1 (7)	0,15
	Occasionnellement	11 (55)	15 (54)	10 (36)	7 (46)	(kw)
	Régulièrement	7 (35)	9 (32)	17 (61)	6 (40)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	1 (3)	1 (7)	

IST = Infections sexuellement transmissibles ; kw = Test de Kruskal Wallis.

ANNEXE 9 :

Répartition des consultations en lien avec les infections génitales selon leur fréquence de réalisation
et la proximité avec un gynécologue

		Effectifs (%)				P
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	< 15 min (n=38)	Entre 15 et 30 min (n=47)	Entre 31 et 60 min (n=6)	> 1h (n=0)	
IST	Rarement	10 (26)	14 (30)	2 (33)	0 (0)	0,69
	Occasionnellement	14 (37)	16 (34)	2 (33)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	13 (34)	17 (36)	2 (33)	0 (0)	
	Fréquemment	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Vaginose, Mycose	Rarement	3 (8)	3 (6)	1 (17)	0 (0)	0,34
	Occasionnellement	19 (50)	22 (47)	2 (33)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	14 (37)	22 (47)	3 (50)	0 (0)	
	Fréquemment	2 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

IST = Infections sexuellement transmissibles ; kw = Test de Kruskal Wallis.

ANNEXE 10 :

Répartition des consultations en lien avec les IVG selon leur fréquence de réalisation et le sexe

		Effectifs (%)		
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Homme (n=31)	Femme (n=60)	p
IVG	Rarement	31 (100)	58 (97)	1
	Occasionnellement	0 (0)	1 (1,5)	(f)
	Régulièrement	0 (0)	1 (1,5)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	

IVG = Interruption volontaire de grossesse ; f = Test de Fisher.

ANNEXE 11 :

Répartition des consultations en lien avec les IVG selon leur fréquence de réalisation et la classe d'âge

		Effectifs (%)				
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Entre 25 et 35 ans (n=20)	Entre 36 et 45 ans (n=28)	Entre 46 et 55 ans (n=28)	Plus de 56 ans (n=15)	p
IVG	Rarement	20 (100)	28 (100)	27 (96)	14 (93)	0,26
	Occasionnellement	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

IVG = Interruption volontaire de grossesse ; kw = Test de Kruskal Wallis.

ANNEXE 12 :

Répartition des consultations en lien avec les IVG selon leur fréquence de réalisation et la proximité avec un gynécologue

		Effectifs (%)				
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	< 15 min (n=38)	Entre 15 et 30 min (n=47)	Entre 31 et 60 min (n=6)	> 1h (n=0)	P
IVG	Rarement	38 (100)	45 (96)	6 (100)	0 (0)	0,62
	Occasionnellement	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

IVG = Interruption volontaire de grossesse ; kw = Test de Kruskal Wallis.

ANNEXE 13 :

Répartition des consultations en lien avec la ménopause selon leur fréquence de réalisation et le sexe

		Effectifs (%)		
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Homme (n=31)	Femme (n=60)	p
Introduction THM	Rarement	26 (84)	53 (88)	0,20
	Occasionnellement	5 (16)	4 (7)	(f)
	Régulièrement	0 (0)	3 (5)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	
Renouvellement THM	Rarement	22 (71)	51 (85)	0,10
	Occasionnellement	9 (29)	7 (12)	(f)
	Régulièrement	0 (0)	2 (3)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	
Troubles climatériques hors THM	Rarement	15 (48)	18 (30)	0,36
	Occasionnellement	13 (42)	34 (56)	(f)
	Régulièrement	3 (10)	7 (12)	
	Fréquemment	0 (0)	1 (2)	
Dépistage du risque fracturaire	Rarement	8 (26)	7 (12)	0,10
	Occasionnellement	15 (48)	32 (53)	(f)
	Régulièrement	5 (16)	19 (32)	
	Fréquemment	3 (10)	2 (3)	

THM = Traitement hormonal substitutif de la ménopause ; f = Test de Fisher.

ANNEXE 14 :

Répartition des consultations en lien avec la ménopause selon leur fréquence de réalisation et la classe d'âge

		Effectifs (%)				
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Entre 25 et 35 ans (n=20)	Entre 36 et 45 ans (n=28)	Entre 46 et 55 ans (n=28)	Plus de 56 ans (n=15)	p
Introduction THM	Rarement	19 (95)	25 (89)	23 (82)	12 (80)	0,29
	Occasionnellement	1 (5)	2 (7)	3 (11)	3 (20)	(kw)
	Régulièrement	0 (0)	1 (4)	2 (7)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Renouvellement THM	Rarement	17 (85)	23 (82)	20 (71)	13 (87)	0,90
	Occasionnellement	3 (15)	4 (14)	7 (25)	2 (13)	(kw)
	Régulièrement	0 (0)	1 (4)	1 (4)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Troubles climatériques hors THM	Rarement	10 (50)	14 (50)	5 (18)	4 (26)	0,11

	Occasionnellement	9 (45)	11 (39)	17 (61)	10 (67)	(kw)
	Régulièrement	1 (5)	3 (11)	5 (18)	1 (7)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	
Dépistage du risque fracturaire	Rarement	2 (10)	6 (22)	5 (18)	2 (13)	0,43
	Occasionnellement	13 (65)	16 (57)	10 (36)	8 (53)	(kw)
	Régulièrement	4 (20)	4 (14)	12 (43)	4 (27)	
	Fréquemment	1 (5)	2 (7)	1 (3)	1 (7)	

THM = Traitement hormonal substitutif de la ménopause ; kw = Test de Kruskal Wallis.

ANNEXE 15 :

Répartition des consultations en lien avec la ménopause selon leur fréquence de réalisation et la proximité avec un gynécologue

		Effectifs (%)				
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	< 15 min (n=38)	Entre 15 et 30 min (n=47)	Entre 31 et 60 min (n=6)	> 1h (n=0)	P
Introduction THM	Rarement	33 (87)	40 (85)	6 (100)	0 (0)	0,92
	Occasionnellement	4 (10)	5 (11)	0 (0)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	1 (3)	2 (4)	0 (0)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Renouvellement THM	Rarement	28 (74)	39 (83)	6 (100)	0 (0)	0,30
	Occasionnellement	9 (24)	7 (15)	0 (0)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	1 (2)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Troubles climatiques hors THM	Rarement	14 (37)	18 (38)	1 (17)	0 (0)	0,74
	Occasionnellement	21 (55)	22 (47)	4 (66)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	3 (8)	6 (13)	1 (17)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	
Dépistage du risque fracturaire	Rarement	7 (18)	7 (15)	1 (17)	0 (0)	0,27
	Occasionnellement	23 (61)	22 (47)	2 (33)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	6 (16)	16 (34)	2 (33)	0 (0)	
	Fréquemment	2 (5)	2 (4)	1 (17)	0 (0)	

THM = Traitement hormonal substitutif de la ménopause ; kw = Test de Kruskal Wallis.

ANNEXE 16 :

Répartition des consultations en lien avec la ménopause selon leur fréquence de réalisation et la formation

		Effectifs (%)							
Act	gyn	Internat		FMC		DU		Journées dédiées	
		Oui (n=73)	Non (n=18)	Oui (n=56)	Non (n=35)	Oui (n=12)	Non (n=79)	Oui (n=49)	Non (n=42)
Intro THM	Rar.	64 (88)	15 (83)	49 (87)	30 (86)	10 (84)	69 (87)	41 (84)	38 (90)
	Occas.	7 (9)	2 (11)	5 (9)	4 (11)	1 (8)	8 (10)	6 (12)	3 (7)
	Régul.	2 (3)	1 (6)	2 (4)	1 (3)	1 (8)	2 (3)	2 (4)	1 (3)
	Fréqu.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		p=0,68 (f)		p=0,88 (f)		p=0,41 (f)		p=0,70 (f)	
Renouv THM	Rar.	58 (79)	15 (83)	43 (77)	30 (86)	9 (75)	64 (81)	39 (80)	34 (81)
	Occas.	13 (18)	3 (17)	11 (20)	5 (14)	3 (25)	13 (16)	8 (16)	8 (19)
	Régul.	2 (3)	0 (0)	2 (3)	0 (0)	0 (0)	2 (3)	2 (4)	0 (0)
	Fréqu.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		p=1 (f)		p=0,55 (f)		p=0,58 (f)		p=0,63 (f)	

Act gyn = Activité gynécologique ; FMC = Formation médicale continue ; DU = Diplôme universitaire ; Rar = Rarement ; Occas = Occasionnellement ; Régul = Régulièrement ; Fréqu = Fréquemment ; THM = Traitement hormonal substitutif de la ménopause ; f = Test de Fisher.

ANNEXE 17 :

Répartition des consultations en lien avec les autres problématiques gynécologiques selon leur fréquence de réalisation et le sexe

		Effectifs (%)		
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Homme (n=31)	Femme (n=60)	p
Métrorragies	Rarement	20 (65)	12 (20)	0,0001
	Occasionnellement	10 (32)	39 (65)	(f)
	Régulièrement	1 (3)	9 (15)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	
Douleur pelvienne	Rarement	8 (26)	8 (13)	0,13
	Occasionnellement	16 (52)	27 (45)	(f)
	Régulièrement	7 (22)	25 (42)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	
Dyspareunie	Rarement	23 (74)	24 (40)	0,007
	Occasionnellement	6 (19)	29 (48)	(f)
	Régulièrement	2 (7)	7 (12)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	
Sécheresse vaginale	Rarement	10 (32)	13 (22)	0,49
	Occasionnellement	17 (55)	35 (58)	(f)
	Régulièrement	4 (13)	12 (20)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	

f = Test de Fisher.

ANNEXE 18 :

Répartition des consultations en lien avec les autres problématiques gynécologiques selon leur fréquence de réalisation et la classe d'âge

		Effectifs (%)				
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	Entre 25 et 35 ans (n=20)	Entre 36 et 45 ans (n=28)	Entre 46 et 55 ans (n=28)	Plus de 56 ans (n=15)	p
Métrorragies	Rarement	7 (35)	12 (43)	4 (14)	9 (60)	0,72
	Occasionnellement	10 (50)	14 (50)	20 (72)	5 (33)	(kw)
	Régulièrement	3 (15)	2 (7)	4 (14)	1 (7)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Douleur pelvienne	Rarement	5 (25)	6 (22)	3 (11)	2 (13)	0,21
	Occasionnellement	7 (35)	13 (46)	13 (46)	10 (67)	(kw)
	Régulièrement	8 (40)	9 (32)	12 (43)	3 (20)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Dyspareunie	Rarement	11 (55)	17 (61)	10 (36)	9 (60)	0,30

	Occasionnellement	8 (40)	10 (36)	13 (46)	4 (27)	(kw)
	Régulièrement	1 (5)	1 (3)	5 (18)	2 (13)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Sécheresse vaginale	Rarement	5 (25)	8 (29)	6 (21)	4 (26)	0,88
	Occasionnellement	12 (60)	14 (50)	16 (58)	10 (67)	(kw)
	Régulièrement	3 (15)	6 (21)	6 (21)	1 (7)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Kw = Test de Kruskal Wallis.

ANNEXE 19 :

Répartition des consultations en lien avec les autres problématiques gynécologiques selon leur fréquence de réalisation et la proximité avec un gynécologue

		Effectifs (%)				P
Activités gynécologiques réalisées	Fréquence	< 15 min (n=38)	Entre 15 et 30 min (n=47)	Entre 31 et 60 min (n=6)	> 1h (n=0)	
Métrorragies	Rarement	14 (37)	17 (36)	1 (17)	0 (0)	0,67
	Occasionnellement	21 (55)	24 (51)	4 (66)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	3 (8)	6 (13)	1 (17)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Douleur pelvienne	Rarement	6 (16)	9 (19)	1 (17)	0 (0)	0,56
	Occasionnellement	16 (42)	24 (51)	3 (50)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	16 (42)	14 (30)	2 (33)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Dyspareunie	Rarement	18 (48)	26 (55)	3 (50)	0 (0)	0,35
	Occasionnellement	17 (45)	17 (36)	1 (17)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	3 (8)	4 (9)	2 (33)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Sécheresse vaginale	Rarement	9 (24)	13 (28)	1 (17)	0 (0)	0,78
	Occasionnellement	23 (60)	26 (55)	3 (50)	0 (0)	(kw)
	Régulièrement	6 (16)	8 (17)	2 (33)	0 (0)	
	Fréquemment	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Kw = Test de Kruskal Wallis

Etat des lieux de la pratique gynécologique dans le département du Maine-et-Loire : étude quantitative auprès des médecins généralistes.

RÉSUMÉ

Introduction : Le suivi gynécologique est assuré par différents acteurs, tels que les gynécologues, les médecins généralistes et les sage-femmes. Les projections de la démographie médicale signalent une forte diminution du nombre de gynécologues. Dans le département du Maine-et-Loire, la diminution du nombre de gynécologues médicaux entre 2010 et 2022 est de 70%, ce qui pourrait donc occasionner l'accroissement du nombre de consultations gynécologiques que réalisent les médecins généralistes. L'objectif principal de cette étude était donc de faire un état des lieux de l'activité en lien avec la santé de la femme des MG exerçant dans le Maine-et-Loire.

Matériels et méthode : Etude quantitative descriptive par questionnaire adressé par mail entre mars et août 2024 aux MG maîtres de stage universitaire des 2e et 3e cycles des études de médecine exerçant dans le Maine-et-Loire. Le questionnaire était divisé en 4 parties : données socio-démographiques des participants, l'état des lieux de leur activité en gynécologie, les freins et les motivations à l'augmentation de leur activité en lien avec la santé de la femme, et l'évolution de cette activité.

Résultats : Au total, 91 réponses ont pu être analysées sur les 246 possibles, soit un taux de participation de 37%. Les MG avaient une forte activité pour la prescription de pilule contraceptive, le dépistage (suivi mammographique) et la prévention. En revanche, elle l'était beaucoup moins pour la réalisation de certains gestes techniques (pose DIU et implant) et dans la prescription de traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Les médecins femmes avaient une activité gynécologique plus importante que les médecins hommes. Des différences étaient également observées en fonction de l'âge et de la proximité avec un gynécologue, bien que celles-ci étaient limitées à très peu de catégories. Les praticiens ayant suivi une formation complémentaire réalisaient davantage de gestes techniques que ceux n'en ayant pas suivi. Les principaux freins à la pratique gynécologique étaient le manque de demande (43%), la proximité avec une sage-femme ou une consœur avec activité gynécologique importante (33%) et la proximité avec un gynécologue (20%). Enfin, 88% des participants accepteraient d'augmenter leur pratique en cas de demande.

Conclusion : Cet état des lieux révèle que les MG exercent une activité gynécologique très développée dans les domaines de la prescription de pilule contraceptive et dans la prévention. En revanche, leur pratique est moins importante dans la réalisation des FCU, ou le suivi de grossesse et reste bien plus limitée dans la pose d'implants ou de DIU, les IVG et la prescription des traitements de la ménopause. Les femmes connaissent mal les compétences des médecins généralistes en gynécologie, limitant ainsi leur recours. Une meilleure information et une formation initiale des MG renforcée permettraient d'améliorer l'accès aux soins et la qualité du suivi.

Mots-clés : médecine générale, état des lieux, consultations gynécologiques, santé de la femme

Overview of gynecological practice in the Maine-et-Loire department: a quantitative study among general practitioners.

ABSTRACT

Introduction: Gynecological care is provided by various professionals, such as gynecologists, general practitioners (GPs), and midwives. Projections of the medical demographic indicate a significant decline in the number of gynecologists. In the Maine-et-Loire department, the number of medical gynecologists decreased by 70% between 2010 and 2022, which may lead to an increase in gynecological consultations by GPs. The primary objective of this study was to assess the activities related to women's health among GPs working in Maine-et-Loire.

Materials and Methods: A descriptive quantitative study using a questionnaire was sent via email between March and August 2024 to GP trainers for the 2nd and 3rd cycles of medical studies practicing in Maine-et-Loire. The questionnaire was divided into four sections: socio-demographic data of participants, an assessment of their gynecological activity, barriers and motivations for increasing their activity related to women's health, and the evolution of this activity.

Results: A total of 91 responses were analyzed out of 246 possible, resulting in a 37% participation rate. GPs were highly active in prescribing contraceptive pills, screening (mammography follow-ups), and prevention. However, their activity was much lower in performing certain technical procedures (IUD and implant placements) and prescribing hormone replacement therapy for menopause. Female doctors had a higher gynecological activity than male doctors. Differences were also observed based on age and proximity to a gynecologist, though these differences were limited to very few categories. Practitioners with additional training performed more technical procedures than those without such training. The main barriers to gynecological practice were lack of demand (43%), proximity to a midwife or a colleague with significant gynecological practice (33%), and proximity to a gynecologist (20%). Finally, 88% of participants would be willing to increase their practice if demand arose.

Conclusion: This assessment reveals that GPs perform significant gynecological activity in areas such as contraceptive pill prescription and prevention. However, their practice is less extensive in performing cervical smears, pregnancy follow-ups, and remains more limited in IUD or implant placements, abortion procedures, and prescribing menopause treatments. Women are often unaware of the gynecological skills of general practitioners, limiting their use of these services. Better information and enhanced initial training for GPs would improve access to care and the quality of follow-up.

Keywords : general medicine, overview, gynecological consultation, women's health.