



ANNEE 2016

N°

**Pratique des actes gynécologiques par les
médecins généralistes de Bourgogne en 2016 :
vision des médecins généralistes et des patientes.**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 7 Juillet 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par SAIDANI Manel

Né(e) le 4 Mars 1986

A La Tronche (38)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

ANNEE 2016

N°

**Pratique des actes gynécologiques par les
médecins généralistes de Bourgogne en 2016 :
vision des médecins généralistes et des patientes.**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 7 Juillet 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par SAIDANI Manel

Né(e) le 4 Mars 1986

A La Tronche (38)

Doyen :
1er Assesseur :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Yves ARTUR
Mme Laurence DUVILLARD
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Charles	BENAÏM	Médecine physique et réadaptation
(Mise à disposition pour convenances personnelles jusqu'au 31/10/2016)			
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
Mme	Claire	BONITHON-KOPP	Thérapeutique
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale.
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Philippe	CAMUS	Pneumologie
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Maurice	GIROUD	Neurologie
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Patrick	HILLON	Thérapeutique
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Denis	KRAUSE	Radiologie et imagerie médicale
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Philippe	MAINGON	Cancérologie-radiothérapie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie

M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Eric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
M.	Jean-Raymond	TEYSSIER	Génétique moléculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGES	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE D'URGENCE

M.	Bruno	MANGOLA	(du 01/05/2016 au 14/11/2016)
----	-------	----------------	-------------------------------

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/08/2019)
M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(surnombre jusqu'au 31/08/2016)
M.	Philippe	ROMANET	(surnombre du 10/07/2013 au 31/08/2016)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	André	PECHINOT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Benoît	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/09/2011 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	François	MARTIN	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M. Jean-Noël BEIS Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme Patricia MERCIER Médecine Générale
M. Gilles MOREL Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme Catherine AUBRY Médecine Générale
M. Didier CANNET Médecine Générale
M. Clément CHARRA Médecine Générale
M. Arnaud GOUGET Médecine Générale
M. François MORLON Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M. Didier CARNET Anglais
M. Jean-Pierre CHARPY Anglais
Mme Catherine LEJEUNE Pôle Epidémiologie
M. Gaëtan JEGO Biologie Cellulaire
Mme France MOUREY Sciences et techniques des activités
physiques et sportives

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Marianne ZELLER Physiologie

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme Marceline EVRARD Anglais
Mme Lucie MAILLARD Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme Anaïs CARNET Anglais
M. Philippe DE LA GRANGE Anglais
Mme Virginie ROUXEL Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Evelyne KOHLI Immunologie
M. François GIRODON Sciences biologiques, fondamentales et
cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M. Mathieu BOULIN Pharmacie clinique
M. Philippe FAGNONI Pharmacie clinique
M. Frédéric LIRUSSI Toxicologie
M. Marc SAUTOUR Botanique et cryptogamie
M. Antonin SCHMITT Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Pr BEIS Jean-Noël (médecin généraliste, président du Département de Médecine Générale)

Membres :

- Pr BONNIN Alain (service Laboratoire de Parasitologie CHU Dijon, président des universités de Bourgogne)
- Pr DOUVIER Serge (service Gynécologie-Obstétrique, CHU Dijon)
- Pr LOFFROY Romaric (service de radiologie interventionnelle, CHU Dijon)
- Dr LEMOINE Thierry (médecin généraliste à Nevers, président du conseil de l'ordre des médecins de la Nièvre)

Remerciements

A mon président de jury, Professeur Beis, pour m'avoir fait confiance pour ce travail et pour les opportunités à venir.

Aux membres du jury, les Professeurs Bonnin, Douvier et Loffroy, pour l'honneur qu'ils me font de juger mon travail.

Au Docteur Thierry Lemoine, qui m'a accompagné dans le travail de cette thèse du début à la fin, m'a épaulé, m'a soutenu sans faille. Merci pour tout. Je suis heureuse et fière de partager le même projet médical que toi.

À mes confrères, médecins généralistes ayant répondu à mon questionnaire, et à leurs patientes.

A Damien et Géraldine, des amis, des vrais. Merci pour tout le soutien apporté malgré la distance qui nous sépare, et mon caractère parfois limite dans les moments de doutes. Merci pour votre présence dans les bons et les mauvais moments.

A Emeline, pour sa présence, son écoute, pour les confidences et les rires. Merci d'être la belle-sœur que tu es.

A Zélika, pour ses conseils, son aide, son œil pour l'orthographe. Merci d'être là pour moi quoiqu'il arrive. Une sœur en or.

A Farah, pour ses encouragements, les voyages partagés, les soirées, les bons moments qui ont évacués mon stress. Merci pour tout ma sœur.

A Abdel, pour être ce frère modèle pour moi. Tu occupes une grande place dans ma vie, et je t'offre aujourd'hui cette pensée pour confirmer toute l'importance que tu as à mes yeux.

A Nadjib. Un des synonymes de frère est « semblable ». Je trouve que cela nous va assez bien. Je tiens à te remercier pour la grande aide que tu m'as apporté pour le côté technique de ce travail. Merci pour tout ce que tu fais pour moi, merci de ne jamais me laisser tomber ou de me rattraper avant que je ne touche le fond. Merci pour tous ces fabuleux moments fraternels partagés ensemble.

A Maialen et Nour, vous êtes la plus belle chose qu'il me soit arrivé. Vous me comblez de bonheur et faites que chaque passage douloureux de la vie le devienne nettement moins rien qu'en pensant à vous et à vos rires. Je promets d'être avec vous la meilleure tata du monde.

Enfin, comme on le dit, le meilleur pour la fin. Merci papa et maman. Merci est un mot bien plat aux vues de tout ce que vous avez fait pour moi. Merci d'avoir consacré vos vies à mon éducation et à mes études. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui, ce n'est que grâce à vous. Merci papa d'avoir travaillé d'arrache pieds toutes ces années pour payer nos études et faire de nous de grandes personnes, tu es pour moi ma force et ma lumière. Merci maman d'avoir

été scolaire jusqu'au bout avec moi, d'avoir passé toutes ces nuits éveillée pour me donner du courage dans mes révisions, d'avoir toujours été aux petits soins avec moi. Ce travail, ce moment-là, c'est surtout le vôtre. Il ne se passe pas un jour sans que je pense à vous et à tout ce que vous m'avez donné. Merci d'avoir pardonné mes erreurs. Vous êtes l'étendard de mes actions, vous êtes cet arbre solide et droit sur lequel j'ai poussé et fleuri. Je vous aime tellement et espère que vous êtes fiers de ce que j'ai accompli, c'est le reflet de vos engagements pour moi.

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.

TABLE DES MATIERES

<u>ABREVIATIONS</u>	13
<u>INTRODUCTION</u>	15
I) Démographie médicale en Bourgogne en 2015	15
1) Médecins généralistes	15
2) Gynécologues	15
3) A l'avenir	16
II) Place des sages-femmes libérales	16
III) Formation des médecins généralistes	18
1) Formation universitaire	18
2) Après le 3 ^{ème} cycle de médecine générale	20
IV) Définition et cotation des actes de gynécologie	21
1) Pose-retrait de dispositif intra-utérin (DIU)	21
2) Pose-retrait d'implant contraceptif sous-cutané	22
3) Examen clinique gynécologique	23
4) Prescription d'une première contraception	24
5) Frottis cervico-vaginal (FCV)	25
6) Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse	26
7) Suivi de grossesse	27
8) Suivi de ménopause	30
V) Déterminants influençant la pratique de la gynécologie en médecine générale dans les données de la littérature	32
VI) Objectifs de l'étude	34
<u>METHODOLOGIE</u>	34
I) Idée du sujet	34
II) Elaboration du questionnaire	35
1) Questionnaire médecin	35
2) Questionnaire patiente	36
3) Courrier d'accompagnement	36
III) Population étudiée	38
1) Sélection des médecins	38
2) Sélection des patientes	38
IV) Sélection des critères de recherche	39
V) Envoi des questionnaires	39
VI) Type d'étude, traitement des données des questionnaires, analyse statistique	40

<u>RESULTAT</u>	40
I) Les médecins	40
1) Caractéristiques des médecins généralistes	40
2) Fréquence mensuelle des actes en fonction des caractéristiques des médecins généralistes	42
a) Pose-retrait de dispositif intra-utérin (DIU)	42
b) Pose-retrait d'implant contraceptif sous-cutané	45
c) Examen clinique gynécologique	49
d) Prescription d'une première contraception	52
e) Frottis cervico-vaginal (FCV)	56
f) Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse	59
g) Suivi de grossesse	61
h) Suivi de ménopause	65
3) Evaluation des freins rencontrés par les médecins généralistes pour la réalisation de ces actes	69
4) Auto-évaluation de la formation reçue	70
II) Les patientes	71
1) Caractéristiques des patientes	71
2) La réalisation des actes et le choix du praticien selon les patientes	73
a) Pose-retrait de dispositif intra-utérin (DIU)	73
b) Pose-retrait d'implant contraceptif sous-cutané	78
c) Examen clinique gynécologique	83
d) Prescription d'une première contraception	88
e) Frottis cervico-vaginal (FCV)	94
f) Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse	99
g) Suivi de grossesse	104
h) Suivi de ménopause	110
3) Préférence du genre pour le suivi gynécologique	115
4) Orientation des patientes vers le médecin généraliste dans l'avenir	118
<u>DISCUSSION</u>	119
<u>CONCLUSION</u>	128
<u>ANNEXES</u>	131
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	154

ABREVIATIONS

- AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
- CCAM : classification commune des actes médicaux.
- CHU : centre hospitalier universitaire.
- CNGE : collège national des généralistes enseignants.
- CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens de France.
- CNOM : conseil national de l'ordre des médecins.
- CPEF : centre de planification et d'éducation familiale.
- CSP : code de santé publique.
- DES : diplôme d'étude spécialisée.
- DIU : dispositif intra-utérin.
- DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- DU : diplôme universitaire.
- EBM : evidence based-medicine.
- ECBU : examen cyto bactériologique des urines.
- ECN : épreuves classantes nationales.
- EPP : évaluation des pratiques professionnelles.
- EPU : enseignement post universitaire.
- FCV : frottis cervico-vaginal.
- FMC : formation médicale continue.
- GEU : grossesse extra-utérine.
- HAS : haute autorité de santé.
- HSPT : loi hôpital, patients, santé et territoires.
- HTA : hypertension artérielle.
- IMC : indice de masse corporelle.
- INED : institut national des études démographiques.
- IST : infection sexuellement transmissible.
- IVG : interruption volontaire de grossesse.
- IVGM : interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.
- MFPF : mouvement français pour le planning familial.
- MSU : maître de stage des universités.
- OGE : organes génitaux externes.
- PACES : première année commune aux études de santé.
- SA : semaine d'aménorrhée.
- SASPAS : stage ambulatoire en soins primaire en autonomie supervisée.
- TA : tension artérielle.
- THS : traitement hormonal substitutif.
- TR : toucher rectal.
- TV : toucher vaginal.

- UNAFORMEC : union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation continues.
- URPS : union régionale des professionnels de santé.
- VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

INTRODUCTION

I) Démographie médicale en Bourgogne en 2015

1) Médecins généralistes : effectifs et caractéristiques

Actuellement, les 92 bassins de vie de la région Bourgogne recensent 1 564 médecins généralistes libéraux et mixtes ; soit une baisse des effectifs de 13,1% ces huit dernières années (annexes 1 et 2). Âgés en moyenne de 53 ans, les hommes représentent 65% des 1 564 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Bourgogne (annexe 3). 31% des médecins généralistes libéraux et mixtes sont âgés de 60 ans et plus et 12% sont âgés de moins de 40 ans. Parmi les jeunes générations de moins de 40 ans, les femmes représentent 54% des effectifs (annexe 4). Les 92 bassins de vie sont composés en moyenne de 17 médecins généralistes libéraux et mixtes. Sur la période 2007/2015, 58 bassins de vie ont enregistré une baisse des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes. Le bassin de vie de Saint-Julien-du-Sault enregistre la plus forte baisse des effectifs (-75%). Le bassin de vie d'Aillant-sur-Tholon se positionne au second rang des plus fortes baisses d'effectifs (-66,7%) et les bassins de vie de Venarey-Lès-Laumes et Villeneuve-la-Guyard se placent en troisième position (-50%). 19 bassins de vie maintiennent leurs effectifs tandis que 15 enregistrent une augmentation pouvant aller de 50% (Pont-sur-Yonne) à 2,1% (Beaune) (annexe 5). Un bassin de vie compte en moyenne 7,4 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants. 42,4% des bassins de vie de la région Bourgogne sont caractérisés par une densité faible de médecins généralistes (annexe 6) (1).

2) Gynécologues : effectifs et caractéristiques.

La spécialité de gynécologie médicale comprend les spécialistes en gynécologie médicale et obstétrique et les spécialistes en gynécologie médicale. Au cours de l'année 2015, les bassins de vie de la région Bourgogne recensent 37 gynécologues médicaux inscrits aux tableaux des Ordres départementaux en activité régulière avec un mode d'exercice libéral ou mixte. Sur la période 2008-2015, les effectifs ont diminué de 43,1%. Cette tendance va se confirmer sur la période 2015-2020 (-32,4%) (annexe 7). Âgés en moyenne de 60 ans, les gynécologues médicaux sont majoritairement représentés par les femmes (76%) (annexe 8). Sur les 92 bassins de vie de Bourgogne, 77 n'ont pas de gynécologues, 11 ont une densité de gynécologues faible à moyenne pour 10 000 femmes. Seuls 4 bassins de vie sont dotés d'une densité correcte de spécialistes en gynécologie : le nord de la Côte d'Or, le sud de la Saône-et-Loire, et autour de la capitale nivernaise. Sur la période de 2008 à 2015, 14 bassins de vie de la région Bourgogne ont vu leur population de gynécologues diminuer, ou stagner pour 6 autres bassins. Il n'y a pas de

mouvement d'augmentation de cette population qui a été noté sur ces 7 dernières années (annexe 9) (1).

3) Dans l'avenir...

En février 2009, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a rendu public les résultats d'une étude portant sur les tendances en ce qui concerne la démographie médicale d'ici à 2030. En 2007, le nombre de médecin en activité était de 208 000, un niveau élevé jamais atteint auparavant. La cause est un nombre important de diplômé dans les années 60-70. Aujourd'hui, la population médicale est vieillissante : en 2006, 60 % des médecins ont entre 45 et 60 ans ou plus. D'ici à 2030, la population devrait croître de 10 %, le nombre de patient de plus de 60 ans devrait augmenter, la consommation de soins étant croissante avec l'âge, mais le nombre de médecin par habitant devrait baisser de 20 000 d'ici 10 ans. Le numerus clausus, qui était de 7 300 en 2008, était descendu à 3 500 dans les années 90. Ce nombre était de 8 000 dans les années 70 : les personnes admises dans ces années-là partent ou vont partir à la retraite. Il y a donc davantage de personnes qui partent à la retraite que de médecins qui arrivent sur le marché. L'équilibre entre entrées et sorties devrait se faire dans les années 2020. Le résultat de l'étude de la DREES précise que d'ici 2020, le nombre de médecin de moins de 45 ans devrait progresser pour atteindre presque 50 % en 2025, et qu'en 2030 on compterait plus de 50 % de médecins femmes (contre 39 % en 2006), notamment 56,4 % des médecins généralistes. D'ici 2030, le secteur le plus touché par la baisse d'effectif concerne les spécialistes : le nombre de généraliste augmenterait de 0,6 %, le nombre de spécialistes baisserait de 2,7 %. Ils seraient en effet plus nombreux à cesser leur activité. En 2030, 55,5 % des généralistes seraient libéraux (60,2 % en 2006), 28,5 % des spécialistes exerceraient en libéral (35,6 % en 2006). Selon les résultats de l'étude du DREES, la gynécologie-obstétrique connaîtrait à l'horizon 2030 une très forte hausse. (2)

II) Place des sages-femmes libérales

En France, les études de sage-femme durent 5 ans et se composent de la Première Année commune aux Etudes de Santé (PACES), et de quatre années d'études au sein d'une école de sages-femmes. (3)

Dotées d'un pouvoir de diagnostic et d'un droit de prescription, les sages-femmes forment une profession médicale à compétences définies. Ainsi, le champ d'intervention des sages-femmes auprès des femmes et des nouveau-nés en bonne santé est établi par le code de la santé publique.

La sage-femme assure la surveillance et le suivi médical de la grossesse et propose des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elle assure, en toute autonomie, la surveillance du travail et de l'accouchement. Au-delà de la période traditionnelle de la grossesse, la sage-

femme accompagne également les femmes tout au long de leur vie en assurant leur suivi gynécologique de prévention et en prescrivant leur contraception. La sage-femme pratique les actes d'échographie obstétricale et gynécologique systématiques ou de dépistage. Dans l'exercice de l'ensemble de son activité professionnelle, la sage-femme, tient un rôle primordial de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes. Conformément aux articles L.4151-1 et L.4151-4 du code de la santé publique, les sages-femmes sont habilitées à prescrire auprès des femmes et des nouveau-nés les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession, les médicaments d'une classe thérapeutique (dont les vaccins) figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, les arrêts de travail dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale. Lors de l'établissement d'une prescription médicale, si la sage-femme délivre un traitement et sa posologie ou encore un examen de dépistage, elle joue également un véritable rôle de conseil médical et d'éducation thérapeutique (art R.4127-312 CSP). Lorsqu'elle prescrit, la sage-femme engage sa responsabilité professionnelle tant d'un point de vue déontologique que légal (4). Un arrêté du 4 février 2013, paru dans le journal officiel n°0037 du 13 février 2013, fixe la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes (annexe 10), la liste des vaccins (annexe 11) (5). Un arrêté du 27 juin 2006 fixe la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire (version consolidée au 23 octobre 2015) (annexe 12) (6).

En ce qui concerne l'arrêt de travail prescrit par la sage-femme, c'est une pratique entourée de règles régies par le code de la sécurité sociale : article L321-1, article D331-1, et article D 331-2 (annexes 13, 14 et 15). Ces articles mettent en avant le fait que la sage-femme est en droit de prescrire un arrêt de travail à sa patiente, dans le cadre d'une grossesse pathologique ou non. L'arrêt de travail prescrit par une sage-femme ne peut pas dépasser 15 jours calendaires, et est non renouvelable ou prolongeable (7).

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la patiente à un médecin en cas de situation pathologique (article L4151-1 du Code de Santé Publique, modifié par la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38 ; article R4127-318 du Code de Santé Publique, modifié par décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1). (8).

Depuis la loi HSPT du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie. La sage-femme peut pratiquer en toute autonomie l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de situation pathologique. Ainsi, la sage-femme peut réaliser un frottis cervico-vaginal de dépistage et prescrire tous les examens complémentaires utiles au bon suivi de la patiente. La sage-femme peut proposer à sa patiente différentes méthodes contraceptives et peut prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs, à savoir les contraceptifs locaux et hormonaux, les contraceptifs intra utérins, les diaphragmes et les capes, les contraceptifs d'urgence. Elle peut

effectuer la pose, la surveillance et le retrait du diaphragme ou de la cape, l'insertion, la surveillance et le retrait de contraceptifs intra-utérins, la pose et le retrait de l'implant. La sage-femme peut prescrire, délivrer et administrer des contraceptifs auprès de patientes mineures en dehors de tout recueil obligatoire, au préalable, du consentement des titulaires de l'autorité parentale (annexe 16) (9).

La sage-femme peut participer, sous la direction d'un médecin, au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique (Article R4127-324 du Code de Santé Publique). Conformément aux dispositions des articles L. 2212-8 et L. 2213-2 du Code de Santé Publique, aucune sage-femme n'est tenue de concourir à une interruption volontaire de grossesse (8).

III) Formation des médecins généralistes

L'intérêt est porté ici à la formation du médecin généraliste en gynécologie tout au long de son cursus, après un bref rappel historique de la mise en place de l'enseignement de la discipline.

1) Formation universitaire

Dans les années 1970-1980, la médecine générale était enseignée par des médecins qui ne la pratiquaient pas, et les étudiants étaient formés au CHU à des démarches diagnostiques et à des stratégies thérapeutiques de soins tertiaires. Faute d'une formation réellement en rapport avec leur futur exercice, les jeunes médecins apprenaient leur métier «sur le tas» au cours des remplacements, voire lors de l'installation. Ce décalage entre l'enseignement initial et la pratique professionnelle était entretenu par l'enseignement postuniversitaire (EPU) qui restait centré sur l'hôpital. Pourtant la résolution 77/30 du Conseil de l'Europe (10) précisait le rôle du médecin généraliste dans le système de soins et l'intérêt d'améliorer sa formation. Les années 1970-1980 ont vu le développement d'un mouvement associatif en faveur d'une formation médicale continue (FMC) de proximité, personnalisée et diversifiée selon les besoins des participants. Dans le même temps, quelques expériences d'enseignement de médecine générale et de stages ambulatoires apparaissaient dans certaines facultés de médecine. Pour la première fois, les généralistes étaient impliqués dans la formation universitaire. Le développement d'une formation professionnelle spécifique et adaptée à la médecine générale était en train de se faire (11). La loi du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques, créant un 3^e cycle spécifique de médecine générale comportant des stages extrahospitaliers, allait permettre une évolution significative. En 1983, Jehan de Butler réunissait les pionniers de l'enseignement de médecine générale pour créer le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), qu'il présida jusqu'en 1989. L'objectif était de promouvoir la qualité et la pertinence de l'enseignement de médecine générale et d'assurer la formation des enseignants. La France rejoignait ainsi avec retard les autres pays européens qui avaient déjà créé leur collège, avec comme revendication

l'obtention d'un statut de droit commun pour les généralistes à l'université. En 1984, le résidanat se mettait en place dans toutes les facultés qui se dotaient, si ce n'était déjà fait, d'un département de médecine générale ou à défaut d'une commission de 3^e cycle. En 1986, le partenariat entre le CNGE, l'Unaformec et les laboratoires MSD-Chibret aboutissait à l'ouverture de l'école de Riom (12) dans l'objectif d'apporter une formation pédagogique aux généralistes enseignants et maîtres de stage intervenant dans le 3^e cycle de médecine générale. En 1996, Bernard Gay prenait la suite d'Albert Hercek à la tête du CNGE. Dans la continuité identitaire, les négociations se poursuivaient pour proposer un cursus de formation mieux adapté à l'exercice ambulatoire. En 1997, quelques jours avant la rentrée universitaire, le stage en médecine générale de six mois était institué et rendu obligatoire au cours du 3^e cycle de médecine générale, ce qui permettait à la France de se conformer à la directive européenne de 1986 (13). L'enjeu était de démontrer que la médecine générale ne se réduisait pas à une partie des autres disciplines mise bout à bout, ni à une modalité d'exercice particulière, mais qu'elle reposait sur les trois éléments constitutifs de l'Evidence-Based Medicine (EBM) : les données scientifiques validées, le contexte clinique ambulatoire et le comportement du patient dans son milieu de vie. En 2001, la discipline repose de plus en plus sur des bases pédagogiques et scientifiques solides et peut revendiquer légitimement son statut universitaire. En 2003, le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), deuxième stage de six mois en médecine générale, était institué de manière facultative dans le 3^e cycle. En 2004, la mise en place des épreuves classantes nationales (ECN), avec le choix de la médecine générale au même titre que les autres filières, débouchait sur la création du DES de médecine générale, comme pour les autres spécialités. Cette réforme, vingt ans après la création du CNGE, laissait entrevoir une vision prospective : faire de la médecine générale une discipline à part entière, égale aux autres en termes de reconnaissance, spécifique en termes de soins de santé primaires ambulatoires (14).

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

Depuis 2004, l'accès à la médecine générale, autrefois libre et sans concours en fin de deuxième cycle des études médicales, se fait après passage de l'ECN. La médecine générale devient une spécialité médicale, soumise par conséquent aux mêmes règles de classement que les autres spécialités.

Au cours de son externat, l'étudiant doit effectuer un stage de 3 mois minimum dans un service de gynécologie. Ce stage est l'occasion de retrouver les pathologies enseignées lors des cours magistraux et d'acquérir une expérience pratique de l'examen clinique gynécologique (touchers vaginaux, palpation mammaire, pose de spéculum, réalisation de frottis cervico-vaginaux, pose de stérilet...) et obstétrique (assister à des accouchements). Cependant, les terrains de stage sont peu nombreux et le nombre d'étudiants croissant depuis six ans. Les externes se partagent

donc les terrains de stage, au risque parfois de ne pas avoir l'occasion d'assimiler tous les objectifs attendus.

Après l'externat, le futur médecin généraliste suit une formation de trois ans constituant le troisième cycle des études médicales. Pendant ces trois années, l'étudiant devra valider 6 stages de six mois, dont 4 imposés (arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 octobre 1988) : la médecine adulte (polyvalente ou spécialisée), la médecine d'urgence, la médecine en cabinet de ville (stage de réseau 1 où l'interne découvre la pratique de la médecine générale en libéral), la gynécologie *ou* la pédiatrie (15).

Selon les facultés, la formation des étudiants en médecine générale peut varier. Des formations pratiques telles que des ateliers divers sont proposés, comme l'apprentissage de la réalisation de frottis cervico-vaginaux, de la palpation mammaire..., ou d'autres formations plus théoriques comme les séminaires.

2) Après le 3^{ème} cycle de médecine générale

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

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

Dans le cadre de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) (article R4133-1 du Code de la Santé Publique), il est conseillé aux généralistes d'obtenir 250 crédits en cinq ans à partager parmi cinq lignes d'orientation nationales (16).

Le Conseil Régional de Formation Médicale Continue (FMC) leur délivrera ensuite une attestation de formation et en informera le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).

Enfin, tout au long de leur activité professionnelle, les médecins généralistes peuvent bénéficier de FMC, « obligatoire » depuis les lois Juppé de 1996, leur permettant d'approfondir et mettre à jour leurs connaissances et leur pratique. Une étude portant sur « L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne », réalisée par G. Levasseur, C. Bagot, et C. Honnorat, met en évidence le manque de formation des médecins généralistes à la pratique des soins primaires et de dépistage en gynécologie, et la nécessité d'un meilleur investissement supposant une formation initiale efficiente et adaptée, et une formation continue qui soit à la fois suivie et qui corresponde aux besoins réels des médecins en exercice dans chaque secteur géographique (17).

IV) Définition et cotation des actes de gynécologie

Seront abordés dans ce chapitre les actes de gynécologie les plus courants et pouvant être pratiqués en cabinet de médecine générale.

1) Pose-retrait de dispositif intra-utérin (DIU)

Les dispositifs intra-utérins (DIU) sont des méthodes contraceptives de longue durée (de 3 à 10 ans selon les modèles) et parmi les plus efficaces. L'indice de Pearl d'un DIU au cuivre est de 0,6 % en utilisation correcte et régulière (0,8 % en emploi courant) et de 0,2 % pour le dispositif intra-utérin (DIU) hormonal (18). Les DIU au cuivre peuvent également être utilisés en contraception d'urgence jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel à risque de grossesse. Une augmentation de 1,9 point du recours au DIU a été observée par l'Institut national d'études démographiques (INED) en 2014. Ainsi, 22,6 % des femmes utilisaient le DIU comme méthode contraceptive (19). En 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) a listé les freins au choix d'une contraception adaptée du côté des professionnels de santé. Les principaux concernaient le DIU et étaient la formation insuffisante à l'insertion, la réticence à la réalisation de gestes techniques et les contraintes matérielles et de temps (20). Les risques liés à la pose d'un DIU sont faibles : perforations utérines (1,1 à 2,0 ‰, avec des complications graves exceptionnelles), douleur, réactions vasovagales et, en cas de grossesse, plus de risque qu'elle soit extra-utérine que pour les autres contraceptions. Les preuves d'un risque d'infections génitales hautes sont pour le moment faibles. Il serait de 0,5 % et se limiterait aux trois premiers mois suivant la pose. Le taux d'expulsion est de 5 %, et les expulsions surviennent surtout dans la première année, en particulier les trois premiers mois. Les effets indésirables diffèrent selon les types de DIU : douleurs, saignements irréguliers, possible augmentation du risque de vaginoses bactériennes ou candidoses pour l'ensemble des DIU ; ménorragies et hyperménorrhées pour les DIU au cuivre ; aménorrhée, acné, mastodynies et céphalées pour les DIU hormonaux (21, 22, 23). Il existe aussi des contre-indications à la pose de DIU, qui sont à rechercher lors de la consultation dédiée à la contraception : grossesse et post-partum immédiat (4 semaines), pathologies génitales ou pelviennes en cours, immunodépression sévère, allergie au principe actif, maladie de Wilson, tumeur hormonodépendante, affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique, thrombophlébite évolutive (annexe 17). Deux types de dispositifs intra-utérins sont disponibles : les DIU au cuivre dont le principe actif est le cuivre et les DIU hormonaux dont le principe actif est le lévonorgestrel. Ces différents dispositifs se caractérisent par leur taille et leur forme. La taille peut être standard si la hauteur utérine est supérieure ou égale à 7 cm ou plus petite (modèles « short » ou « mini »). En pratique clinique, le choix de la taille se fait souvent selon la parité, les DIU « short » étant préférentiellement utilisés pour les patientes nullipares. Les DIU au cuivre diffèrent par leur surface cuivrique. L'efficacité est meilleure avec ceux ayant 380 mm² de cuivre (24). Trois formes différentes existent (annexe 18) : les DIU en « Y » ont les « bras » repliés vers le haut dans le

tube inserteur, les DIU en « T » ont les « bras » repliés vers le bas dans le tube inserteur, les DIU en « Ω », de par leur forme, n'entrent jamais complètement dans le tube inserteur (seule la tige y est incluse, les « bras » restant à l'extérieur à tout moment). Les DIU au cuivre sont commercialisés au tarif de 30,50 €, remboursés à 60 % par la Sécurité sociale. Le Mirena® et le Jaydess® sont commercialisés au tarif de 111,13 € et 100,39 €, remboursés à 65 % (annexe 19). Le matériel nécessaire diffère selon la méthode utilisée. Les DIU au cuivre sont fournis avec un hystéromètre, contrairement aux DIU hormonaux. Certains DIU au cuivre (Gynelle 375®, UT 380®, NT 380®, TT 380®) peuvent être prescrits dans un conditionnement comportant un kit de pose complet (spéculum, pinces, ciseaux) et l'ensemble est remboursé à 60 %. Les kits de pose vendus sans DIU ne sont pas remboursés (annexe 20) (25).

La pose d'un DIU a pour code CCAM JKLD001 et est coté 38,40euros. En revanche, l'ablation de DIU par voie vaginale est codé JKGD004 et coté 0euros (26).

2) Pose-retrait d'implant contraceptif sous-cutané

L'implant est une contraception hormonale très efficace. C'est un bâtonnet souple, de la taille d'une petite allumette, que le médecin pose très superficiellement au niveau du bras. Le bâtonnet contient un progestatif (l'étonorgestrel) qui diffuse dans le corps et va bloquer l'ovulation, pendant 3 ans maximum, 2 ans chez les femmes obèses (suivant critères médicaux Indice de Masse Corporelle (IMC) – taille/poids² – supérieur à 30). L'implant est posé par un médecin après une anesthésie locale de la peau entre le 1er et le 3e jour du cycle chez une femme n'ayant pas de contraception hormonale préalable, ou dans la semaine suivant le dernier comprimé actif, chez une femme ayant une contraception œstroprogestative. Il peut aussi être posé au cours d'une IVG ou d'un accouchement. Il est efficace immédiatement si on le pose au bon moment par rapport aux règles. Les contre-indications sont exceptionnelles car l'implant ne contient pas d'œstrogènes, contrairement à la plupart des pilules. Une femme diabétique ou présentant un taux élevé de cholestérol peut se faire poser un implant. L'effet secondaire principal de l'implant est l'apparition de saignements avec une très grande variabilité. En effet, la délivrance d'hormones n'est pas cyclique comme avec la pilule œstroprogestative et une seule hormone est libérée, le progestatif, qui va empêcher totalement ou partiellement le développement de la muqueuse utérine. Chaque femme va réagir à "sa façon" à l'implant : certaines n'ont plus de règles, d'autres ont des saignements espacés plus ou moins abondants, certaines des saignements rapprochés parfois abondants pouvant nécessiter un traitement. Dans un tiers des cas, les saignements seront permanents entraînant alors une demande de retrait par la patiente. Il faudra se donner un délai d'observation suffisamment long avant d'accepter l'ablation de ce dispositif. Plus rarement, l'implant est responsable d'une prise de poids ou d'acné. Dès le retrait de l'implant, la patiente retrouve rapidement ses cycles habituels. Le retrait de l'implant peut être effectué à tout moment (3 ans maximum après la pose). Pour retirer l'implant, le médecin pratique

une petite incision de la peau après avoir pratiqué une anesthésie locale (comme pour la pose). Le jour du retrait, un nouvel implant peut être posé au même endroit. La surveillance conseillée avec pose d'un implant est une consultation médicale quelques mois après la pose pour faire le point, puis une fois par an environ (surveillance gynécologique habituelle). Son coût est d'environ 106 €. Il est remboursé à 65% par les caisses d'assurance maladie (27).

La pose d'un implant contraceptif sous-cutané a pour code CCAM QZLA004 et est coté 17,99euros. L'ablation d'implant contraceptif sous-cutané est codé QZGA002 et coté 41,80euros (26).

3) Examen clinique gynécologique

Deux situations vont amener une patiente à bénéficier d'un examen gynécologique : la patiente présente une pathologie qui nécessite un examen gynécologique, il s'agit donc d'une consultation dans le cadre d'une démarche diagnostique ; ou encore, la patiente ne présente pas de pathologie gynécologique, elle vient pour un examen gynécologique systématique, il s'agit alors d'une démarche de dépistage. L'état général de la patiente doit être rapidement apprécié, notamment sa morphologie (poids, taille), l'existence d'une éventuelle altération de l'état général ou de pathologie des autres appareils. L'examen abdominal se fait en décubitus dorsal, jambes allongées puis semi-fléchies, paroi abdominale bien relâchée. L'inspection fait un inventaire des cicatrices faisant préciser à nouveau les interventions correspondantes. L'orifice ombilical, la région sus-pubienne et les orifices herniaires seront étudiés avec minutie. La palpation comporte notamment la recherche d'un syndrome tumoral abdomino-pelvien, d'une douleur abdomino-pelvienne et d'une anomalie des fosses lombaires. La percussion a moins d'intérêt. L'examen périnéal est le premier temps de l'examen gynécologique proprement dit, il est réalisé en position gynécologique, d'abord au repos puis éventuellement lors d'efforts de poussée. On notera les signes d'imprégnation hormonale réglant la trophicité des organes génitaux externes et le développement des caractères sexuels secondaires : pilosité, pigmentation, développement des grandes lèvres et du clitoris (sous la dépendance des androgènes) et des petites lèvres (sous la dépendance des œstrogènes) ; mais aussi la présence d'une pathologie infectieuse du revêtement cutanéomuqueux ou des glandes de Skene et de Bartholin ; ou enfin l'existence de séquelles obstétricales à type de déchirure, d'épisiotomie ou de fistule. La distance ano-vulvaire est également un élément important à noter. L'examen pelvien se résume essentiellement à l'examen au spéculum et ensuite le toucher vaginal (TV) (le toucher rectal (TR) n'est pas systématique, il peut être utile de le combiner au TV dans certaines situations (prolapsus, endométriose...), et peut également rendre des services quand l'examen vaginal est peu performant (vierge, femme âgée)) (28).

Il n'y a pas de codage spécifique CCAM pour la consultation intégrant l'examen clinique gynécologique.

4) Prescription d'une première contraception

La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne et des éventuelles contre-indications. La méthode choisie peut évoluer au fil de la vie et des situations rencontrées par la femme et/ou le couple. L'implication du partenaire dans le choix de la contraception peut avoir des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode. Une femme qui consulte pour une première demande contraceptive doit bénéficier d'une consultation uniquement dédiée à ce motif, quel que soit son âge. En cas d'impossibilité (en cas d'urgence par exemple), programmer à court terme une consultation entièrement dédiée. C'est une consultation d'écoute, d'échange et de dialogue, qui doit respecter intimité et confidentialité. La consultation doit permettre (29) : d'évaluer les attentes et besoins de la personne, ses connaissances et ses habitudes de vie ; de fournir une information individualisée, claire et hiérarchisée sur les méthodes contraceptives disponibles (y compris la stérilisation) et adaptées à la personne demandeuse et s'assurer de la compréhension de ces informations ; de conseiller et/ou prescrire la méthode choisie par la personne, la plus adaptée et acceptable pour elle en fonction de ses préférences, de son état de santé, du rapport bénéfices/risques des différentes méthodes, et de la possibilité pour elle d'adhérer à la méthode en fonction de sa situation et de ses habitudes de vie. Le recueil d'information recouvre un large champ : âge, profession, habitudes de vie (tabac, pratiques sexuelles impliquant des risques infectieux), méthodes de contraception utilisées jusque-là, date des dernières règles, allaitement en cours ; nombre d'enfants, antécédents de fausses couches et d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ; antécédents familiaux chez les apparentés au premier degré (parents, frères et sœurs ou enfants) d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels (âge de survenue et si possible circonstances de survenue), hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémie ; antécédents personnels (accidents thromboemboliques veineux ou artériels, HTA, diabète, dyslipidémie, migraine avec ou sans aura, autres antécédents médicaux, chirurgicaux ou gynéco-obstétricaux (notamment infection sexuellement transmissible (IST), grossesse extra-utérine (GEU), cancers, pathologie ou chirurgie utérine, ou vaginale) ; traitements en cours. L'examen clinique comprend : examen général, poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), tension artérielle (TA). L'examen gynécologique peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente. L'examen des seins et l'examen des organes génitaux externes (OGE) (avec frottis du col utérin à partir de 25 ans) visent à dépister des cancers ou des lésions précancéreuses. Le bilan biologique lors de la prescription d'une contraception hormonale estroprogestative comporte un dosage du cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun, est à renouveler tous les 5 ans en cas de bilan normal et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux, chez une personne sans antécédent personnel ni familial de maladie métabolique ou thromboembolique, qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal, peut être réalisé 3 à 6 mois après la prescription, et en cas d'antécédent familial de dyslipidémie, doit être réalisé avant le début de toute contraception estroprogestative et 3 à 6 mois après. Ce bilan peut comporter un bilan d'hémostase à discuter après avis spécialisé en cas d'antécédent personnel ou familial de maladie thromboembolique

(survenue chez un apparenté au premier degré avant l'âge de 50-60 ans). Avant la pose d'un dispositif intra-utérin, en présence de facteur de risque infectieux (notamment certaines IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples), rechercher une infection à *C trachomatis* et *N gonorrhoeae*. Informer sur les méthodes contraceptives, leur efficacité, contre-indications, avantages, risques et effets indésirables possibles, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait), coût, remboursement et reste à charge, etc... Informer aussi des possibilités d'aide au sevrage en cas de tabagisme, de la possibilité de contacter un professionnel en cas de doute sur les modalités d'utilisation de sa contraception, des différentes possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé (contraception d'urgence) (annexe 21), leur efficacité et les conditions d'accès. Evoquer avec la patiente les symptômes en termes simples pouvant faire penser à une possible complication et qui doivent conduire à consulter un médecin ou une sage-femme ; la nécessité d'anticiper ses renouvellements d'ordonnance pour ne pas interrompre son traitement contraceptif ; les IST/Sida, la prévention par les préservatifs (masculin et féminin). Évaluer l'adéquation de la méthode contraceptive et la satisfaction de la femme : en cas d'insatisfaction ou d'intolérance, rappeler les autres méthodes de contraception et proposer d'y réfléchir. Prendre en compte les modifications de situation personnelle, médicale, affective et sociale qui pourraient modifier l'adéquation de la méthode. Évaluer l'observance (fréquence et circonstances des oublis), trouver avec la femme l'horaire le mieux adapté pour éviter un oubli, réévaluer ses connaissances et réitérer les conseils sur la conduite à tenir en cas d'oubli et sur la contraception d'urgence (à utiliser le plus rapidement possible après le rapport à risque). À chaque renouvellement de prescription, réévaluer les risques en fonction de la méthode choisie. Le suivi médical comporte : un interrogatoire sur les problèmes de santé survenus depuis la dernière consultation et sur la prise de médicaments ; un examen clinique : poids, taille, IMC, TA, examen des seins et OGE si besoin ; un frottis cervico-utérin (2 frottis à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans à partir de 25 ans) ; des examens biologiques (cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun tous les 5 ans si contraception estroprogestative). Il est nécessaire de rappeler les principes de protection contre les IST et le Sida, l'intérêt du préservatif, possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance. Programmer la première consultation de suivi à 3 mois puis généralement une consultation par an si la femme va bien (30).

Il n'y a pas de codage CCAM pour la consultation spécifique à la prescription d'une première contraception.

5) Frottis cervico-vaginal (FCV)

Les indications du FCV sont le dépistage des lésions précancéreuses ou cancéreuses, le suivi et la surveillance des lésions dysplasiques du col de l'utérus. La principale contre-indication à la réalisation d'un FCV est la présence d'une lésion cervicale suspecte (dans ce cas, les patientes doivent être adressées directement pour une colposcopie et/ou une biopsie). La qualité du prélèvement est essentielle pour détecter la présence de cellules anormales. L'amélioration de

la qualité des FCV implique le respect d'un certain nombre de recommandations : le frottis devrait être effectué à distance des rapports sexuels (48 heures), en dehors de la période menstruelle, de toute thérapeutique locale ou d'infection et si nécessaire après traitement œstrogénique chez la femme ménopausée ; il est important d'expliquer à la patiente le but et la technique de l'examen, et de la rassurer ; installer la patiente en décubitus dorsal genoux fléchis (position gynécologique). Il faut éviter de faire le toucher vaginal (TV) avant le frottis. Le matériel nécessaire est le suivant : spéculum, gants, lames microscopiques, compresses, pince Longuette, dispositifs de prélèvements (Cervex-Brush® ou spatule + Cytobrush®), spray fixateur ou flacon pour frottis en milieu liquide. Il est aussi nécessaire d'avoir des bordereaux de demande standard d'analyse avec les détails cliniques. Le matériel spécifique au frottis peut être obtenu auprès du laboratoire auquel sont transmis les prélèvements. Le FCV est un acte médical, et les gynécologues en effectuent actuellement 70 à 90% selon les régions (31). Les médecins généralistes sont appelés à occuper une place plus importante à l'avenir du fait de la diminution du nombre de gynécologues médicaux d'une part, et d'une attente des patientes d'autre part (32). Le FCV est un geste adapté à la pratique en cabinet de médecine générale. Sa réalisation soigneuse par le médecin généraliste améliore l'accès aux soins et la prise en charge des patientes. Le respect des contre-indications et de la méthode de prélèvement conditionne la qualité de l'échantillon. Cependant, les médecins généralistes évoquent eux-mêmes un manque de formation adaptée dans le domaine du suivi gynécologique (33). La rémunération sur objectif de santé publique intègre un indicateur défini par la participation de 80% des femmes âgées de 25 à 65 ans au dépistage du cancer du col de l'utérus. Le frottis cervico-utérin est un geste technique dont le code CCAM est JKHD001 au tarif de 12,46 euros (cumulable avec le tarif de la consultation dans le cadre du dépistage recommandé, mais à 50% de sa valeur) (26). À rappeler que la loi HPST du 21 juillet 2009 autorise également les sages-femmes à effectuer ce prélèvement en dehors du contexte de la grossesse et du post-partum (34).

6) Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse

En France, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est réglementée depuis 1975. Ses délais ont été fixés à 14 semaines d'aménorrhée (SA) depuis la loi du 4 juillet 2001. L'IVG médicamenteuse (IVGM) jusqu'à 9 SA par mifépristone et misoprostol a été autorisée en milieu hospitalier en 1989. Elle a ensuite été autorisée en ville jusqu'à 7 SA sous certaines conditions en 2001, mais n'a été effective qu'en juillet 2004. En 2009, l'autorisation a été élargie aux centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et au Mouvement français pour le planning familial (MFPF) (35, 36). L'efficacité de l'IVGM est comparable à celle de la méthode chirurgicale (95-98% versus 99%) (37). Elle nécessite le respect des contre-indications biomédicales et l'analyse des difficultés psychosociales de la femme. La satisfaction des femmes en ambulatoire approche 80 à 95% (38, 39). La loi encadrant l'IVGM ambulatoire impose une convention entre le médecin et un centre référent hospitalier. Le médecin généraliste qui souhaite pratiquer l'IVGM doit fournir la preuve d'une qualification en gynécologie médicale ou d'une

formation spécifique ou d'une pratique régulière des IVGM. Le centre hospitalier référent doit être en mesure de prendre en charge les éventuels échecs et complications et d'assurer la formation continue des médecins engagés. Les médecins libéraux sont rémunérés selon une tarification forfaitaire incluant le prix d'achat des médicaments. La prise en charge des femmes a été codifiée. Cinq consultations sont obligatoires : deux consultations préalables à l'IVGM (informations sur la procédure et remise d'un dossier-guide, prescription d'une échographie de datation et d'une biologie ; après un délai de réflexion de 7 jours : signature d'un consentement écrit), deux consultations pour les prises médicamenteuses (trois comprimés de Mifépristone au cabinet, avec prévention de l'incompatibilité Rhésus ; et 36 à 48 heures plus tard : 400µg de Misoprostol (possible à domicile)), une consultation de contrôle : entre le 14^e et 21^e jour post-IVGM avec un dosage de bHCG plasmatique et/ou une échographie (40).

La réalisation d'IVGM au cours du premier trimestre de grossesse a pour code CCAM JNJP001 et est coté 57,60 euros (26).

7) Suivi de grossesse

Selon les recommandations de l'HAS sur le « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » mis à jour en mai 2016, il y a différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses en fonction des situations à risque identifiées (accord professionnel). Le suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme (avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et /ou d'un autre spécialiste est conseillé, avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire). Et le suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien. Il est important d'apprécier ces risques idéalement avant la grossesse, dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle), avant 10 semaines d'aménorrhée (SA) lors de la première consultation du suivi de grossesse, mais aussi tout au long de la grossesse, jusqu'à la consultation du 9^e mois ou à l'accouchement. Il faut donc rechercher des facteurs de risque généraux (notamment des facteurs individuels et sociaux, un risque professionnel, des antécédents familiaux), des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non (notamment des antécédents chirurgicaux ou des pathologies utéro-vaginales), des antécédents personnels liés à une grossesse précédente (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance), une exposition à des toxiques (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes), des facteurs de risque médicaux (notamment diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation), des maladies infectieuses (notamment toxoplasmose,

rubéole, herpès génital, syphilis), des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux (notamment cancer du sein, hématome rétro-placentaire, incompatibilité foeto-maternelle).

En dehors de ces risques à évaluer tout au long de la grossesse, il y a un schéma bien établi de consultations de suivi de grossesse.

- La consultation préconceptionnelle : examen gynécologique, frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans), prescription groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell), sérologie toxoplasmose et rubéole, recherche d'agglutinines irrégulières, sérologie VIH (pour une population à risque). Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète). Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes. Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour. Informer sur le suivi de la grossesse.
- 1^{ère} consultation (avant 10SA) : Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse. Réaliser un examen clinique général et gynécologique (tension artérielle, taille, poids, examen des seins, frottis cervical). Sérologies prescrites obligatoirement : groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell), toxoplasmose et rubéole, syphilis, glycosurie et protéinurie, recherche d'agglutinines irrégulières, recherche de l'antigène HBs. Examens proposés systématiquement : sérologie VIH 1 et 2, information sur les risques de contamination materno-foetale par le VIH. Dépistage combiné du 1er trimestre des anomalies chromosomiques foetales associant mesure de la clarté nucale (1^{re} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre). Examens proposés éventuellement : examen cytobactériologique des urines (ECBU), dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque. Débuter l'élaboration d'un projet de naissance.
- 2^{ème} consultation (avant 15SA) : Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement. Réaliser un examen clinique –tension artérielle, poids, si possible bruits du cœur foetal). Sérologies prescrites : toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent, rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA), glycosurie et protéinurie. Examens proposés systématiquement : dépistage des anomalies chromosomiques foetales (marqueurs du 2^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1^{er} trimestre). Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille). Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
- 3^{ème} consultation (4^{ème} mois) : Examen clinique (tension artérielle, poids, hauteur utérine, bruits du cœur et mouvements foetaux, signes fonctionnels urinaires, contractions utérines). Glycosurie et protéinurie, toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent, 2^e échographie (entre 20 et 25 SA), dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire, ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive.
- 4^{ème} consultation (5^{ème} mois) : Examen clinique (poids, tension artérielle, hauteur utérine, bruits du cœur et mouvements foetaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines, glycosurie et protéinurie, toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent, dépistage d'infections

urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire, ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive.

- 5^{ème} consultation (6^{ème} mois) : Examen clinique (poids, tension artérielle, hauteur utérine, bruits du cœur et mouvements fœtaux, signes fonctionnels urinaires, contractions utérines), glycosurie et protéinurie, RAI si Rhésus D négatif à toutes les femmes, et si Rhésus D positif aux femmes avec un passé transfusionnel, toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent, hémogramme, dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire, ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive.
- 6^{ème} consultation (7^{ème} mois) : Examen clinique (poids, tension artérielle, hauteur utérine, bruits du cœur et mouvements fœtaux, signes fonctionnels urinaires, contractions utérines), glycosurie et protéinurie, toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent, 3^e échographie (entre 30 et 35 SA), dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire, ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive.
- 7^{ème} consultation (8^{ème} mois) : Examen clinique (poids, tension artérielle, hauteur utérine, bruits du cœur et mouvements fœtaux, signes fonctionnels urinaires, contractions utérines), évaluation de la présentation fœtale, consultation de pré-anesthésie, glycosurie et protéinurie, 2^e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin, RAI, toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent, prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA), dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire, ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive.
- 8^{ème} consultation (9^{ème} mois) : Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement), réaliser un examen clinique général et obstétrical (poids, tension artérielle, recherche des signes fonctionnels urinaires, hauteur utérine, recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux, recherche des contractions utérines, présentation fœtale), toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente, glycosurie et protéinurie, ECBU en cas d'antécédents ou de diabète. Donner des informations pratiques, vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant (41).

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) a mis en avant des recommandations quant à la pratique clinique durant la période du post-partum. Dans les suites de l'accouchement, parce qu'il est associé à une diminution de la morbidité néonatale (moindre fréquence de pathologies cardio-vasculaires, infectieuses, atopiques et d'obésité infantile) ainsi qu'à un meilleur développement cognitif, un allaitement maternel exclusif et prolongé est recommandé entre 4 et 6 mois. Dans le but d'augmenter le taux d'initiation de l'allaitement maternel ainsi que sa durée, il est recommandé que les professionnels de santé accompagnent les mères dans leur projet et de promouvoir un allaitement maternel à la demande. Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander des mesures non pharmacologiques pour l'inhibition de la lactation. Les traitements pharmacologiques de l'inhibition de la lactation ne doivent pas être prescrits de façon systématique aux femmes qui ne souhaitent pas allaiter. La bromocriptine n'a plus sa place dans l'inhibition de la lactation en raison des effets secondaires potentiellement graves. Pour les femmes informées des risques, qui souhaitent cependant un traitement

pharmacologique de l'inhibition de la lactation, le lisuride et la cabergoline sont les médicaments à privilégier. Quel que soit le mode d'accouchement, la réalisation d'une numération formule sanguine n'est pas systématique. Une supplémentation martiale orale n'est réalisée que dans les cas d'anémie biologiquement prouvée. Le seul traitement étiologique des céphalées en rapport avec une brèche méningée est le blood-patch, celui-ci ne devant pas être réalisé avant 48 h. Le statut vaccinal des femmes et de leur entourage est à évaluer. Pour toute césarienne, une thromboprophylaxie par bas anti-thrombose systématique mis le jour de l'intervention et à garder pour une durée d'au moins 7 jours est recommandée avec ou sans l'adjonction d'Héparine à bas poids moléculaire selon la présence ou non de facteurs de risque supplémentaires, et selon le type de facteur de risque. La consultation postnatale est recommandée et est à réaliser dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement. La stratégie contraceptive en post-partum immédiat (dans les 6 semaines) est la même que la femme allaite ou non. Il est recommandé de débiter une contraception efficace au plus tard 21 jours après l'accouchement chez les femmes ne souhaitant pas de grossesse rapprochée, et de la prescrire à la sortie de la maternité. Compte tenu de l'augmentation du risque thromboembolique veineux après l'accouchement, il est recommandé de ne pas utiliser une contraception estroprogestative avant 6 semaines en post-partum. Les mois qui suivent la naissance d'un enfant constituent une période de transition et de remaniements psychologiques pour tous les parents. Elle est plus difficile à traverser en cas de facteurs de risque psychosociaux. Dans les situations de difficultés psychiques avérées, l'impact sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être important. Parmi ces difficultés, la dépression postnatale est la situation la plus courante (« baby blues »). Cependant, le risque est globalement accru en période périnatale pour l'ensemble des troubles psychiques. Le post-partum constitue, pour les cliniciens, une occasion unique et privilégiée d'aborder la santé physique, psychique et sociale des femmes et de leur enfant (42).

Il n'y a pas de codage CCAM pour la consultation spécifique au suivi de grossesse ou du post-partum.

8) Suivi de ménopause

On désigne par ménopause le moment où les règles s'arrêtent définitivement. Cependant, il n'est pas toujours aisé de déterminer cet instant puisqu'une ou plusieurs menstruations sporadiques peuvent encore survenir après une période d'aménorrhée de quelques mois. Le diagnostic de ménopause est donc rétrospectif devant la constatation d'une aménorrhée d'une durée supérieure ou égale à 12 mois. Classiquement, les signes d'appel associent une aménorrhée à des signes climatériques : bouffées de chaleur, crises de sueurs nocturnes, sécheresse vaginale. D'autres signes seront recherchés : troubles du sommeil, céphalées, douleurs articulaires, troubles de l'humeur et du caractère.

En fait la prise en charge ne se justifie que si les signes climatériques gênent la qualité de vie. L'interrogatoire aborde les antécédents familiaux et personnels (phlébite, cancers, fractures, HTA, diabète, dyslipidémie, et également facteurs de risque osseux (hyperthyroïdie,

hyperparathyroïdie et carence en vitamine D)), vérifie l'existence d'une aménorrhée, apprécie l'importance des troubles climatiques. L'examen général comprend : la mesure du poids, de la tension artérielle, l'examen de l'état veineux, etc. La mesure de la taille est nécessaire. Une perte de plus de 3 cm est une indication à l'ostéodensitométrie. L'examen gynécologique contrôle : les seins, la vulve (trophicité), le col utérin : la présence de glaire témoigne de l'imprégnation œstrogénique (réaliser un FCV si le dernier examen normal remonte à 3 ans ou plus), un toucher pelvien : recherche de pathologies utérines et annexielles. Les examens complémentaires sont réalisés pour confirmer le diagnostic de ménopause, pour évaluer les risques et les bénéfices du traitement éventuel :

- bilan biologique : cholestérol, triglycérides, glycémie, dosage TSH, calcémie et vitamine D (recherche de facteur de risque osseux)
- mammographie (si non réalisée depuis moins de 2 ans ou plus),
- FCV à faire si non réalisé depuis 3 ans ou plus,
- la densitométrie Minérale Osseuse (DMO) par technique biphotonique est demandée devant des facteurs de risque d'ostéoporose,
- l'échographie pelvienne devant des signes d'appel.

En cas d'aménorrhée de moins de 12 mois ou si l'examen clinique révèle une imprégnation œstrogénique (présence de glaire cervicale), on pourra pratiquer un test aux progestatifs. S'il est négatif (pas d'hémorragies de privation après la prise de 10 à 12 jours de progestérone ou d'un progestatif), ce test permet de vérifier qu'il existe bien une hypo-œstrogénie (donc ménopause). Au contraire, la survenue de règles témoigne d'une persistance d'un fonctionnement ovarien avec sécrétion d'œstrogènes (43). Une information sur les conséquences de la ménopause, ainsi que sur le traitement hormonal substitutif (THS) et ses alternatives, doit être dispensée. Le THS doit être proposé à toutes les femmes présentant un syndrome climactérique après une information précise et adaptée sur les avantages, les inconvénients et les risques éventuels (balance bénéfices/risques). On aura au préalable vérifié l'absence de contre-indications de ce type de traitement substitutif. Les contre-indications absolues sont le cancer du sein, les maladies thromboemboliques, et les maladies plus rares (lupus, tumeur hypophysaire, porphyrie, affections hépatiques graves et évolutives, hyperlipidémies sévères, HTA grave). Les contre-indications relatives nécessitent une discussion en fonction de leur sévérité et du contexte. Ce sont le fibrome, l'endométriose, les mastopathies bénignes, HTA, le diabète insulinodépendant, les antécédents familiaux de cancer du sein, de l'endomètre, cholestase, etc. Actuellement, moins de 25 % des femmes ménopausées sont traitées (44).

Il n'y a pas de codage CCAM pour la consultation spécifique au suivi de ménopause.

V) Déterminants influençant la pratique de la gynécologie en médecine générale dans les données de la littérature

Dans une thèse portant sur la recherche des déterminants objectifs et subjectifs dans la pratique de la gynécologie par les médecins du Lot-et-Garonne, LAGEYRE Kitterie met en évidence les déterminants suivants : démarche active dans sa propre formation (initiale et continue), histoire de vie personnelle ou professionnelle (notamment expérience négative), parentalité (grossesse, accouchement, allaitement, maternité/paternité), vision fantasmée de la gynécologie (perçue comme particulièrement difficile et technique), peur/appréhension, prise en considération d'éléments parascientifiques, vision biaisée de l'attente de prise en charge des patientes, manque de définition précise du rôle de chacun des acteurs de la prise en charge gynécologique, non-recherche du profit financier, notion de service à la patientèle en premier recours, engagement pour le droit à l'avortement, « GP Pride » (General Practitioner Pride) ou militantisme en faveur de la médecine générale comme une discipline médicale à part entière (45).

Selon Sabrina Dias, dans sa thèse de 2010, portant sur la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes, ces derniers avaient mis en avant plusieurs problématiques à leur pratique : découragement d'ordre financier à la pratique de la gynécologie, une volonté d'être mieux formés, problème du genre du médecin généraliste (patiente gênée par son médecin homme pour une consultation à motif gynécologique), des laboratoires de proximité leur permettant de déléguer la réalisation du FCV, le risque médico-légal a été souligné par quelques médecins généralistes interrogés au cours de cette étude, la place du médecin généraliste en gynécologie (certains la voit comme une évidence, d'autres comme une tâche de substitution supplémentaire) (46).

Magalie Costes et Géraldine Louzeau Arnal dans leur thèse publiée en 2006, « Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées », mettent en évidence que les besoins en formation portent sur les nouvelles thérapeutiques et les petites astuces pratiques. Il apparaît qu'un médecin généraliste formé et motivé, lorsque les missions de chaque intervenant dans la santé de la femme ont été identifiées, est un partenaire de choix. Il appréhende la patiente dans sa globalité aux différentes étapes de sa vie et touche une population féminine plus large et plus précaire, notamment celle échappant aux programmes de dépistage (47).

Dans une étude de Levasseur G, Bagot C, et Honorat C., sur ce que pensent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie, les médecins rattachent leur manque d'activité gynécologique par le manque de demandes (proximité des gynécologues, habitudes des femmes), manque de temps, manque de compétences, manque d'intérêt personnel, manque d'équipement. Dans les principales difficultés rencontrées ils soulignent la gestion de plusieurs motifs de consultation simultanés, réticence des patientes (examen, frottis...), problème de stérilité, problèmes médico-sociaux, réticence du praticien, problème de sexualité, annonce d'un

diagnostic difficile, gestion de l'anxiété de la patiente, demande d'IVG, difficultés dans le recueil des informations (48).

Lauchet Nadège a réalisé pour sa thèse, en 2010, un travail qui étudie la pratique de la gynécologie et les besoins de formation des médecins généralistes haut viennois afin d'identifier des pistes d'améliorations pour le suivi gynécologique des femmes. Les freins identifiés sont le manque de demande, le caractère chronophage et le manque de formation pratique (49).

Annaïk Ravelojoana a réalisé une thèse en 2013 dont l'objectif principal est de mettre en évidence d'éventuels freins objectifs et/ou subjectifs à la pratique régulière de la gynécologie en Médecine Générale dans les Pyrénées-Atlantiques. Elle met en évidence qu'une minorité de généralistes pratique régulièrement le suivi gynécologique ; ce sont surtout des jeunes médecins femmes. En général, les généralistes sont bien équipés. Par contre, ils estiment avoir une formation insuffisante surtout sur le plan pratique. Les autres freins exprimés concernent, le manque de temps, la rémunération, le sentiment de mise en compétition avec les gynécologues et la difficulté à proposer et/ou à accepter les demandes de suivi. Les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans le domaine des soins primaires surtout en ce qui concerne la gynécologie. Pour cela, ils demandent à bénéficier d'une formation plus axée sur la pratique et adaptée à leur exercice libéral. De plus, il serait probablement bénéfique que les généralistes proposent et informent les patientes des compétences qu'ils ont dans ce domaine et qu'ils renforcent les liens avec les gynécologues, afin d'offrir la meilleure qualité de soins possible aux patientes (50).

D'après Elodie Fayolle et Josette Vallée, les déterminants qui entrent en jeu dans la pratique ou non de la gynécologie par le médecin généraliste sont la pudeur de la patiente (et du médecin généraliste), l'équipement du cabinet, la localisation du cabinet (urbain ou rural), le genre du médecin (élément important dans le choix des patientes), la méconnaissance des patientes sur les compétences du médecin généraliste en gynécologie, l'absence ou la pauvreté de la rémunération spécifique des actes réalisés en cabinet, le manque d'investissement des médecins généralistes par choix personnel, le manque de formation qui entrainera un malaise du médecin généraliste lors de la consultation (malgré l'impact des FMC, tous les médecins généralistes ne se sont pas encore imprégnés des recommandations concernant les divers actes de gynécologie, et ont donc une difficulté à les proposer aux patientes) (51).

Dans un article au versant psychosomatique, Laurence Guyard se penche sur la consultation gynécologique et la gestion de l'intime. L'intime est au cœur de la consultation gynécologique. L'objet de cette consultation étant l'exploration des organes génitaux de la patiente, les femmes sont amenées à se dénuder et exposer les parties intimes de leur corps afin de permettre au gynécologue de les explorer par la pratique de l'examen technique gynécologique. Si la plupart des femmes manifestent un attachement particulier à cette consultation, elles évoquent fréquemment leur appréhension. De leur côté, les gynécologues eux-mêmes insistent sur le caractère « intrusif » de leur pratique « dans l'intimité physique de leur patiente » faisant de leur spécialité « une pratique difficile et délicate ». Il convient d'insister sur l'enjeu que représente l'identité sexuelle du gynécologue. L'observation révèle que les moyens mis en œuvre afin de

mettre le corps nu à distance, de neutraliser les actes et le corps en leur retirant le caractère intime dont ils sont socialement et symboliquement chargés, sont autant le fait des hommes que des femmes gynécologues. Ainsi, il apparaît que la nudité et le dévoilement du corps entraînent également un sentiment de gêne entre femmes. L'idée selon laquelle une patiente se sentirait plus à l'aise face à un médecin femme est à nuancer. Considérer l'identité sexuelle du gynécologue comme une variable opératoire s'avère pertinent. D'autant plus qu'elle semble déterminante dans la gestion médicale du corps féminin au regard des différences constatées selon que le gynécologue est une femme ou un homme. Les représentations que l'un et l'autre sexe a de la féminité ont une incidence significative au niveau notamment des normes esthétiques, faisant l'objet d'injonctions de la part des gynécologues femmes sur le poids de la patiente, ou de l'attachement présumé par les gynécologues hommes des femmes à leurs règles. Ainsi, il apparaît que les mécanismes dans lesquels s'inscrit la variable de l'identité sexuelle du médecin sont plus complexes et plus profonds que ceux d'une homophilie communément supposée (52).

VI) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes en Bourgogne en 2016, ainsi que la pratique et l'orientation des patientes concernant ces motifs de consultation. Cette étude a aussi pour objectifs secondaires de déterminer quels sont les freins évoqués par les médecins généralistes et leur autoévaluation dans leur pratique. Sur le versant des patientes, les objectifs secondaires consistent à évaluer leurs préférences de genre pour le suivi gynécologique et leur orientation à l'avenir vers le médecin généraliste ou non.

L'objectif principal et les objectifs secondaires (versant médecin généraliste et versant patiente) seront évalués en fonction des caractéristiques générales des populations étudiées.

METHODOLOGIE

I) Idée du sujet

J'ai effectué au cours de mon DES de médecine générale un semestre de stage en gynécologie au centre hospitalier de Nevers. Lors de ce stage, par la pratique de consultations programmées et de consultations d'urgence, je me suis rendu compte qu'il y avait des motifs de consultation qui étaient très compatibles avec la médecine générale car relevaient de soins primaires (mycoses,

prescription de contraception, douleurs pelviennes, douleurs mammaires, etc...). Lorsque je suis allée en stage de réseau chez le praticien, j'ai aussi remarqué que les praticiens maîtres de stage n'effectuaient que peu de consultation à orientation gynécologique sur l'ensemble du semestre, et ce malgré une patientèle diversifiée.

Cela m'a donc donné l'idée du sujet de cette thèse, l'étude de la pratique d'actes dit gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016.

Une autre idée m'est aussi venue lors de la réflexion de ce travail : la vision des patientes sur le sujet. Il s'agit en effet de faire le point sur les professionnels de santé vers qui s'orientent les patientes, si elles ont une préférence de genre (professionnel homme, femme, ou indifférent), mais aussi si à l'avenir elles s'orienteraient vers le médecin généraliste sachant qu'il est apte à réaliser ces consultations.

J'ai donc réfléchi sur ce travail et en ai parlé à mon directeur de thèse, aussi intéressé par le sujet.

II) Elaboration du questionnaire

1) Questionnaire médecin

Ce questionnaire (annexe 22) comporte huit questions et se divise en plusieurs parties : description des caractéristiques de chaque médecin, la fréquence mensuelle de réalisation des actes gynécologiques ciblés par l'étude, les freins rencontrés à la pratique de ces actes, et enfin une autoévaluation par le médecin répondant quant à l'adéquation entre la formation et la pratique.

La partie descriptive des caractéristiques se décline en cinq questions : âge, sexe, mode d'exercice actuel, année de thèse, réalisation de stage ou de formation à la pratique des actes gynécologiques visés par l'étude.

La quantification de réalisation de ces gestes est réunie en une seule question (question 6), ouverte, non restrictive par fourchette numérique.

L'étude des freins rencontrés par les médecins généralistes à la réalisation de ces actes est abordée par la question 7, sous forme de tableau rassemblant les principaux freins qu'on puisse rencontrer en consultation (manque de formation, cout du matériel, temps de consultation, aménagement du cabinet, cotation de l'acte). Ces freins ont été choisis après discussion avec mon directeur de thèse, et d'autres collègues médecins généralistes installés ou remplaçants. Un choix a été laissé dans le tableau sous forme de question ouverte et qui permet aux médecins ayant d'autres freins, de pouvoir nous en faire part (autres : lesquels ?).

Enfin, la dernière question (question 8) est une question qualitative, où le médecin autoévalue l'adéquation entre sa formation et sa pratique sur une échelle numérique allant de 0 (mauvaise adéquation entre formation et pratique) à 10 (excellente adéquation entre formation et pratique).

Ce questionnaire a été volontairement, après discussion avec mon directeur de thèse, court et imprimé en un seul recto-verso pour avoir un maximum de retour dans les réponses, pensant que les questionnaires sur plusieurs pages seraient moins pris en compte.

2) Questionnaire patiente

Ce questionnaire (annexe 23) comporte treize questions et se divise aussi en plusieurs parties : description des caractéristiques de la patiente, puis état des lieux de la pratique de ces actes dans la vie de la patiente et savoir par quel professionnel ils ont été réalisés (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme), il est aussi demandé à la patiente de s'exprimer sur sa préférence de suivi (femme, homme, indifférent), et enfin de nous dire si elle serait prête à se faire suivre exclusivement par le médecin généraliste pour ces actes à l'avenir.

Les caractéristiques de la patiente représentent les trois premières questions : âge, situation familiale (célibataire, mariée ou pacsée ou en concubinage, séparée ou divorcée, veuve), niveau scolaire, et activité (oui ou non). Le questionnaire patiente se poursuit par huit questions fermées visant à savoir si la patiente a déjà bénéficié des actes gynécologiques ciblés par l'étude et par quel praticien ceux-ci ont été pratiqués (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme), une question interroge ensuite la patiente sur le genre (masculin, féminin, ou indifférent) vers lequel elle préfère s'orienter pour ces motifs de consultation, enfin une dernière question fermée (réponse par oui ou non) interroge la patiente à savoir si elle serait prête à se faire suivre exclusivement par le médecin généraliste pour ces motifs de consultation.

Tout comme le questionnaire médecin, ce questionnaire a été volontairement concis et imprimé en un seul recto-verso pour avoir un maximum de retour de réponses. Ce questionnaire a été testé auprès de femmes de plus de 15ans de mon entourage familial et amical afin de m'assurer de la bonne clarté des questions et réponses proposées.

3) Courrier d'accompagnement

Chaque questionnaire (médecin et patiente) était accompagné d'une introduction de quelques lignes résumant mon travail de recherche : *« Je réalise actuellement un travail de recherche pour ma thèse, visant à étudier « les actes gynécologiques réalisés par les médecins généralistes libéraux en Bourgogne » ainsi que le « point de vue des patientes » sur le sujet. Cette thèse a pour objectif de mettre en avant les pratiques, les freins, les besoins de formations des médecins généralistes libéraux, mais aussi les habitudes et les attentes des patientes. »*

Les questionnaires ont été envoyés avec un courrier accompagnant pour le médecin généraliste réceptionnant le tout :

« Chers confrères, chères consoeurs,

Je suis interne de médecine générale en toute fin de cursus à la faculté de médecine de Dijon. Je réalise actuellement un travail de thèse portant sur la pratique des actes de gynécologie par les médecins généralistes en Bourgogne ; Je m'intéresse dans ce travail au regard et aux attentes des médecins généralistes, mais aussi à celui des patientes.

Ce travail me permettra de faire le point sur la démographie médicale des généralistes et des gynécologues en Bourgogne actuellement, sur l'activité des médecins généralistes et le point de vue des patientes. Il permettra aussi de réaliser une discussion sur quels outils (formations, etc...) apporter pour une meilleure pratique, sur la création de réseaux ou le renforcement de ce partage interprofessionnel, etc...

Je vous fais donc part de ce questionnaire, que j'ai envoyé à 120 médecins sur la région, tirés au sort.

Je vous demanderai donc de bien vouloir remplir le questionnaire « médecin » et de faire remplir à 5 de vos patientes (en salle d'attente par exemple) un questionnaire « patiente », et de me renvoyer le tout dans l'enveloppe qui vous est joint, à mon adresse.

Ces questionnaires sont à remplir et à faire remplir, puis à me renvoyer avant le 15 Mars 2016.

Dans cette enveloppe vous trouverez donc, à me renvoyer avant le 15 Mars 2016 :

- Un questionnaire « médecin ».
- 5 questionnaires « patiente ».
- Une enveloppe de retour des questionnaires libellée à mon nom et adresse.

Si vous souhaitez être informés des résultats de cette étude, n'hésitez pas à me contacter et je vous en ferais part.

Bien confraternellement,

Melle SAIDANI Manel.

Thèse dirigée par Dr LEMOINE Thierry, médecin généraliste à Nevers et président de l'Ordre des médecins de la Nièvre. »

III) Population étudiée

1) Sélection des médecins

La population source des médecins vise les médecins généralistes de la région Bourgogne. Dans cette étude, nous avons choisi d'envoyer un questionnaire à cent vingt médecins en Bourgogne, avec une répartition équivalente entre les quatre départements, à savoir trente questionnaires par département (Côte d'Or, Saône-et-Loire, Nièvre et Yonne). Les médecins ont été choisis au hasard sur le site web des pages jaunes à la rubrique « médecins généralistes ». J'ai choisi les trente premiers médecins généralistes apparaissant dans la liste de chaque département préalablement recherché dans la barre de recherche de localisation.

Cent vingt questionnaires ont ainsi été envoyés par voie postale.

Vingt-huit réponses ont été reçues, dont 5 courriers réponse vierges de médecins ayant pris leur retraite, 1 courrier réponse d'une adresse erronée (changement d'adresse du cabinet), et 1 courrier d'un médecin n'ayant pas répondu au questionnaire et fait répondre les patientes aux questionnaires « patiente » car impossible dans son cabinet.

Au final, sur cent vingt médecins interrogés, vingt-huit ont retournés le courrier dans l' « enveloppe retour », et vingt-et-un ont répondu au questionnaire. Ces derniers sont répartis de manière presque égale dans chaque département : cinq médecins généralistes respectivement en Côte d'Or, Nièvre et Yonne, et six médecins généralistes en Saône-et-Loire.

Nous avons donc dans cette étude une population source de 120 médecins généralistes et une population cible de vingt-et-un médecins généralistes.

2) Sélection des patientes

Lors de l'envoi des questionnaires aux médecins, je leur ai demandé de choisir 5 patientes de leur patientèle afin de répondre au questionnaire patiente. La population source est de six cent patientes dans la région Bourgogne réparties de façon égale entre les quatre départements. Sur les vingt-et-un médecins généralistes répondant à l'étude, il aurait dû y avoir cent cinq réponses « patiente ». Je n'en ai eu que quatre-vingt-huit. En effet, certains médecins n'ont pas renvoyé les cinq « questionnaires patientes » mais deux ou trois. Un médecin a répondu au « questionnaire médecin » mais n'a renvoyé aucun « questionnaire patiente » par oubli de le leur avoir soumis.

La population source dans cette étude est donc de six cent patientes, et la population cible étudiée est de quatre-vingt-huit patientes.

IV) Sélection des critères de recherche

Pour sélectionner mes critères de recherche je me suis basée sur les motifs de consultation à orientation gynécologique en médecine générale rapportés par les confrères médecins généralistes installés ou en remplacement, mais aussi le Collège National de Gynécologie Obstétrique de France (CNGOF) en recherchant les actes pouvant relever des soins primaires ou pouvant être pris en charge par le médecin généraliste.

Je me suis aussi inspirée d'autres travaux de thèse portant sur des sujets similaires dans diverses régions de France.

Une discussion a ensuite été entreprise avec mon directeur de thèse pour un choix concis des principaux actes et motifs de consultation à orientation gynécologique pouvant être rencontrés le plus souvent en cabinet de médecine générale. Il en est ressorti de cette synthèse huit actes : pose ou retrait d'un dispositif intra-utérin (DIU), pose ou retrait d'un implant contraceptif sous-cutané, l'examen clinique gynécologique (au centre d'une grande diversité de motifs de consultation), prescription d'une première contraception, le frottis cervico-vaginal (FCV), interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse, le suivi de grossesse, et enfin le suivi de ménopause.

V) Envoi des questionnaires

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale par soucis pratique. En effet, nous avons pensé, avec mon directeur de thèse, envoyer les questionnaires par mail, mais nous avons eu un doute quant au taux de réponse par ce biais. En effet il aurait fallu que les médecins impriment les « questionnaire patiente » pour les leur remettre et ensuite les scanner pour me retourner le mail réponse ; ou alors répondre aux questionnaires directement sur le web avec les patientes pendant leur consultation. Dans les deux cas, ceci est trop chronophage et le taux de réponse aurait été trop bas.

Nous avons donc opté pour la voie postale avec envoi dans une enveloppe du courrier explicatif accompagné du « questionnaire médecin » et des cinq « questionnaire patiente ». Dans l'envoi se trouvait aussi une enveloppe libellée à mon adresse timbrée, pour accroître les chances d'avoir un taux de réponse maximum.

La répartition de cet envoi a été équitable entre les quatre départements. En effet, il y a eu cent vingt envois (aux cent vingt médecins généralistes), répartis en trente envois par département (Côte d'Or, Saône-et-Loire, Yonne, Nièvre).

VI) Type d'étude, traitement des données des questionnaires, analyse statistique

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive quantitative. Les données de questionnaires (« questionnaire médecin » et « questionnaire patiente ») ont été traitées sur le logiciel Excel. Pour l'analyse statistique, ayant un échantillon peu important, j'ai eu recours au Test Exact de Fischer (avec indice de confiance à 5%, qui définit une différence statistiquement significative pour une p-value < 0.05). Pour cela, j'ai utilisé un logiciel sur le web : BiostaTGV.

RESULTATS

I) Les médecins

Dans cette étude, les médecins étaient vingt et un à répondre au « questionnaire médecin » sur cent vingt. Il y a donc eu un taux de réponse de 5,71%.

La moyenne d'âge dans l'ensemble est de 51 ans (le médecin le moins âgé a 32 ans et le plus âgé a 67 ans). La moyenne d'âge chez les femmes est de 44,33 années et de 57,75 années chez les hommes.

En Côte d'Or, sur les cinq répondants, il y avait quatre femmes et un homme, avec une moyenne d'âge de 43,2 ans.

En Saône-et-Loire, il y a une homogénéité avec trois réponses de médecins femmes et trois réponses d'hommes, et un âge moyen de 53,5 ans.

Dans la Nièvre en revanche il n'y a eu que des réponses de médecins hommes. L'âge moyen est de 51,8 années.

Enfin, dans l'Yonne, trois médecins hommes et deux femmes ont répondu au questionnaire, avec un âge moyen de 59,2 ans.

1) Caractéristiques des médecins généralistes

AGE	n=21
31-50	n=8 (38,1%)
51-70	n=13 (61,9%)

Pour ce travail, le choix a été fait de regrouper cette population en deux tranches d'âge : 31 à 50 ans, et 51 à 70 ans. Ce choix a été arbitraire, devant un résultat d'âge moyen des répondants de 51 ans, la subdivision du groupe en deux parties a donc été fait à ce niveau d'âge. Ainsi, il y a 38,1% des médecins qui ont 50 ans et moins, et 61,9% des médecins qui ont plus de 50 ans.

SEXE	n=21
Homme	n=12 (57,14%)
Femme	n=9 (42,86%)

Les réponses au « questionnaire médecin » ont été donnée de façon presque égale entre médecins hommes (57,14%) et médecins femmes (42,86%).

MODE D'EXERCICE	n=21
Libéral strict	n=19 (90,48%)
Libéral mixte	n=2 (9,52%)
Libéral salarié	n=0 (0%)
Remplaçant	n=0 (0%)

La majorité des répondants à ce questionnaire exercent en libéral strict : 90,48%. Deux d'entre eux exercent en libéral mixte, c'est-à-dire avec une partie salariée, et représentent 9,52% de la population cible de l'étude. En revanche, aucun médecin libéral salarié strict ou remplaçant n'était parmi les répondants. Le choix a donc été fait de ne pas faire figurer ces caractéristiques dans les analyses qui suivent.

ANNEE DE THESE	n=21
1976-1985	n=9 (42,86%)
1986-1995	n=6 (28,57%)
1996-2005	n=1 (4,76%)
2006-2015	n=5 (23,81%)

La dispersion des médecins répondants, en fonction de leur année de thèse est assez étalée. Neuf d'entre eux (soit 42,86%) ont été thésés entre 1976 et 1985, six (28,57%) l'ont été entre 1986 et 1995, un seul médecin (4,76%) entre 1996 et 2005, enfin cinq (23,81%) l'ont été entre 2006 et 2015.

ANNEE D'INSTALLATION	n=21
1976-1985	n=8 (38,1%)
1986-1995	n=3 (14,28%)
1996-2005	n=4 (19,05%)
2006-2015	n=6 (28,57%)

La dispersion en fonction de l'année de thèse est tout aussi large : huit médecins (38,1%) se sont installés entre 1976 et 1985, trois (14,28%) l'ont fait entre 1986 et 1995, quatre (19,05%) entre 1996 et 2005, et enfin six médecins (28,57%) se sont installés entre 2006 et 2015.

REALISATION STAGE/FORMATION GYNECO	n=21
OUI	n=12 (57,14%)
NON	n=9 (42,86%)

L'équité entre les médecins ayant réalisé un stage ou une formation en gynécologie est presque atteinte. Douze médecins (57,14%) en ont déjà réalisé, et 9 médecins (42,86%) ne l'ont jamais fait.

DEPARTEMENT	n=21
Côte d'Or (21)	n=5 (23,81%)
Saône-et-Loire (71)	n=6 (28,57%)
Nièvre (58)	n=5 (23,81%)
Yonne (89)	n=5 (23,81%)

La répartition des médecins interrogés, dans les quatre départements est à peu près égale : cinq médecins (23,81%) en Côte d'Or, Nièvre et Yonne ; et six médecins (28,57%) en Saône-et-Loire.

2) Fréquence mensuelle de la pratique gynécologique

a) Pose-retrait de dispositif intra-utérin (DIU)

Ces tableaux mettent en avant la fréquence mensuelle de la pose ou du retrait d'un DIU.

- Dans l'ensemble (n=21)

Jamais	n=15 (71,44%)
<1	n=3 (14,28%)
1-5	n=3 (14,28%)

Dans la vision d'ensemble, une majorité de médecins ne l'ont jamais fait (71,44%), trois médecins (14,28%) ne l'ont fait que quelques fois dans l'année, et trois autres médecins (14,28%) réalisent cet acte une à cinq fois par mois.

- Selon le département

	Jamais	<1	1-5
21 (n=5)	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)
71 (n=6)	4 (66,67%)	1 (16,67%)	1 (16,67%)
58 (n=5)	n=3 (60%)	n=2 (40%)	n=0 (0%)
89 (n=5)	n=4 (80%)	n=0 (0%)	n=1 (20%)

La réalisation ou non de pose ou retrait de DIU en fonction des quatre départements ne présente pas de différence statistiquement significative (p-value = 0,99). En Côte d'Or, 80% des médecins n'ont jamais réalisé cet acte, et 20% le réalisent une à cinq fois par mois. Ce rapport est retrouvé dans l'Yonne. Dans la Nièvre, 60% des médecins n'ont jamais posé ou retiré un DIU et 40% ne l'ont fait que quelques fois dans l'année. Enfin dans l'Yonne, 66,67% des médecins n'ont jamais réalisé cet acte, 1,67% ne l'ont fait que quelques fois dans l'année et 16,67% le font assez régulièrement entre une et cinq fois par jour.

- Selon l'âge

	Jamais	<1	1-5
31-50 (n=8)	n=6 (75%)	n=0 (0%)	n=2 (25%)
51-70 (n=13)	n=9 (69,23%)	n=3 (23,08%)	n=1 (7,69%)

Les médecins de moins de 50 ans ne réalisent pas plus d'actes que ceux de plus de 50 ans. Six médecins de moins de 50 ans (75%) ne réalisent jamais cet acte contre neuf médecins de plus de 50 ans (69,23%). 25% des moins de 50 ans réalisent cet acte une à cinq fois par mois. Les plus de 50 ans sont 23,08% à ne le faire que quelques fois dans l'année et 7,69% à le faire entre une et cinq fois par mois. **La différence dans la réalisation ou non de la pose ou retrait de DIU en fonction de l'âge n'est pas statistiquement significative avec une p-value = 1.**

- Selon le sexe

	Jamais	<1	1-5
Homme (n=12)	n=9 (75%)	n=3 (25%)	n=0 (0%)
Femme (n=9)	n=6 (66,67%)	n=0 (0%)	n=3 (33,33%)

Les médecins hommes sont 75% à ne jamais réaliser de pose ou retrait de DIU et 25% à ne le faire que quelques fois dans l'année. Les femmes sont 33,33% à réaliser cet acte régulièrement dans le mois (entre une et cinq fois) mais tout de même 66,67% ne le réalisent pas. **Il n'a pas de différence statistiquement significative entre la réalisation ou non de la pose ou retrait de DIU entre un médecin homme ou médecin femme (p-value=1).**

- Selon le mode d'exercice

	Jamais	<1	1-5
Libéral strict (n=19)	n=13 (68,42%)	n=3 (15,79%)	n=3 (15,79%)
Libéral mixte (n=2)	n=2 (100%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)

Aucun médecin exerçant en libéral mixte n'a réalisé de pose ou retrait de DIU. Près des deux tiers des médecins exerçant en libéral strict n'ont jamais réalisé cet acte (68,42%) et 15,79% l'ont respectivement réalisé quelques fois dans l'année et régulièrement dans le mois (entre une et cinq fois). **La différence entre la réalisation ou non de cet acte en fonction du mode d'exercice n'est pas statistiquement significatif (p-value = 0,11).**

- Selon l'année de thèse

	Jamais	<1	1-5
1976-1985 (n=9)	n=7 (77,78%)	n=1 (11,11%)	n=1 (11,11%)
1986-1995 (n=6)	n=4 (66,67%)	n=2 (33,33%)	n=0 (0%)
1996-2005 (n=1)	n=1 (100%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
2006-2015 (n=5)	n=3 (60%)	n=0 (0%)	n=2 (40%)

Chez les thésards de la décennie 1976-1985, 77,78% n'ont jamais réalisé la pose ou le retrait de DIU et 11,11% le font une à cinq fois dans le mois ou quelques fois dans l'année. Dans la décennie 1986-1995, ils sont 66,67% à ne l'avoir jamais fait et 33,33% à ne le faire que quelques fois dans l'année. Le médecin thésard de la décennie 1996-2005 n'a jamais pratiqué cet acte. Enfin 60% des thésards 2006-2015 n'ont jamais réalisé cet acte et 40% le font régulièrement dans le mois (une à cinq fois). **Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de la pose ou retrait de DIU par les médecins en fonction de leur année de thèse (p-value = 0,88).**

- Selon l'année d'installation

	Jamais	<1	1-5
76-85 (n=8)	n=6 (75%)	n=1 (12,5%)	n=1 (12,5%)
86-95 (n=3)	n=1 (33,33%)	n=2 (66,67%)	n=0 (0%)
96-05 (n=4)	n=4 (100%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
06-15 (n=6)	n=4 (66,67%)	n=2 (33,33%)	n=0 (0%)

La même conclusion est faite en fonction de l'année d'installation des médecins (p-value = 0,34). Les médecins installés entre 1976-1985 sont 75% à ne jamais avoir réalisé de pose ou de retrait de DIU contre 12,5% l'ayant fait respectivement quelques fois dans l'année ou plus régulièrement dans le mois (une à cinq fois). Les médecins installés entre 1986-1995 sont 66,67% à le faire quelques fois dans l'année contre 33,33% ne l'ayant jamais réalisé. Les médecins installés entre 1996-2005 n'ont jamais réalisé de pose ou retrait de DIU. Enfin les médecins installés entre 2006-2015 sont 66,67% à ne jamais avoir réalisé cet acte contre 33,33% à le réaliser quelques fois dans l'année.

- Selon la réalisation de stage ou de formation à la pratique de gestes gynécologiques

	Jamais	<1	1-5
Oui (n=12)	n=9 (75%)	n=1 (8,33%)	n=2 (16,67%)
Non (n=9)	n=6 (66,67%)	n=2 (22,22%)	n=1 (11,11%)

Parmi les médecins ayant déjà réalisé un stage ou une formation en gynécologie, ils sont 75% à ne pas réaliser de pose ou retrait de DIU, 8,33% à ne le faire que quelques fois dans l'année, et 16,67% à le faire entre une et cinq fois par mois. Chez les médecins n'ayant pas reçu de formation ou réalisé de stage en gynécologie, ils sont 66,67% à ne pas réaliser cet acte de pose ou retrait de DIU, 22,22% à ne le faire que quelques fois dans l'année, 11,11% à le faire régulièrement entre une et cinq fois par mois. **La pratique de la pose ou du retrait de DIU n'est pas différente de façon statistiquement significative entre les médecins ayant eu une formation ou suivi un stage en gynécologie (p-value = 1).**

b) Pose-retrait d'implant contraceptif sous-cutané

- Dans l'ensemble (n=21)

Jamais	n=15 (71,44%)
<1	n=4 (19,05%)
1-5	n=2 (9,52%)

Parmi les médecins interrogés, 71,44% n'ont jamais réalisé de pose ou retrait d'implant contraceptif en cabinet, 19,05% ne le font que quelques fois dans l'année, et 9,52% réalisent cet acte une à cinq fois par mois.

- Selon le département

	Jamais	<1	1-5
21 (n=5)	n=3 (60%)	n=2 (40%)	n=0 (0%)
71 (n=6)	n=5 (83,33%)	n=0 (0%)	n=1 (16,67%)
58 (n=5)	n=4 (80%)	n=1 (20%)	n=0 (0%)
89 (n=5)	n=3 (60%)	n=1(20%)	n=1 (20%)

En Côte-d'Or, 60% des médecins n'ont jamais posé ou retiré un implant contraceptif sous-cutané et 40% le font quelques fois dans l'année. En Saône-et-Loire, 83,33% des médecins ne réalisent pas cet acte contre 16,67% qui le font entre une et cinq fois par mois. Dans la Nièvre, 80% des médecins ne réalisent pas de pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané et 20% ne le font que quelques fois dans l'année. Enfin, dans l'Yonne, 60% ne réalisent pas cet acte, et 20% le font respectivement quelques fois dans l'année et entre une et cinq fois par mois. La non réalisation de cet acte reste majoritaire dans les quatre départements mais **il n'existe pas de différence statistiquement significatif entre la réalisation ou non de la pose et retrait d'un implant contraceptif sous cutané entre les départements (p-value = 0,79).**

- Selon l'âge

	Jamais	<1	1-5
31-50 (n=8)	n=5 (62,5%)	n=2 (25%)	n=1 (12,5%)
51-70 (n=13)	n=10 (76,92%)	n=2 (15,38%)	n=1 (7,69%)

Les médecins de moins de 50 ans sont 62,5% à ne jamais réaliser e pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané, 25% le font quelques fois dans l'année, et 12,5% réalisent cet acte entre une et cinq fois dans le mois. 76,92% des médecins de plus de 50 ans ne réalisent pas cet acte, 15,38% quelques fois dans l'année, et 7,69% le réalisent entre une et cinq fois dans le mois. **Il n'a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de la pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané (p-value = 0,63).**

- Selon le sexe

	Jamais	<1	1-5
Homme (n=12)	n=11 (91,67%)	n=1 (8,33%)	n=0 (0%)
Femme (n=9)	n=4 (44,44%)	n=3 (33,33%)	n=2 (22,22%)

Les médecins hommes sont 91,67% à ne pas réaliser de pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané, et 8,33% le font quelques fois dans l'année. En revanche, les médecins femmes sont 33,33% à réaliser cet acte quelques fois dans l'année et 22,22% à le faire régulièrement dans le mois (entre une et cinq fois), contre 44,44% qui ne le pratiquent jamais. **Il existe une différence statistiquement significative dans la pratique de la pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané (p-value = 0,046) : les femmes réalisent de façon plus importante cet acte que leurs confrères hommes.**

- Selon le mode d'exercice

	Jamais	<1	1-5
Libéral strict (n=19)	n=13 (68,42%)	n=4 (21,05%)	n=2 (10,53%)
Libéral mixte (n=2)	n=2 (100%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)

Les médecins exerçant en libéral strict sont 68,42% à ne pas réaliser de pose ou de retrait d'implant contraceptif sous cutané, 21,04% le font quelques fois dans l'année et 10,53% réalisent cet acte une à cinq fois dans le mois. En revanche la totalité des médecins en libéral mixte ne réalisent pas cet acte. **Il n'a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de cet acte entre les médecins libéraux strict ou mixte (p-value = 1).**

- Selon l'année de thèse

	Jamais	<1	1-5
1976-1985 (n=9)	n=8 (88,89%)	n=0 (0%)	n=1 (11,11%)
1986-1995 (n=6)	n=4 (66,67%)	n=2 (33,33%)	n=0 (0%)
1996-2005 (n=1)	n=1 (100%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
2006-2015 (n=5)	n=2 (40%)	n=2 (40%)	n=1 (20%)

Parmi les thésards de 1976-1985, 88,89% des médecins ne pratiquent pas de pose ou retrait d'implant contraceptif sous-cutané et 11,11% le font entre une et cinq fois par mois. Dans les promotions de thèse 1986-1995, 66,67% ne réalisent pas cet acte et 33,33% ne le font que quelques fois dans l'année. Chez les médecins thésés entre 1996-2005, aucun ne pratique cet acte. Enfin pour les thésards de 2006-2015, 40% ne réalisent pas cet acte contre 40% qui le font quelques fois dans l'année et 20% plus régulièrement, entre une et cinq fois par mois. Cependant, **il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la pratique ou non de la**

pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané entre les différentes promotions de thésards (p-value = 0,28).

- Selon l'année d'installation

	Jamais	<1	1-5
76-85 (n=8)	n=7 (87,5%)	n=0 (0%)	n=1 (12,5%)
86-95 (n=3)	n=2 (66,67%)	n=1 (33,33%)	n=0 (0%)
96-05 (n=4)	n=3 (75%)	n=1 (25%)	n=0 (0%)
06-15 (n=6)	n=3 (50%)	n=2 (33,33%)	n=1 (16,67%)

Les médecins s'étant installés entre 1976 et 1985 sont 87,5% à ne pas réaliser de pose ou de retrait d'implant contraceptif sous cutané, et 12,5% à le faire régulièrement entre une et cinq fois par mois. 66,67% des médecins installés entre 1986 et 1995 ne réalisent pas cet acte contre 33,33% qui le font quelques fois dans l'année. Les médecins installés entre 1996 et 2005 sont aussi une majorité (75%) à ne pas réaliser cet acte contre 25% qui le réalisent quelques fois dans l'année. Enfin, la moitié des médecins installés entre 2006 et 2015 ne réalisent pas de pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané, 33,33% d'entre le font quelques fois dans l'année, et 16,67% le font plus régulièrement (entre une et cinq fois par mois). **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de la pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané entre les diverses années d'installation des médecins (p-value = 0,47).**

- Selon la réalisation de stage ou de formation à la pratique de gestes gynécologiques

	Jamais	<1	1-5
Oui (n=12)	n=8 (66,67%)	n=3 (25%)	n=1 (8,33%)
Non (n=9)	n=7 (77,78%)	n=1 (11,11%)	n=1 (11,11%)

Parmi les médecins ayant réalisé une formation ou un stage en gynécologie, 66,67% ne pratique pas la pose ou le retrait d'implant contraceptif sous cutané, 25% que quelques fois dans l'année et 8,33% entre une et cinq fois par mois. Les médecins n'ayant pas reçu de formation ou pas fait de stage en gynécologie sont 77,78% à ne pas réaliser cet acte, et 11,11% à, respectivement, ne le faire que quelques fois dans l'année ou plus régulièrement (entre une et cinq fois par mois). **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la réalisation de pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané entre les médecins ayant reçu une formation ou fait un stage en gynécologie et les autres (p-value = 0,66).**

c) Examen clinique gynécologique

- Dans l'ensemble (n=21)

Jamais	n=2 (9,52%)
<1	n=1 (4,76%)
1-10	n=12 (57,14%)
11-20	n=4 (19,05%)
>20	n=2 (9,52%)

Dans l'ensemble des médecins interrogés, 9,52% n'ont jamais fait d'examen clinique gynécologique, 4,76% le font quelques fois dans l'année, 57,14% le font entre une et dix fois dans le mois, 19,05% le font entre 11 et 20 fois dans le mois, et enfin 9,52% plus de 20 fois dans le mois.

- Selon le département

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
21 (n=5)	n=1 (20%)	n=0 (0%)	n=4 (80%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
71 (n=6)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=3 (50%)	n=1 (16,67%)	n=2 (33,33%)
58 (n=5)	n=1 (20%)	n=1 (20%)	n=2 (40%)	n=1 (20%)	n=0 (0%)
89 (n=5)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=3 (60%)	n=2 (40%)	n=0 (0%)

En Côte d'Or la majorité des médecins (80%) réalisent l'examen gynécologique entre une et dix fois par mois et 20% ne le réalisent pas. En Saône-et-Loire, la moitié des médecins réalisent l'examen gynécologique entre une et dix fois par mois, le tiers plus de vingt fois par mois et 16,67 entre onze et vingt fois par mois. Dans la Nièvre la distribution est un peu plus étalée, 20% des médecins ne pratiquent pas d'examen gynécologique ou quelques fois dans l'année, 40% le font entre une et dix fois par mois et 20% entre onze et vingt fois par mois. Enfin dans l'Yonne, 60% des médecins réalisent l'examen gynécologique entre une et dix fois par mois et 40% entre onze et vingt fois par mois. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la pratique ou non de l'examen gynécologique entre les médecins des différents départements (p-value = 0,57).**

- Selon l'âge

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
31-50 (n=8)	n=1 (12,5%)	n=1 (12,5%)	n=4 (50%)	n=0 (0%)	n=2 (25%)
51-70 (n=13)	n=1 (7,69%)	n=0 (0%)	n=8 (61,54%)	n=4 (30,77%)	n=0 (0%)

La moitié des médecins de moins de 50 ans pratique l'examen gynécologique entre une et dix fois par mois, 25% le font plus de vingt fois par mois et 12,5% ne le font respectivement jamais ou quelques fois dans l'année. **Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la pratique ou non de l'examen clinique gynécologique entre les deux groupes de médecins (p-value = 1).**

- Selon le sexe

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
Homme (n=12)	n=2 (16,67%)	n=1 (8,33%)	n=6 (50%)	n=3 (25%)	n=0 (0%)
Femme (n=9)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=6 (66,67%)	n=1 (11,11%)	n=2 (22,22%)

Parmi les médecins hommes, la moitié réalisent l'examen clinique entre une et dix fois par mois, un quart le fait entre onze et vingt fois par mois, 16,67% des médecins hommes ne le font jamais d'examen clinique gynécologique et 8,33% le font quelques fois dans l'année. Du côté des médecins femmes, les deux tiers pratiquent l'examen clinique gynécologique entre une et dix fois par mois, 11,11% entre onze et vingt fois par mois et 22,22% plus de vingt fois dans le mois. **Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la pratique de l'examen clinique gynécologique entre les médecins femmes et hommes (p-value = 0,48).**

- Selon le mode d'exercice

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
Libéral strict (n=19)	n=2 (10,54%)	n=1 (5,26%)	n=11 (57,89%)	n=4 (21,05%)	n=1 (5,26%)
Libéral mixte (n=2)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=1 (50%)	n=0 (0%)	n=1 (50%)

Plus de la moitié des médecins installés en libéral strict (57,89%) pratiquent l'examen clinique gynécologique entre une et dix fois par mois, 21,05% entre onze et vingt fois par mois et 5,26% plus de vingt fois par mois. Ils sont 10,54% à ne jamais pratiquer cet acte et 5,26% à ne le faire que quelques fois dans l'année. Du côté des médecins en libéral mixte, la moitié réalise l'examen gynécologique entre une et dix fois par mois et l'autre moitié plus de vingt fois par mois. **Il n'existe**

pas de différence statistiquement significative dans la pratique de l'examen clinique entre médecins installés en libéral strict ou en libéral mixte (p-value = 1).

- Selon l'année de thèse

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
1976-1985 (n=9)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=6 (66,67%)	n=3 (33,33%)	n=0 (0%)
1986-1995 (n=6)	n=1 (16,67%)	n=1 (16,67%)	n=1 (16,67%)	n=1 (16,67%)	n=1 (16,67%)
1996-2005 (n=1)	n=1 (100%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
2006-2015 (n=5)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=4 (80%)	n=0 (0%)	n=1 (20%)

En ce qui concerne les thésards de 1976-1985, les deux tiers pratiquent l'examen gynécologique entre une dix fois par mois et l'autre tiers entre onze et vingt fois par mois. Pour les promotions 1986-1995, 16,67% pratiquent respectivement jamais ou quelques fois dans l'année ou entre une et dix fois par mois ou entre onze et vingt fois par mois ou plus de vingt fois par mois l'examen gynécologique. Le résultat est très étalé de façon homogène. Le thésard entre 1996-2005 ne pratique pas d'examen clinique gynécologique. Enfin les médecins thésés entre 2006 et 2015 pratiquent à 80% l'examen clinique gynécologique entre une et dix fois par mois, et à 20% plus de vingt fois par mois. **Il n'y pas de différence statistiquement significative dans la réalisation de l'examen clinique gynécologique entre les diverses promotions de médecins thésés (p-value = 0,052).**

- Selon l'année d'installation

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
76-85 (n=8)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=5 (62,5%)	n=3 (37,5%)	n=0 (0%)
86-95 (n=3)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=2 (66,67%)	n=1 (33,33%)	n=0 (0%)
96-05 (n=4)	n=1 (25%)	n=1 (25%)	n=1 (25%)	n=0 (0%)	n=1 (25%)
06-15 (n=6)	n=1 (16,67%)	n=0 (0%)	n=4 (66,67%)	n=0 (0%)	n=1 (16,67%)

Les médecins installés entre 1976 et 1985 pratiquent l'examen gynécologique entre une et dix fois par mois pour 62,5% d'entre eux et entre onze et vingt fois pour 37,5% d'entre eux. Les deux tiers de ceux installés entre 1986 et 1995 réalisent cet acte entre une et dix fois par mois et le tiers restant entre onze et vingt fois par mois. En ce qui concerne les médecins installés entre 1996 et 2005 la pratique est plutôt étalée avec 25% d'entre eux qui respectivement ne pratiquent

pas d'examen gynécologique, ou quelques fois dans l'année, ou entre une et dix fois dans le mois, ou plus de vingt fois dans le mois. Enfin, deux tiers des médecins installés entre 2006 et 2015 réalisent l'examen clinique gynécologique entre une et dix fois par jour, 16,67% le font respectivement soit jamais soit plus de vingt fois dans le mois. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la pratique de l'examen clinique gynécologiques chez les médecins en fonction de leur année d'installation (p-value = 0,48).**

- Selon la réalisation de stage ou de formation à la pratique de gestes gynécologiques

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
Oui (n=12)	n=0 (0%)	n=1 (8,33%)	n=7 (58,33%)	n=3 (25%)	n=1 (8,33%)
Non (n=9)	n=2 (22,22%)	n=0 (0%)	n=5 (55,56%)	n=1 (11,11%)	n=1 (11,11%)

Les médecins ayant réalisé des formations ou stages en gynécologie sont 58,33% à pratiquer l'examen clinique gynécologique entre une et dix fois par mois, 25% entre onze et vingt fois par mois, 8,33% plus de vingt fois par mois ou quelques fois dans l'année. Les médecins qui n'ont pas reçu de formation ou de stage en gynécologie sont, eux, près de la moitié (55,56%) à pratiquer l'examen gynécologique entre une et dix fois par mois, 22,22% ne l'ont jamais fait, et 11,11% ont réalisé cet acte respectivement entre onze et vingt par mois et plus de vingt fois par mois. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la pratique de l'examen gynécologique entre les médecins ayant reçu ou non une formation ou un stage en gynécologie (p-value = 0,17).**

d) Prescription d'une première contraception

- Dans l'ensemble (n=21)

Jamais	n=2 (9,52%)
<1	n=2 (9,52%)
1-10	n=14 (66,67%)
11-20	n=1 (4,76%)

Deux tiers des médecins prescrivent une première contraception entre une et dix fois par mois, 9,52% ne le font respectivement jamais ou quelques fois dans l'année, et 4,76% des médecins le font plus de dix fois dans le mois.

- Selon le département

	Jamais	<1	1-10	11-20
21 (n=5)	n=1 (20%)	n=0 (0%)	n=4 (80%)	n=0 (0%)
71 (n=6)	n=0 (0%)	n=1 (16,67%)	n=4 (66,67%)	n=1 (16,67%)
58 (n=5)	n=1 (20%)	n=1 (20%)	n=3 (60%)	n=0 (0%)
89 (n=5)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=3 (60%)	n=0 (0%)

En Côte d'Or, 80% des médecins prescrivent une première contraception entre une et dix fois par mois et 20% ne le font jamais. En Saône-et-Loire, les deux tiers prescrivent une première contraception entre une et dix fois par mois, 16,67% plus de dix fois par mois ou quelques fois dans l'année. Dans la Nièvre, ils sont 60% à prescrire une première contraception entre une et dix fois par mois, et 20% à ne pas le faire ou ne le faire que quelques fois dans l'année. Enfin dans l'Yonne, ils sont 60% à prescrire une première contraception entre une et dix fois par mois, les autres médecins ne se sont pas prononcés sur la question. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la prescription de la première contraception entre les quatre départements (p-value = 0,65).**

- Selon l'âge

	Jamais	<1	1-10	11-20
31-50 (n=8)	n=1 (12,5%)	n=1 (12,5%)	n=5 (62,5%)	n=1 (12,5%)
51-70 (n=13)	n=1 (7,69%)	n=1 (7,69%)	n=9 (69,23%)	n=0 (0%)

Les médecins de moins de 50 ans sont 62,5% à prescrire une première contraception entre une et dix fois dans le mois, 12,5% d'entre eux prescrivent cette première contraception respectivement soit jamais, quelques fois dans l'année, ou plus de dix fois dans le mois. En ce qui concerne les médecins de plus de 50 ans, une majorité (69,23%) prescrit la première contraception entre une et dix fois dans le mois, et 7,69% ne la prescrivent pas ou quelques fois dans l'année. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la prescription d'une première contraception en fonction des groupes d'âge des médecins (p-value = 1).**

- Selon le sexe

	Jamais	<1	1-10	11-20
Homme (n=12)	n=2 (16,67%)	n=2 (16,67%)	n=7 (58,33%)	n=0 (0%)
Femme (n=9)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=7 (77,78%)	n=1 (11,11%)

Les médecins hommes sont un peu plus de la moitié (58,33%) à prescrire une première contraception entre une et dix fois par mois, ils sont 16,67% à ne pas le faire ou quelques fois dans l'année. Du côté des médecins femmes, elles sont 77,78% à prescrire une première contraception entre une et dix fois par mois et 11,11% à le faire plus de dix fois dans le mois. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la prescription d'une première contraception entre les médecins femmes ou hommes (p-value = 0,48).**

- Selon le mode d'exercice

	Jamais	<1	1-10	11-20
Libéral strict (n=19)	n=2 (10,53%)	n=2 (10,53%)	n=13 (68,42%)	n=0 (0%)
Libéral mixte (n=2)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=1 (50%)	n=1 (50%)

Parmi les médecins exerçant en libéral strict, une majorité (68,42%) prescrit une première contraception entre une et dix fois par jour et 10,53% ne le fait pas ou quelques fois dans l'année. Une moitié des médecins en libéral mixte prescrit une première contraception entre une et dix fois dans le mois et l'autre moitié plus de dix fois dans le mois. **Il n'existe cependant pas de différence significative dans la prescription d'une première contraception entre les deux modes d'exercice (p-value = 1).**

- Selon l'année de thèse

	Jamais	<1	1-10	11-20
1976-1985 (n=9)	n=0 (0%)	n=1 (11,11%)	n=6 (66,67%)	n=0 (0%)
1986-1995 (n=6)	n=1 (16,67%)	n=1 (16,67%)	n=3 (50%)	n=1 (16,67%)
1996-2005 (n=1)	n=1 (100%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
2006-2015 (n=5)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=5 (100%)	n=0 (0%)

Les deux tiers des médecins thésards entre 1976 et 1985 prescrivent une première contraception entre une et dix fois dans le mois et 11,11% d'entre eux ne le font que quelques fois dans l'année. La moitié des médecins thésés entre 1986 et 1995 prescrivent une première contraception entre une et dix fois dans le mois et 16,67% le font plus de 10 fois, ou ne le font jamais ou quelques fois dans l'année. Le médecin thésé entre 1996 et 2005 ne prescrit pas de première contraception. Enfin, les médecins thésards entre 2006 et 2015 prescrivent tous une première contraception entre une et dix fois par mois. Néanmoins, **il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la prescription d'une première contraception entre les différentes promotions de thésards (p-value = 0,064).**

- Selon l'année d'installation

	Jamais	<1	1-10	11-20
76-85 (n=8)	n=0 (0%)	n=1 (12,5%)	n=5 (62,5%)	n=0 (0%)
86-95 (n=3)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=3 (100%)	n=0 (0%)
96-05 (n=4)	n=1 (25%)	n=1 (25%)	n=1 (25%)	n=1 (25%)
06-15 (n=6)	n=1 (16,67%)	n=0 (0%)	n=5 (83,33%)	n=0 (0%)

Les médecins installés entre 1976 et 1985 sont 62,5% à prescrire une première contraception entre une et dix fois par jour et 12,5% à ne le faire que quelques fois dans l'année. Ceux installés entre 1986 et 1995 prescrivent tous une première contraception entre une et dix fois dans l'année. En ce qui concerne les médecins installés entre 1996 et 2005 le résultat est étalé de façon homogène, à savoir respectivement 25% d'entre eux qui ne prescrivent jamais de contraception, ou quelques fois dans l'année, ou entre une dix fois par mois, ou encore plus de dix fois dans l'année. Enfin, une majorité des médecins installés entre 2006 et 2015 (83,33%) prescrivent une première contraception entre une et dix fois par jour et 16,67% n'en prescrivent jamais. **La différence n'est pas statistiquement significative en ce qui concerne la prescription d'une première contraception en fonction des années d'installation des médecins (p-value = 0,79).**

- Selon la réalisation de stage ou de formation à la pratique de gestes gynécologiques

	Jamais	<1	1-10	11-20
Oui (n=12)	n=0 (0%)	n=1 (8,33%)	n=8 (66,67%)	n=1 (8,33%)
Non (n=9)	n=2 (22,22%)	n=1 (11,11%)	n=6 (66,67%)	n=0 (0%)

Les médecins ayant reçu une formation ou réalisé un stage en gynécologie sont 66,67% à prescrire une première contraception entre une et dix fois par jour et 8,33% à la prescrire plus de dix fois dans le mois ou uniquement quelques fois dans l'année. Les deux tiers des médecins n'ayant pas suivi de formation ou de stage en gynécologie prescrivent la première contraception entre une et dix fois par mois, 22,22% d'entre eux ne la prescrivent jamais et 11,11% quelques fois dans l'année. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la prescription d'une première contraception en fonction de la réalisation ou non de formation ou stage en gynécologie chez les médecins interrogés (p-value = 0,21).**

e) Frottis cervico-vaginal (FCV)

- Dans l'ensemble (n=21)

Jamais	n=3 (14,28%)
<1	n=2 (9,52%)
1-10	n=15 (71,44%)
11-20	n=0 (0%)
>20	n=1 (4,76%)

La majorité des médecins interrogés (71,44%) réalisent le FCV entre une et dix fois dans le mois. 4,76% le font plus de vingt fois par mois, 9,52% ne le pratiquent que quelques fois dans l'année, et enfin 14,28% ne font jamais de FCV.

- Selon le département

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
21 (n=5)	n=1 (20%)	n=0 (0%)	n=4 (80%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
71 (n=6)	n=0 (0%)	n=1 (16,67%)	n=4 (66,67%)	n=0 (0%)	n=1 (16,67%)
58 (n=5)	n=1 (20%)	n=1 (20%)	n=3 (60%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
89 (n=5)	n=1 (20%)	n=0 (0%)	n=4 (80%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)

En Côte d'Or, 80% des médecins réalisent le FCV entre une et dix fois par mois et 20% ne le font jamais. En Saône-et-Loire, deux tiers des médecins réalisent le FCV entre une et dix fois par mois, et 16,67% respectivement plus de vingt fois et quelques fois dans l'année. Dans la Nièvre 60% des médecins pratiquent le FCV entre une et dix fois par mois et 20% ne le font, respectivement, pas ou quelques fois dans l'année. Enfin, dans l'Yonne, 80% des médecins réalisent le FCV entre une et dix fois dans le mois et 20% ne le font jamais. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la réalisation du FCV entre les quatre départements (p-value = 0,66).**

- Selon l'âge

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
31-50 (n=8)	n=2 (25%)	n=1 (12,5%)	n=5 (62,5%)	n=0 (0%)	n=1 (12,5%)
51-70 (n=13)	n=1 (7,69%)	n=1 (7,69%)	n=10 (76,92%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)

Les médecins de moins de 50 ans réalisent, pour 62,5% d'entre eux, le FCV entre une et dix fois par mois, plus de vingt fois pour 12,5%, quelques fois dans l'année pour 12,5% et enfin jamais pour 25% d'entre eux. Les médecins de plus de 50 ans sont une majorité (76,92%) à réaliser le

FCV entre une et dix fois dans l'année, et 7,69% ne réalise pas de FCV ou quelques fois dans l'année. **Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la pratique du FCV entre les groupes d'âge de médecins (p-value = 0,55).**

- Selon le sexe

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
Homme (n=12)	n=3 (25%)	n=2 (16,67%)	n=7 (58,33%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
Femme (n=9)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=8 (88,89%)	n=0 (0%)	n=1 (11,11%)

Les médecins hommes sont 25% à ne pas faire de FCV, 16,67% à n'en faire que quelques fois dans l'année et 58,33% à réaliser des FCV entre une et dix fois par mois. En revanche, une majorité de femmes (88,89% réalise le FCV entre une et dix fois par mois et 11,11% plus de vingt fois dans le mois. Cependant, **il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la réalisation du FCV entre médecins femmes ou hommes (p-value = 0,23).**

- Selon le mode d'exercice

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
Libéral strict (n=19)	n=3 (15,79%)	n=2 (10,53%)	n=13 (68,42%)	n=0 (0%)	n=1 (5,26%)
Libéral mixte (n=2)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=2 (100%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)

Une majorité de médecins exerçant en libéral strict (68,42%) réalise le FCV entre une et dix fois par mois, 5,26% plus de vingt fois dans le mois, 10,53% quelques fois dans l'année et 15,79% ne réalisent pas de FCV. Les médecins en libéral mixte réalisent tous le FCV entre une et dix fois par mois. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la réalisation du FCV entre les médecins exerçant en libéral strict ou mixte (p-value = 1).**

- Selon l'année de thèse

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
1976-1985 (n=9)	n=1 (11,11%)	n=1 (11,11%)	n=7 (77,78%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
1986-1995 (n=6)	n=1 (16,67%)	n=1 (16,67%)	n=4 (66,67%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
1996-2005 (n=1)	n=1 (100%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
2006-2015 (n=5)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=4 (80%)	n=0 (0%)	n=1 (20%)

Les médecins thésards entre 1976 et 1985 sont une majorité (77,78%) à réaliser le FCV entre une et dix fois par mois, 11,11% d'entre ne le font pas ou quelques fois dans l'année. Parmi les

médecins ayant passé leur thèse entre 1986 et 1995, les deux tiers font le FCV entre une et dix fois par mois et 16,67% ne le font pas ou quelques fois dans l'année. Le médecin thésé entre 1996 et 2005 ne réalise pas de FCV. Les thésards entre 2006 et 2015 sont 80% à réaliser le FCV entre une et dix fois dans le mois et 20% à le faire plus de vingt fois dans le mois. **La différence n'est pas statistiquement significative pour la réalisation de FCV en fonction des promotions de thèse (p-value = 0,16).**

- Selon l'année d'installation

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
76-85 (n=8)	n=1 (12,5%)	n=1 (12,5%)	n=6 (75%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
86-95 (n=3)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=3 (100%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
96-05 (n=4)	n=1 (25%)	n=1 (25%)	n=2 (50%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
06-15 (n=6)	n=1 (16,67%)	n=0 (0%)	n=4 (66,67%)	n=0 (0%)	n=1 (16,67%)

Les trois quart des médecins installés entre 1976 et 1985 réalisent le FCV entre une et dix fois dans le mois, 12,5% d'entre eux ne le font pas ou quelques fois dans l'année. La totalité des médecins installés entre 1986 et 1995 réalisent le FCV entre une et dix fois dans le mois. La moitié de ceux installés entre 1996 et 2005 réalisent le FCV entre une et dix fois par mois, un quart quelques fois dans l'année et un quart ne le fait jamais. Enfin, en ce qui concerne les médecins installés entre 2006 et 2015, les deux tiers réalisent le FCV entre une et dix fois dans le mois, 16,67% plus de vingt fois dans le mois et 16,67% ne le fait jamais. **Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation du FCV entre les différentes années d'installation des médecins (p-value = 0,62).**

- Selon la réalisation de stage ou de formation à la pratique de gestes gynécologiques

	Jamais	<1	1-10	11-20	>20
Oui (n=12)	n=1 (8,33%)	n=1 (8,33%)	n=10 (83,33%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
Non (n=9)	n=2 (22,22%)	n=1 (11,11%)	n=5 (55,56%)	n=0 (0%)	n=1 (11,11%)

Les médecins ayant reçu une formation ou suivi un stage en gynécologie sont une majorité (83,33%) à réaliser le FCV entre une et dix fois dans le mois, et 8,33% ne font, respectivement, pas de FCV ou quelques fois dans l'année. Les autres médecins sont un peu plus de la moitié (55,56%) à réaliser le FCV entre une et dix fois dans le mois, 11,11% le font plus de vingt fois dans le mois, 11,11% ne le font que quelques fois dans l'année et 22,22% ne le font jamais. **La**

différence dans la réalisation du FCV entre médecins ayant reçu une formation ou suivi un stage en gynécologie ou non n'est pas statistiquement significative (p-value = 0,61).

f) Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse

- Dans l'ensemble (n=21)

Jamais	n=20 (95,24%)
1-5	n=1 (4,76%)

La grande majorité des médecins interrogés (95,24%) n'ont jamais fait d'IVG médicamenteuse en cabinet contre 4,76% qui en ont déjà réalisé entre un et cinq dans le mois.

- Selon le département

	Jamais	1-5
21 (n=5)	n=5 (100%)	n=0 (0%)
71 (n=6)	n=5 (83,33%)	n=1 (16,67%)
58 (n=5)	n=5 (100%)	n=0 (0%)
89 (n=5)	n=5 (100%)	n=0 (0%)

En Côte d'Or, aucun des médecins interrogés n'a réalisé d'IVG médicamenteuse. En Saône-et-Loire, ils sont 83,33% à n'en avoir jamais fait et 16,67% à en avoir fait entre 1 et 5 par mois. Dans la Nièvre, aucun médecin n'a réalisé d'IVG médicamenteuse, de même que dans l'Yonne. **La différence n'est pas statistiquement significative pour la réalisation d'IVG médicamenteuse ou non entre les quatre départements (p-value = 1).**

- Selon l'âge

	Jamais	1-5
31-50 (n=8)	n=7 (87,5%)	n=1 (12,5%)
51-70 (n=13)	n=13 (100%)	n=0 (0%)

La majorité des médecins de moins de 50 ans (87,5%) n'ont jamais réalisé d'IVG médicamenteuse contre 12,5% qui en ont réalisé entre un et cinq dans le mois. En revanche, aucun médecin de plus de 50 ans n'a fait d'IVG médicamenteuse. **La différence n'est pas statistiquement significative en ce qui concerne la pratique de l'IVG médicamenteuse ou non en fonction des groupes d'âges des médecins (p-value =0,38).**

- Selon le sexe

	Jamais	1-5
Homme (n=12)	n=12 (100%)	n=0 (0%)
Femme (n=9)	n=8 (88,89%)	n=1 (11,11%)

Aucun médecin homme ne pratique l'IVG médicamenteuse. En ce concerne les médecins femmes une grande majorité (88,89%) ne la pratique pas et 11,11% en fait entre une et cinq dans le mois. **Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la pratique d'IVG médicamenteuse ou non entre les médecins femmes et hommes (p-value = 0,43).**

- Selon le mode d'exercice

	Jamais	1-5
Libéral strict (n=19)	n=19 (100%)	n=0 (0%)
Libéral mixte (n=2)	n=1 (50%)	n=1 (50%)

La totalité des médecins installés en libéral strict déclarent ne pas pratiquer d'IVG médicamenteuse. Les médecins exerçant en libéral mixte sont partagés : la moitié n'a jamais pratiqué d'IVG médicamenteuse et l'autre moitié en fait entre une et cinq par mois. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la réalisation d'IVG médicamenteuse ou non entre les médecins exerçant en libéral strict ou mixte (p-value = 0,09).**

- Selon l'année de thèse

	Jamais	1-5
1976-1985 (n=9)	n=9 (100%)	n=0 (0%)
1986-1995 (n=6)	n=6 (100%)	n=0 (0%)
1996-2005 (n=1)	n=1 (100%)	n=0 (0%)
2006-2015 (n=5)	n=4 (80%)	n=1 (20%)

Aucun des médecins thésards entre 1976 et 2005 ne pratiquent d'IVG médicamenteuse. En ce qui concerne les médecins des promotions de thèse entre 2006 et 2015, 80% n'a jamais réalisé d'IVG médicamenteuse contre 20% qui en a déjà fait entre un et cinq par mois. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la pratique d'IVG médicamenteuse entre les différentes promotions de thèse (p-value = 0,29).**

- Selon l'année d'installation

	Jamais	1-5
76-85 (n=8)	n=8 (100%)	n=0 (0%)
86-95 (n=3)	n=3 (100%)	n=0 (0%)
96-05 (n=4)	n=4 (100%)	n=0 (0%)
06-15 (n=6)	n=5 (83,33%)	n=1 (16,67%)

Parmi les médecins qui se sont installés entre 1976 et 2005, tous ont répondu ne pas réaliser d'IVG médicamenteuse. Une grande majorité des médecins (83,33%) qui se sont installés entre 2006 et 2015 ne pratique pas d'IVG médicamenteuse contre 16,67% qui en font entre une et cinq fois par mois. **Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative dans la pratique de l'IVG médicamenteuse entre les médecins interrogés en fonction de leur année d'installation (p-value = 0,62).**

- Selon la réalisation de stage ou de formation à la pratique de gestes gynécologiques

	Jamais	1-5
Oui (n=12)	n=12 (100%)	n=0 (0%)
Non (n=9)	n=8 (88,89%)	n=1 (11,11%)

Aucun des médecins ayant reçu une formation ou suivi un stage en gynécologie ne réalise d'IVG médicamenteuse. Parmi les médecins n'ayant pas eu ces enseignements, 88,89% n'ont pas pratiqué d'IVG et 11,11% en ont déjà fait entre une et cinq fois par mois. **Il n'a pas de différence statistiquement significative concernant la pratique de l'IVG ou non entre les médecins ayant reçu une formation ou suivi un stage en gynécologie et les autres (p-value = 0,43).**

g) Suivi de grossesse et du post-partum

- Dans l'ensemble (n=21)

Jamais	n=8 (38,1%)
<1	n=2 (9,52%)
1-5	n=11 (52,38%)

Près de la moitié des médecins (52,38%) suivent entre une et cinq grossesses ou suites de grossesse par mois, 9,52% ne le font que quelques fois dans l'année, et 38,1% ne suivent pas les grossesses et suite de grossesse.

- Selon le département

	Jamais	<1	1-5
21 (n=5)	n=3 (60%)	n=0 (0%)	n=2 (40%)
71 (n=6)	n=2 (33,33%)	n=1 (16,67%)	n=3 (50%)
58 (n=5)	n=1 (20%)	n=1 (20%)	n=3 (60%)
89 (n=5)	n=2 (40%)	n=0 (0%)	n=3 (60%)

En Côte d'Or 60% des médecins ne réalisent pas de suivi de grossesse ou du post-partum et 40 % le font entre une et cinq fois par mois. En Saône-et-Loire, la moitié réalisent ces consultations entre une et cinq fois dans le mois, un tiers ne le font pas, et 16,67% ne le font que quelques fois dans l'année. Dans la Nièvre, 60% des médecins réalisent entre une et cinq consultations de suivi de grossesse ou du post-partum dans le mois, et 20% disent respectivement ne pas en faire ou ne le faire que quelques fois dans l'année. Enfin dans l'Yonne, les médecins sont partagés entre ceux qui réalisent entre une et cinq consultations de suivi de grossesse ou du post-partum (60%) et ceux qui n'en font pas du tout (40%). **La différence n'est pas statistiquement significative concernant la pratique de consultations de suivi de grossesse ou du post-partum ou non entre les médecins des quatre départements (p-value = 0,79).**

- Selon l'âge

	Jamais	<1	1-5
31-50 (n=8)	n=3 (37,5%)	n=1 (12,5%)	n=2 (25%)
51-70 (n=13)	n=2 (15,38%)	n=1 (7,69%)	n=7 (53,85%)

Les médecins de moins de 50 ans sont 37,5% à ne pas réaliser de consultation de suivi de grossesse ou du post-partum, 12,5% à n'en faire que quelques une dans l'année, et 25% à en faire entre une et cinq dans le mois. En ce qui concerne les médecins de plus de 50 ans, 15,38% d'entre eux ne font pas de consultation de suivi de la grossesse ou du post-partum, 7,69% en font quelques fois dans l'année, et 53,85% en font entre une et cinq fois par mois. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la réalisation de consultation de suivi de grossesse ou du post-partum ou non en fonction des groupes d'âge des médecins (p-value = 0,28).**

- Selon le sexe

	Jamais	<1	1-5
Homme (n=12)	n=4 (33,33%)	n=2 (16,67%)	n=6 (50%)
Femme (n=9)	n=4 (44,44%)	n=0 (0%)	n=5 (55,56%)

Les médecins femmes sont partagés dans la réalisation ou non de consultation de suivi de grossesse ou du post-partum, 44,44% d'entre elles n'en font pas et 55,56% en font entre une et cinq dans le mois. Chez les médecins hommes, la moitié pratique cet acte entre une et cinq fois par mois, un tiers n'en fait pas du tout, et 16,67% n'en font que quelques fois dans l'année. **Il n'a pas de différence dans la réalisation de consultation de suivi de grossesse ou du post-partum ou non entre les médecins hommes ou femmes qui ne soit statistiquement significative (p-value = 0,67).**

- Selon le mode d'exercice

	Jamais	<1	1-5
Libéral strict (n=19)	n=8 (42,11%)	n=2 (10,52%)	n=9 (47,37%)
Libéral mixte (n=2)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=2 (100%)

La totalité des médecins exerçant en libéral mixte réalise des consultations de suivi de grossesse ou du post-partum. En ce qui concerne les médecins en libéral strict, 42,11% ne réalisent pas cet acte, 10,53% ne le font que quelques fois dans l'année et près de la moitié (47,37%) en font entre une et cinq par mois. Cependant **il n'existe pas de différence statistiquement significative pour la réalisation de consultation de suivi de grossesse ou du post-partum ou non entre les deux modes d'exercice des médecins (p-value = 0,5).**

- Selon l'année de thèse

	Jamais	<1	1-5
1976-1985 (n=9)	n=2 (22,22%)	n=1 (11,11%)	n=6 (66,67%)
1986-1995 (n=6)	n=2 (33,33%)	n=1 (16,67%)	n=3 (50%)
1996-2005 (n=1)	n=1 (100%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
2006-2015 (n=5)	n=3 (60%)	n=0 (0%)	n=2 (40%)

Les deux tiers des médecins ayant obtenu leur thèse entre 1976 et 1985 pratique des consultations de suivi de grossesse et post-partum entre une et cinq fois par mois. Ceux des promotions 1986 à 1995 sont la moitié à pratiquer cet acte entre une et cinq fois par mois, un tiers à ne jamais le faire et 16,67% à ne le faire que quelques fois dans l'année. Le médecin thésard entre 1996 et 2005 ne pratique pas de consultation de suivi de grossesse et post-partum. Enfin les médecins thésards entre 2006 et 2015 sont 60% à ne pas réaliser de consultation de suivi de grossesse et post-partum et 40% à en faire entre une et cinq par mois. **Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation de consultation de suivi de grossesse et de post-partum ou non entre les médecins selon leur années de thèse (p-value = 0,81).**

- Selon l'année d'installation

	Jamais	<1	1-5
76-85 (n=8)	n=2 (25%)	n=1 (12,5%)	n=5 (62,5%)
86-95 (n=3)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=3 (100%)
96-05 (n=4)	n=2 (50%)	n=1 (25%)	n=1 (25%)
06-15 (n=6)	n=4 (66,67%)	n=0 (0%)	n=2 (33,33%)

Les médecins qui se sont installés entre 1976 et 1985 sont 62,5% à réaliser des consultations de suivi de grossesse et du post-partum une à cinq fois par mois, 12,5% à n'en faire que quelques fois dans l'année, et 25% à ne pas le faire. La totalité des médecins installés entre 1986 et 1995 réalisent des consultations de suivi de grossesse et post-partum entre une et cinq fois par mois. La moitié des médecins installés entre 1996 et 2005 ne pratiquent pas cet acte, un quart ne le font que quelques fois dans l'année et l'autre quart entre une et cinq fois par mois. Enfin, les deux tiers des médecins installés entre 2006 et 2015 ne réalisent pas de consultation de suivi de grossesse et post-partum et un tiers le font entre une et cinq fois par mois. **La différence de pratique de cet acte ou non entre les médecins selon leur année d'installation n'est pas statistiquement significative (p-value = 0,24).**

- Selon la réalisation de stage ou de formation à la pratique de gestes gynécologiques

	Jamais	<1	1-5
Oui (n=12)	n=4 (33,33%)	n=1 (8,33%)	n=7 (58,33%)
Non (n=9)	n=4 (44,44%)	n=1 (11,11%)	n=4 (44,44%)

Un peu plus de la moitié des médecins ayant reçu une formation ou suivi un stage (58,33%) réalisent une consultation de suivi de grossesse et post-partum entre une et cinq fois par mois, un tiers ne le font pas, et 8,33% ne le font que quelques fois dans l'année. Les médecins n'ayant pas reçu ces enseignements sont 44,44% à respectivement réaliser cet acte entre une et cinq fois par mois et à ne jamais le réaliser, et 11,11% ne le font que quelques fois dans l'année. **La différence n'est pas statistiquement significative pour la réalisation de consultation de suivi de grossesse et du post-partum ou non entre les médecins ayant reçu ou non une formation ou suivi un stage en gynécologie (p-value =0,67).**

h) Suivi de ménopause

- Dans l'ensemble (n=21)

Jamais	n=5 (23,81%)
<1	n=1 (4,76%)
1-10	n=10 (47,62%)
11-20	n=4 (19,05%)

Parmi les médecins interrogés, 23,81% ne réalise pas de consultation de suivi de ménopause, un médecin (4,76%) ne la fait que quelques fois dans l'année, près de la moitié (47,62%) réalisent cet acte entre une et dix fois par mois, et 19,05% plus de dix fois dans le mois.

- Selon le département

	Jamais	<1	1-10	11-20
21 (n=5)	n=3 (60%)	n=0 (0%)	n=2 (40%)	n=0 (0%)
71 (n=6)	n=1 (16,67%)	n=0 (0%)	n=4 (66,67%)	n=1 (16,67%)
58 (n=5)	n=1 (20%)	n=1 (20%)	n=1 (20%)	n=2 (40%)
89 (n=5)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=3 (60%)	n=1 (20%)

En Côte d'or, 60% des médecins ne réalisent jamais de consultation de suivi de ménopause et 40% le font entre une et dix fois dans le mois. En Saône-et-Loire, les deux tiers pratiquent cet acte entre une et dix fois par mois, et 16,67% le font respectivement plus de dix fois dans le mois et jamais. Dans la Nièvre, 20% des médecins interrogés réalisent des consultations de suivi de ménopause respectivement jamais, quelques fois dans l'année, et entre une et dix fois dans le mois ; 40% le font plus de dix fois par mois. Enfin, dans l'Yonne, 60% réalisent cet acte entre une et dix fois par mois et 20% plus de dix fois ; les autres médecins du département ne s'expriment pas sur la question. Entre ces quatre départements, **il n'existe pas de différence statistiquement significative à la réalisation ou non de consultation de suivi de ménopause (p-value = 0,30).**

- Selon l'âge

	Jamais	<1	1-10	11-20
31-50 (n=8)	n=3 (37,5%)	n=1 (12,5%)	n=3 (37,5%)	n=1 (12,5%)
51-70 (n=13)	n=2 (15,38%)	n=0 (0%)	n=7 (53,85%)	n=3 (23,08%)

Les médecins de moins de 50 ans sont 37,5% à ne jamais réaliser de consultation de suivi de ménopause, et le même taux à en réaliser entre une et dix par mois. Parmi ce même groupe de médecins, 12,5% réalisent cet acte plus de dix fois par mois et 12,5% aussi ne le font que quelques fois dans l'année. En ce qui concerne les médecins de plus de 50 ans, un peu plus de la moitié (53,85%) réalisent des consultations de suivi de ménopause entre une et dix fois par mois, 23,08% plus de dix fois par mois, et 15,38% ne le font jamais. **La réalisation de la consultation de suivi de ménopause ou pas entre les deux groupes d'âge de médecins ne présente pas de différence statistiquement significative (p-value = 0,16).**

- Selon le sexe

	Jamais	<1	1-10	11-20
Homme (n=12)	n=3 (25%)	n=1 (8,33%)	n=6 (50%)	n=2 (16,67%)
Femme (n=9)	n=2 (22,22%)	n=0(0%)	n=4 (44,44%)	n=2 (22,22%)

La moitié des médecins hommes pratique la consultation de suivi de ménopause entre 1 à dix fois dans le mois, un quart ne le fait jamais, 8,33% ne le font que quelques fois dans l'année, et 16,67% plus de dix fois par mois. Les médecins femmes sont 22,22% à ne jamais réaliser de consultation de suivi de ménopause, le même taux à en réaliser plus de dix par mois, et 44,44% entre une et dix fois par mois. **Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation de consultation de suivi de ménopause ou pas entre les médecins hommes ou femmes (p-value = 1).**

- Selon le mode d'exercice

	Jamais	<1	1-10	11-20
Libéral strict (n=19)	n=5 (26,32%)	n=1 (5,26%)	n=9 (47,37%)	n=3 (15,79%)
Libéral mixte (n=2)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=1 (50%)	n=1 (50%)

Les médecins installés en libéral strict sont 26,32% à ne jamais réaliser de consultation de suivi de ménopause, l'un d'entre eux (5,26%) ne le fait que quelques fois dans l'année, près de la moitié (47,37%) réalisent cet acte entre une et dix fois par mois, et 15,79% plus de dix fois dans le mois. En ce qui concerne les médecins exerçant en libéral mixte, la moitié réalise entre une et dix consultations de suivi de ménopause par mois et l'autre moitié plus de dix par mois. **Il n'existe**

pas de différence statistiquement significative entre les médecins exerçant en libéral strict ou en libéral mixte pour la réalisation ou non de consultation de suivi de ménopause (p-value = 1).

- Selon l'année de thèse

	Jamais	<1	1-10	11-20
1976-1985 (n=9)	n=1 (11,11%)	n=0 (0%)	n=7 (77,78%)	n=1 (11,11%)
1986-1995 (n=6)	n=1 (16,67%)	n=1 (16,67%)	n=0 (0%)	n=3 (50%)
1996-2005 (n=1)	n=1 (100%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
2006-2015 (n=5)	n=2 (40%)	n=0 (0%)	n=3 (60%)	n=0 (0%)

La majorité des médecins thésés entre 1976 et 1985 (77,78%) réalisent une consultation de suivi de ménopause entre une et dix fois par mois, 11,11% plus de dix fois par mois, et 11,11% jamais. Les médecins thésards entre 1986 et 1995 réalisent pour la moitié d'entre eux plus de dix consultations de suivi ménopause par mois, 16,67% ne le font jamais et le même taux de médecins ne le fait que quelques fois dans l'année. Le médecin thésé entre 1996 et 2005 ne réalise pas de consultation de suivi ménopause. Enfin les médecins des promotions de thèse entre 2006 et 2015 sont 60% à réaliser des consultations de suivi ménopause entre une et dix fois dans le mois, et 40% à ne jamais en faire. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de consultation de suivi de ménopause entre les médecins selon leur année de thèse (p-value = 0,30).**

- Selon l'année d'installation

	Jamais	<1	1-10	11-20
76-85 (n=8)	n=1 (12,5%)	n=0 (0%)	n=6 (75%)	n=1 (12,5%)
86-95 (n=3)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=1 (33,33%)	n=1 (33,33%)
96-05 (n=4)	n=1 (25%)	n=1 (25%)	n=0 (0%)	n=1 (25%)
06-15 (n=6)	n=3 (50%)	n=0 (0%)	n=3 (50%)	n=0 (0%)

Les trois quart des médecins installés entre 1976 et 1985 réalisent des consultations de suivi de ménopause entre une et dix fois dans le mois, 12,5% plus de dix fois par mois, et 12,5% ne le font jamais. Un tiers des médecins installés entre 1986 et 1995 réalisent entre une et dix consultations de suivi de ménopause dans le mois et un tiers aussi en réalise plus de dix par mois, le tiers restant des médecins de la même catégorie ne s'exprimant pas sur le sujet. Un quart des médecins installés entre 1996 et 2005 réalisent cet acte respectivement plus de dix fois dans le mois, quelques fois dans l'année, ou jamais. Enfin, la moitié des médecins installés ente 2006 et 2015 ont réalisés entre une et dix consultations de suivi de ménopause dans le mois et

l'autre moitié n'en fait jamais. **Aucune différence statistiquement significative n'est à noter entre les médecins en fonction de leur année d'installation en ce qui concerne la réalisation ou non de consultation de suivi de ménopause (p-value = 0,22).**

- Selon la réalisation de stage ou de formation à la pratique de gestes gynécologiques

	Jamais	<1	1-10	11-20
Oui (n=12)	n=2 (16,67%)	n=1 (8,33%)	n=6 (50%)	n=3 (25%)
Non (n=9)	n=3 (33,33%)	n=0 (0%)	n=4 (44,44%)	n=1 (11,11%)

La moitié des médecins ayant reçu une formation ou suivi un stage en gynécologie réalise entre une et dix consultations de suivi de ménopause par mois, un quart le fait plus de dix fois dans le mois, 16,67% ne le font jamais, et 8,33% ne le font que quelques fois dans l'année. Les médecins n'ayant pas reçu ces enseignements ne réalisent pas de consultation de suivi de ménopause pour un tiers d'entre eux, 44,44% le font entre une et dix fois dans le mois, et 11,11% plus de dix fois par mois. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les médecins ayant reçu ou non les enseignements en gynécologie pour la réalisation ou non de consultation de suivi de ménopause (p-value = 0,64).**

3) Evaluation des freins rencontrés par les médecins généralistes pour la réalisation de ces actes (n=21).

	Manque de formation	Coût du matériel	Temps de consultation	Aménagement du cabinet	Cotation de l'acte	Autres
Pose-retrait de DIU	11 (52,38%)	0 (0%)	9 (42,86%)	5 (23,81%)	0 (0%)	3 (14,28%)
Pose-retrait d'implant contraceptif sous cutané	9 (42,86%)	0 (0%)	7 (33,33%)	1 (4,76%)	1 (4,76%)	7 (33,33%)
Examen clinique gynécologique	2 (9,52%)	0 (0%)	2 (9,52%)	0 (0%)	1 (4,76%)	2 (9,52%)
Prescription d'une première contraception	0 (0%)	0 (0%)	2 (9,52%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,76%)
Réalisation de FCV	2 (9,52%)	0 (0%)	3 (14,28%)	0 (0%)	2 (9,52%)	1 (4,76%)
IVG médicamenteuse	12 (57,14%)	0 (0%)	1 (4,76%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (38,1%)
Suivi de grossesse et post-partum	4 (19,05%)	0 (0%)	2 (9,52%)	1 (4,76%)	0 (0%)	8 (38,1%)
Suivi de ménopause	2 (9,52%)	0 (0%)	1 (4,76%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (19,05%)

Cette question permet aux médecins de répondre de façon unique (un seul choix) ou multiple (plusieurs choix possibles).

Concernant la **pose-retrait de DIU**, les médecins évoquent pour 52,38% d'entre eux un **manque de formation**, pour 42,86% un **temps de consultation** trop long, pour 23,81% un défaut d'**aménagement du cabinet** (dont l'absence d'échographe), et 14,28% évoquent des causes **autres** (perte de la pratique avec le temps, pas de pratique par choix personnel, pas de demande des patientes).

Pour la **pose-retrait d'implant contraceptif sous cutané** 42,86% des médecins dénoncent un **manque de formation**, un tiers parlent du **temps de consultation** et d'**autres** motifs (pas encore eu l'occasion de pratiquer cet acte, pas de pratique par choix personnel, demande peu fréquente,

pas d'adhésion à ce type de contraception), et 4,76% de **l'aménagement du cabinet** et de la **cotation de l'acte**.

Peu de médecins sont freinés à la réalisation d'**examen clinique gynécologique** : 9,52% parlent d'un **manque de formation**, du **temps de consultation**, ou d'**autres** motifs (gêne des patientes, pas de pratique par choix personnel), et 4,76% de la **cotation de l'acte**.

9,52% des médecins trouvent que le **temps** n'est pas assez important lors d'une consultation pour la **prescription d'une première contraception**. 4,76% des médecins sont freinés par un motif **autre** pour la réalisation de cet acte (pas de pratique par choix personnel).

Pour ce qui est de la **réalisation du FCV**, les médecins évoquent comme freins le **manque de formation et la cotation de l'acte** dans 9,52% des cas, pour 14,28% le **temps de consultation**, et un **autre** motif pour 4,76% d'entre eux (pas de pratique par choix personnel).

Un peu plus de la moitié des médecins (57,14%) ne réalisent pas d'**IVG médicamenteuse** par **manque de formation**, 38,1% pour un motif **autre** (refus personnel, éloignement du centre hospitalier, pas d'accès rapide à l'échographie, absence ou attente de convention avec le centre hospitalier, pas eu l'occasion de réaliser cet acte), et 4,76% pour le **temps de consultation**.

Une minorité de médecins sont freinés par la réalisation de la **consultation du suivi de grossesse et du post-partum** : 19,05% d'entre eux évoquent un **manque de formation**, 9,52% un souci de **temps de consultation**, 4,76% un mauvais **aménagement du cabinet**, et 38,1% des motifs **autres** (suivi spécialisé au centre hospitalier, refus par choix personnel, patientes souvent revues en maternité, pas ou peu de demande de la part des patientes, activité reprise par les sages-femmes, revues au centre hospitalier sans relais avec médecin généraliste traitant après la première échographie).

Enfin, 9,52% des médecins sont freinés par un **manque de formation** au **suivi de ménopause**, 4,76% par le manque de **temps en consultation**, et 19,05% par des motifs **autres** (pas d'intérêt car pas de solution, peu de demande, refus par choix personnel, installation récente donc peu d'occasion de réaliser cet acte).

4) Autoévaluation de la formation reçue (n=21).

0-5/10	n=13 (61,9%)
6-10/10	n=8 (38,1%)

Plus de la moitié des médecins interrogés (61,9%) autoévaluent leur connaissance à moins de 5/10, évoquant ainsi un décalage entre leur formation et leur pratique, et 38,1% pensent que l'adéquation entre leur formation et leur pratique est plutôt correcte avec une auto-évaluation supérieure ou égale à 6/10.

La note la plus basse relevée est de 0/10, la note la plus élevée est de 8/10. **La moyenne globale des médecins en ce qui concerne cette autoévaluation de l'adéquation entre la formation et la pratique de l'ensemble de ces actes gynécologiques est de 5/10.** Cette moyenne en Côte d'or est de 4,4/10, en Saône-et-Loire : 4,5/10, dans la Nièvre : 5/10, et dans l'Yonne : 6,2/10.

II) Les patientes

1) Caractéristiques des patientes (n=81)

Les patientes ayant répondu au « questionnaire patiente » sont au nombre de 81. La moyenne d'âge est de 47,14 ans. La moins âgée a 15 ans et la plus âgée 86 ans. La moyenne d'âge en Côte d'Or est de 45,65 ans, elle est de 47,7 ans en Saône-et-Loire, 48,79 ans dans la Nièvre, et enfin 46,4 ans dans l'Yonne.

a) Répartition par département

21	n=20 (24,69%)
71	n=27 (33,33%)
58	n=19 (23,46%)
89	n= 15 (17,28%)

En Côte d'Or, elles sont 20 patientes à avoir répondu au questionnaire (24,69%), 27 en Saône-et-Loire (33,33%), 19 dans la Nièvre (23,46%) et enfin 15 dans l'Yonne (17,28%).

b) Répartition par âge

15-24	n=6 (6,17%)
25-44	n=32 (39,51%)
45-64	n=29 (35,80%)
>65	n=14 (17,28%)

La répartition par âge n'a pas été arbitraire. En effet, après réflexion avec mon directeur de thèse, il a été convenu de répartir les patientes en fonction d'âge « physiologique » ou « clinique ». En clair, les patientes ont été réparties de la façon qui suit : 15-24 ans pour la puberté et post-puberté, 25-44 ans pour l'âge adulte où la femme est le plus à même de fonder une famille entre autres, 45-64 pour la péri-ménopause, et enfin plus de 65ans.

Parmi les patientes interrogées, 6,17% ont entre 15 et 24 ans, 39,51% entre 25 et 44 ans, 35,80% entre 45 et 64 ans et enfin 17,28% ont plus de 65 ans.

c) Répartition selon situation familiale

Célibataire	n=9 (11,11%)
Mariée/pacsée/concubine	n=55 (67,90%)
Séparée/divorcée	n=9 (11,11%)
Veuve	n=8 (9,88%)

Parmi les patientes, 11,11% d'entre elles sont célibataire, 67,9% sont en union (mariées, pacsées ou en concubinage), 11,11% sont séparées ou divorcées et 9,88% sont veuves.

d) Répartition selon le niveau scolaire

Brevet – CAP/BEP	n=16 (19,75%)
BAC PRO - BAC et plus	n=21 (25,93%)

Seulement un peu plus d'un tiers des patientes ont répondu à la question portant sur le niveau scolaire. 25,93% ont un niveau BAC et plus, et 19,75% ont un niveau Brevet des collèges, BEP ou CAP. Le classement a été fait en rassemblant toutes les réponses données à cette question ouverte (brevet, BEP, CAP, BAC pro, BAC, BTS, faculté) en deux catégories représentant les principaux niveaux scolaires.

e) Répartition selon activité professionnelle

Oui	n=47 (58,02%)
Non	n=32 (39,51%)

Un peu plus de la moitié des patientes interrogées travaillent (58,02%), et 39,51% déclarent être sans emploi (ou en retraite). 2 patientes n'ont pas répondu à cette question.

2) La réalisation des actes et le choix du praticien

Dans cette partie du « questionnaire patiente », le choix a été laissé aux patientes de répondre par choix unique ou par choix multiple à la partie de la question concernant le praticien choisi pour réaliser l'acte, ainsi la somme des patientes en fonction des caractéristiques peut dépasser 100%.

a) Pose-retrait de dispositif intra-utérin (DIU)

- Dans l'ensemble (n=81)

Oui	n=35 (43,21%)
Non	n=46 (56,79%)

Un peu plus de la moitié des patientes interrogées (56,79%) disent ne pas avoir bénéficié de pose ou retrait de DIU, et 43,21% ont déjà eu une pose ou un retrait de DIU.

Médecin généraliste	n=3 (8,57%)
Gynécologue	n=31 (88,57%)
Sage-femme	n=3 (8,57%)

Parmi celles qui ont déjà bénéficié de pose ou retrait de DIU une large majorité (88,57%) répond l'avoir fait chez le gynécologue, 8,57% chez le médecin généraliste, et le même taux par une sage-femme.

- Selon le département

	Oui	Non
21 (n=20)	n=9 (45%)	n=11 (55%)
71 (n=27)	n=12 (44,44%)	n=15 (55,56%)
58 (n=19)	n=6 (31,58%)	n=13 (68,42%)
89 (n=15)	n=8 (53,33%)	n=7 (46,67%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
21 (n=9)	n=0 (0%)	n=9 (100%)	n=0 (0%)
71 (n=12)	n=1 (8,33%)	n=12 (100%)	n=0 (0%)
58 (n=6)	n=0 (0%)	n=4 (66,67%)	n=3 (50%)
89 (n=8)	n=2 (25%)	n=6 (75%)	n=0 (0%)

En Côte d'Or, 55% des patientes n'ont jamais bénéficié de pose ou retrait de DIU contre 45% qui en ont déjà bénéficié. Parmi ces dernières, elles ont toutes consulté leur gynécologue. En Saône-et-Loire, 55,56% n'ont jamais bénéficié de pose ou retrait de DIU et 44,44% en ont déjà bénéficié et toute par le gynécologue (une d'entre elles dit l'avoir aussi fait chez son médecin généraliste). Dans la Nièvre, 68,42% n'ont jamais eu de pose ou retrait de DIU, et 31,58% l'ont déjà fait, pour 66,67% d'entre elles par le gynécologue et 50% par la sage-femme. Enfin, dans l'Yonne, 46,67% des patientes n'utilisent pas de DIU, et 53,33% ont déjà bénéficié de pose ou retrait de DIU par le gynécologue dans 75% des cas et le médecin généraliste dans 25% des cas.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de pose ou retrait de DIU chez les patientes des quatre départements (p-value = 0,66), en revanche on note une différence statistiquement significative dans le choix des praticiens chez les patientes de ces quatre départements (p-value = 0.007) qui préfèrent réaliser cet acte chez leur gynécologue de façon très majoritaire pour la Côte d'Or et la Saône-et-Loire, qui sont partagées gynécologue et sage-femme pour la Nièvre, et enfin qui vont chez le gynécologue et/ou le médecin généraliste dans l'Yonne.

- Selon l'âge

	Oui	Non
15-24 (n=6)	n=2 (33,33%)	n=4 (66,67%)
25-44 (n=32)	n=14 (43,75%)	n=18 (56,25%)
45-64 (n=29)	n=14 (48,28%)	n=15 (51,72%)
>65 (n=14)	n=5 (35,71%)	n=9 (64,29%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
15-24 (n=2)	n=1 (50%)	n=1 (50%)	n=0 (0%)
25-44 (n=14)	n=2 (14,29%)	n=11 (78,57%)	n=3 (21,43%)
45-64 (n=14)	n=0 (0%)	n=14 (100%)	n=0 (0%)
>65 (n=5)	n=0 (0%)	n=5 (100%)	n=0 (0%)

Les deux tiers des patientes âgées entre 15 et 24 ans ne portent pas de DIU, et un tiers ont déjà eu recours à la pose ou au retrait d'un DIU, dont la moitié l'a fait chez le gynécologue et l'autre moitié chez le médecin généraliste. Un peu plus de la moitié des patientes de 25 à 44 ans (56,25%) n'a pas de DIU, et 43,75% a eu une pose ou un retrait de DIU, la majorité (78,57%) par le gynécologue, 14,29% par le médecin généraliste, 21,43% par la sage-femme. En ce qui concerne les femmes de 45 à 64 ans, 51,72% n'a jamais eu de DIU, et 48,28% a déjà bénéficié de pose ou retrait de DIU, la totalité par le gynécologue. Enfin, les patientes de plus de 65 ans sont 64,29% à ne jamais avoir eu de DIU et 35,71% à avoir eu recours à la pose ou retrait d'un DIU, là aussi l'intégralité d'entre elles par le gynécologue.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative ni dans la réalisation ou non de pose et retrait de DIU dans les diverses classes d'âge des patientes (p-value = 0,84), ni dans le choix des praticiens par ces patientes (p-value 0.099).

- Selon la situation familiale

	Oui	Non
Célibataire (n=9)	n=1 (11,11%)	n=8 (88,89%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=55)	n=28 (50,91%)	n=27 (49,09%)
Séparée/divorcée (n=9)	n=5 (55,56%)	n=4 (44,44%)
Veuve (n=8)	n=1 (12,5%)	n=7 (87,5%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Célibataire (n=1)	n=1 (100%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=28)	n=2 (7,14%)	n=25 (89,29%)	n=3 (10,71%)
Séparée/divorcée (n=5)	n=0 (0%)	n=5 (100%)	n=0 (0%)
Veuve (n=1)	n=0 (0%)	n=1 (100%)	n=0 (0%)

La majorité des patientes célibataires (88,89%) n'ont jamais eu de DIU, contre 11,11% ayant déjà bénéficié de la pose ou du retrait d'un DIU, par le médecin généraliste. La moitié des patientes en couple (50,91%) a déjà bénéficié de la pose ou du retrait de DIU pour la majorité (89,29%) par le gynécologue, 7,14% par le médecin généraliste, et 10,71% par une sage-femme ; et l'autre moitié (49,09%) n'a jamais eu de DIU. Les femmes séparées ou divorcées sont 44,44% à ne jamais avoir eu de DIU, et 55,56% à avoir eu recours à la pose ou retrait de DIU, par le gynécologue pour la totalité. Enfin les patientes veuves sont une majorité à ne jamais avoir eu de DIU contre 12,5% à avoir eu une pose ou retrait de DIU, par le gynécologue.

Il existe une différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de la pose et retrait de DIU chez les patientes en fonction de leur situation familiale (p-value = 0.03). En effet, les patientes célibataires et veuves sont plus nombreuses à ne jamais avoir eu de pose ou retrait de DIU en comparaison aux femmes en couple ou séparées/divorcées pour lesquelles le rapport de réalisation ou non de cet acte approche le 50/50. En revanche,

il n'existe pas de différence statistiquement significative dans le choix des praticiens par les patientes en demande pose ou retrait de DIU (p-value = 0,37).

- Selon le niveau scolaire

	Oui	Non
Brevet – BEP/CAP (n=16)	n=7 (43,75%)	n=9 (56,25%)
BAC PRO – BAC et + (n=21)	n=11 (52,38%)	n=10 (47,62%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage- femme
Brevet – BEP/CAP (n=7)	n=1 (14,29%)	n=5 (71,43%)	n=1 (14,29%)
BAC PRO – BAC et + (n=11)	n=1 (9,09%)	n=10 (90,91%)	n=0 (0%)

Les patientes ayant un niveau Brevet/BEP/CAP sont 56,25% à ne jamais avoir eu de DIU, et 43,75% à avoir eu recours à la pose ou au retrait de DIU, et 71,43% d'entre elles ont choisi de le faire chez le gynécologue, 14,29% chez le médecin généraliste et le même taux chez la sage-femme. Les patientes ayant un niveau Bac et plus sont 47,62% à ne jamais avoir eu de DIU et 52,38% ont déjà bénéficié de la pose ou du retrait de DIU, par le gynécologue pour 90,91% d'entre elles et par le médecin généraliste pour 9,09% d'entre elles.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative ni dans la réalisation ou non de la pose ou retrait de DIU en fonction du niveau scolaire des patientes (p-value = 0,74), ni dans le choix du praticien qui réalise cet acte (p-value = 0,48).

- Selon l'activité professionnelle

	Oui	Non
Oui (n=47)	n=23 (48,94%)	n=24 (51,06%)
Non (n=32)	n=11 (34,38%)	n=18 (56,25%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Oui (n=23)	n=2 (8,7%)	n=21 (91,3%)	n=2 (8,7%)
Non (n=11)	n=0 (0%)	n=10 (90,91%)	n=1 (9,09%)

Près de la moitié des patientes qui travaillent (51,06%) n'ont jamais eu de DIU, et 48,94% ont déjà bénéficié de la pose ou retrait de DIU, par le gynécologue dans 91,3% des cas, par le médecin généraliste ou la sage-femme respectivement dans 8,7% des cas. Les patientes n'ayant pas d'activité professionnelle sont 56,25% à ne jamais avoir eu de DIU et 34,38% à avoir déjà eu recours à la pose ou au retrait de DIU, la majorité par le gynécologue (90,91%) ou par la sage-femme pour 9,09% d'entre elles.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de la pose ou retrait de DIU entre les patientes ayant ou non une activité professionnelle (p-value = 0,48). De même, il n'existe pas de différence statistiquement significative dans le choix du praticien qui réalise l'acte (p-value = 1).

b) Pose-retrait d'implant contraceptif sous-cutané

- Dans l'ensemble (n=81)

Oui	n=7 (8,64%)
Non	n=74 (91,36%)

Médecin généraliste	n=3 (42,86%)
Gynécologue	n=6 (85,71%)
Sage-femme	n=0 (0%)

Une grande majorité des patientes ayant participé à l'enquête (91,36%) n'ont jamais bénéficié de pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané, et 8,64% en ont déjà eu un (parmi lesquelles 42,86% ont consulté leur médecin généraliste et 85,71% leur gynécologue).

- Selon le département

	Oui	Non
21 (n=20)	n=1 (5%)	n=19 (95%)
71 (n=27)	n=2 (7,41%)	n=25 (92,59%)
58 (n=19)	n=2 (10,53%)	n=17 (89,47%)
89 (n=15)	n=2 (13,33%)	n=13 (86,67%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
21 (n=1)	n=1 (100%)	n=1 (100%)	n=0 (0%)
71 (n=2)	n=1 (50%)	n=2 (100%)	n=0 (0%)
58 (n=2)	n=0 (0%)	n=2 (100%)	n=0 (0%)
89 (n=2)	n=1 (50%)	n=1 (50%)	n=0 (0%)

La grande majorité des patientes de Côte d'Or (95%) n'ont jamais eu de pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané, la seule patiente en ayant bénéficié a consulté son gynécologue. En Saône-et-Loire, 92,59% des patientes n'ont pas eu recours à la pose ou au retrait d'implant contraceptif sous cutané, et 7,41% en ont déjà eu un posé ou retiré soit par le gynécologue (pour 100% d'entre elles) soit par le médecin généraliste (pour 50% d'entre elles). En ce qui concerne

la Nièvre, 89,47% n'ont jamais eu de pose ou retrait d'implant contraceptif et chez les 10,53% des patientes en ayant bénéficié l'ont toutes réalisé chez le gynécologue. Enfin dans l'Yonne, 86,67% des patientes interrogées n'ont jamais eu d'implant contraceptif sous cutané et 13,33% ont déjà réalisé cet acte, pour la moitié d'entre elles chez le gynécologue et pour l'autre moitié chez le gynécologue.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané chez les patientes dans les quatre départements (p-value = 0,82), de même qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative non plus entre elles dans le choix du praticien réalisant cet acte (p-value = 1).

- Selon l'âge

	Oui	Non
15-24 (n=6)	n=2 (33,3%)	n=4 (66,67%)
25-44 (n=32)	n=5 (15,63%)	n=27 (84,37%)
45-64 (n=29)	n=0 (0%)	n=29 (100%)
>65 (n=14)	n=0 (0%)	n=14 (100%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage- femme
15-24 (n=2)	n=0 (0%)	n=2 (100%)	n=0 (0%)
25-44 (n=5)	n=3 (60%)	n=4 (80%)	n=0 (0%)
45-64 (n=0)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
>65 (n=0)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)

Les deux tiers des patientes entre 15 et 24 ans n'ont jamais bénéficié de pose ou de retrait d'implant contraceptif sous cutané, contre un tiers en ayant bénéficié (par le gynécologue dans 100% des cas). Une majorité des 25-44 ans n'ont pas non plus eu recours à cet acte et pour les 15,63% l'ayant fait, 80% l'ont fait faire par le gynécologue et 60% par le médecin généraliste. En

ce qui concerne les patientes de 45 ans et plus, aucune n'a déjà bénéficié de pose ou de retrait d'implant contraceptif sous cutané.

Il y a une différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de pose ou d'implant contraceptif sous cutané chez les patientes en fonction de leur âge (p-value = 0,01), elles sont plus nombreuses à en avoir bénéficié avant 45 ans (versus aucune après 45 ans). En revanche il n'y a pas de différence statistiquement significative dans le choix du praticien réalisant cet acte (p-value = 0,5).

- Selon la situation familiale

	Oui	Non
Célibataire (n=9)	n=1 (11,11%)	n=8 (88,89%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=55)	n=6 (10,91%)	n=49 (89,09%)
Séparée/divorcée (n=9)	n=0 (0%)	n=9 (100%)
Veuve (n=8)	n=0 (0%)	n=8 (100%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage- femme
Célibataire (n=1)	n=0 (0%)	n=1 (100%)	n=0 (0%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=6)	n=3 (50%)	n=5 (83,33%)	n=0 (0%)
Séparée/divorcée (n=0)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
Veuve (n=0)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)

L'intégralité des patientes séparées, divorcées ou veuve n'ont jamais eu d'implant contraceptif sous cutané. La majorité des célibataires (88,89%) et des femmes en couple sont dans ce même cas. Il y a une patiente célibataire qui a déjà bénéficié de la pose ou du retrait d'implant contraceptif sous cutané, et l'a fait chez le gynécologue. De plus, 10,91% des femmes en couple (mariées, pacsées ou en concubinage) qui ont déjà bénéficié de cet acte, et l'ont réalisé chez le gynécologue (pour 83,33% d'entre elles), ou chez le médecin généraliste (pour 50% d'entre elles).

Il n'existe pas de différence statistiquement significative ni dans la réalisation ou non de pose ou de retrait d'implant contraceptif sous cutané chez les patientes en fonction de leur situation familiale (p-value = 0,92), ni dans le choix du praticien qui réalisera cet acte (p-value = 1).

- Selon le niveau scolaire

	Oui	Non
Brevet – BEP/CAP (n=16)	n=2 (12,5%)	n=13 (81,25%)
BAC PRO – BAC et + (n=21)	n=2 (9,52%)	n=19 (90,48%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Brevet – BEP/CAP (n=2)	n=1 (50%)	n=1 (50%)	n=0 (0%)
BAC PRO – BAC et + (n=2)	n=0 (0%)	n=2 (100%)	n=0 (0%)

La majorité des femmes n'ont pas bénéficié de la pose ou du retrait d'implant contraceptif sous cutané quel que soit leur niveau scolaire (81,25% pour le niveau Brevet, BEP, CAP ; 90,48% pour le niveau BAC et plus). Pour les 12,5% de patiente niveau Brevet, BEP, CAP qui ont déjà bénéficié de cet acte, la moitié l'ont fait chez le gynéco et l'autre moitié chez le médecin généraliste. En ce qui concerne les 9,52% de patiente ayant un niveau BAC et plus, toutes ont eu recours au gynécologue pour la réalisation de cet acte.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané chez les patientes quel que soit le niveau scolaire (p-value = 1). De même il n'y a pas de différence statistiquement significative dans le choix du praticien réalisant l'acte chez les patientes en ayant bénéficié (p-value = 1).

- Selon l'activité professionnelle

	Oui	Non
Oui (n=47)	n=5 (10,64%)	n=42 (89,36%)
Non (n=32)	n=2 (6,25%)	n=27 (84,37%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Oui (n=5)	n=2 (40%)	n=4 (80%)	n=0 (0%)
Non (n=2)	n=1 (50%)	n=2 (100%)	n=0 (0%)

La majorité des patientes n'ont pas bénéficié de pose ou retrait d'implant contraceptif sous cutané qu'elles travaillent ou non (89,36% des femmes qui travaillent et 84,37% de celles qui n'ont pas d'activité). Chez les 10,64% des femmes qui travaillent ayant bénéficié de cet acte, 80% ont déjà réalisé cet acte chez le gynécologue et 40% chez le médecin généraliste. En ce qui concerne les 6,25% des femmes qui n'ont pas d'activité professionnelle ayant déjà bénéficié de la pose ou du retrait d'implant contraceptif sous cutané, la totalité l'a déjà réalisé chez le gynécologue et la moitié chez le médecin généraliste.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de pose ou retrait d'implant sous cutané chez les patientes en fonction de l'activité professionnelle (p-value = 0,70) ; il n'y en a pas non plus dans le choix du praticien réalisant l'acte (p-value = 1).

c) Examen clinique gynécologique

- Dans l'ensemble (n=81)

Oui	n=70 (86,42%)
Non	n=10 (12,35%)

Médecin généraliste	n=31 (44,29%)
Gynécologue	n=48 (68,57%)
Sage-femme	n=0 (0%)

Parmi les femmes qui ont répondu au « questionnaire patiente », 86,42% ont déjà eu un examen clinique gynécologique. Pour un peu plus de la moitié de ces dernières (68,57%) cet acte a été réalisé par le gynécologue, et dans 44,29% des cas par le médecin généraliste. Il y a cependant 12,35% des patientes qui n'ont jamais eu d'examen clinique gynécologique.

- Selon le département

	Oui	Non
21 (n=20)	n=17 (85%)	n=2 (10%)
71 (n=27)	n=24 (88,89%)	n=3 (11,11%)
58 (n=19)	n=16 (84,21%)	n=3 (15,79%)
89 (n=15)	n=13 (86,67%)	n=2 (13,33%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
21 (n=17)	n=3 (17,65%)	n=13 (76,47%)	n=0 (0%)
71 (n=24)	n=15 (62,5%)	n=14 (58,33%)	n=0 (0%)
58 (n=16)	n=9 (56,25%)	n=10 (62,5%)	n=0 (0%)
89 (n=13)	n=4 (30,77%)	n=11 (84,62%)	n=0 (0%)

La majorité des patientes de chaque département a déjà eu un examen clinique gynécologique. Sur les 85% des patientes de Côte d'Or, 76,47% ont déjà été examinées par le gynécologue et 17,65% par le généraliste. Parmi les 88,89% des patientes de Saône-et-Loire, 8,33% ont déjà été examinées par le gynécologue et 62,5% par le généraliste. Dans la Nièvre, les 84,21% des patientes ayant déjà bénéficié d'un examen clinique gynécologique ont déjà été examinées par le

gynécologue dans 62,5% des cas et par le médecin généraliste dans 56,25% des cas. Enfin, dans l'Yonne, sur les 86,67% de patientes ayant déjà bénéficié de cet acte, 84,62% ont été examinées par le gynécologue et 30,77% par le médecin généraliste. Il n'y a qu'une minorité de patiente qui n'a jamais eu d'examen clinique gynécologique : 10% en Côte d'Or, 11,11% en Saône-et-Loire, 15,79% dans la Nièvre et 13,33% dans l'Yonne.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la pratique de l'examen clinique gynécologique chez les patientes des quatre départements (p-value = 0,97), et pas non plus en ce qui concerne le choix du praticien ayant réalisé l'acte (p-value = 0,11).

- Selon l'âge

	Oui	Non
15-24 (n=6)	n=5 (83,33%)	n=1 (16,67%)
25-44 (n=32)	n=28 (87,5%)	n=4 (12,5%)
45-64 (n=29)	n=27 (93,1%)	n=1 (3,45%)
>65 (n=14)	n=10 (71,43%)	n=4 (28,57%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
15-24 (n=5)	n=2 (40%)	n=3 (60%)	n=0 (0%)
25-44 (n=28)	n=15 (53,57%)	n=18 (64,29%)	n=0 (0%)
45-64 (n=27)	n=10 (37,04%)	n=19 (70,37%)	n=0 (0%)
>65 (n=10)	n=4 (40%)	n=8 (80%)	n=0 (0%)

Là encore, les patientes sont une majorité à avoir bénéficié d'un examen clinique gynécologique quel que soit leur âge. Sur les 83,33% des patientes de Côte d'Or, 60% ont déjà été examinées par le gynécologue et 40% par le généraliste. Chez les 87,5% des patientes de Saône-et-Loire, 64,29% ont déjà été examinées par le gynécologue et 53,57% par le médecin généraliste. Dans la Nièvre, les 93,1% des patientes disent avoir bénéficié de cet acte dans 70,37% des cas chez le

gynécologue et par le médecin généraliste dans 37,04% des cas. Enfin dans l'Yonne, les 71,43% des patientes, 80% ont déjà été examinées par le gynécologue et 40% par le médecin généraliste.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative, ni dans la pratique ou non de l'examen gynécologique en fonction de l'âge des patientes (p-value = 0,10), ni dans le choix du praticien qui réalise cet acte (p-value = 0,83).

- Selon la situation familiale

	Oui	Non
Célibataire (n=9)	n=8 (88,89%)	n=1 (11,11%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=55)	n=48 (87,27%)	n=6 (10,91%)
Séparée/divorcée (n=9)	n=9 (100%)	n=0 (0%)
Veuve (n=8)	n=5 (62,5%)	n=3 (37,5%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Célibataire (n=8)	n=6 (75%)	n=2 (25%)	n=0 (0%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=48)	n=20 (41,67%)	n=37 (77,08%)	n=0 (0%)
Séparée/divorcée (n=9)	n=1 (11,11%)	n=7 (77,78%)	n=0 (0%)
Veuve (n=5)	n=4 (80%)	n=2 (40%)	n=0 (0%)

Les femmes interrogées ont déjà bénéficié d'un examen clinique gynécologique quel que soit leur situation familiale : 88,89% des femmes célibataires (acte réalisé par le gynécologue dans 25% des cas et le médecin généraliste dans 75% des cas), 87,27% des femmes en couple (77,08% ont choisi le gynécologue et 41,67% le médecin généraliste), l'ensemble des femmes séparées et divorcées (77,78% ont déjà été examinées par le gynécologue et 11,11% par le médecin généraliste), et 62,5% des veuves (praticien dans 40% des cas par le gynécologue et 80% des cas par le médecin généraliste). Certaines femmes n'ont jamais eu d'examen clinique gynécologique : 11,11% des célibataires, 10,91% des femmes en couples, et 37,5% des femmes veuves.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la pratique ou non de l'examen clinique gynécologique entre les patientes en fonction de leur situation familiale (p-value = 0,12). En revanche il y a une différence statistiquement significative dans le choix du praticien réalisant cet acte en fonction de la situation familiale des patientes (p-value = 0,025) : les patientes célibataires et veuves ont plus recours au médecin généraliste pour la réalisation de l'examen clinique gynécologique alors que les femmes en couple ou séparées et divorcées se tournent majoritairement vers le gynécologue.

- Selon le niveau scolaire

	Oui	Non
Brevet – BEP/CAP (n=16)	n=12 (75%)	n=3 (18,75%)
BAC PRO – BAC et + (n=21)	n=19 (90,48%)	n=2 (9,52%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Brevet – BEP/CAP (n=12)	n=7 (58,33%)	n=5 (41,67%)	n=0 (0%)
BAC PRO – BAC et + (n=19)	n=8 (42,11%)	n=12 (63,16%)	n=0 (0%)

Quel que soit le niveau scolaire les femmes sont une majorité à avoir bénéficié d'un examen clinique gynécologique. Parmi les 75% d'entre elles ayant un niveau Brevet/BEP/CAP, 58,33% ont déjà été examinées par le médecin généraliste et 41,67% par le gynécologue. Sur les 90,48% de cette même population ayant un niveau BAC et plus, 63,16% ont déjà été examinées par le gynécologue et 42,11% par le médecin généraliste. Enfin, 18,75% des patientes de niveau Brevet/BEP/CAP et 9,52% des patientes niveau BAC et plus ont répondu ne jamais avoir eu d'examen clinique gynécologique.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la pratique ou non d'examen clinique gynécologique chez les patientes en fonction de leur niveau scolaire (p-value =

0,63). Aucune différence non plus concernant le choix des praticiens dans la pratique de cet acte (p-value = 0,47).

- Selon l'activité professionnelle

	Oui	Non
Oui (n=47)	n=45 (95,74%)	n=2 (4,26%)
Non (n=32)	n=22 (68,75%)	n=7 (21,88%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Oui (n=45)	n=16 (35,56%)	n=33 (73,33%)	n=0 (0%)
Non (n=22)	n=12 (54,55%)	n=13 (59,09%)	n=0 (0%)

Les patientes qui travaillent sont 4,26% à ne jamais avoir eu d'examen clinique gynécologique. Sur les 95,74% en ayant déjà bénéficié, 73,33% d'entre elles ont déjà été examiné par le gynécologue et 35,56% par le médecin généraliste. En ce qui concerne les patientes qui n'ont pas d'activité professionnelle, 21,88% n'ont jamais bénéficié d'examen clinique gynécologique, contre 68,75% qui en ont déjà eu un (dans 59,09% des cas par le gynécologue et dans 54,55% des cas par le médecin généraliste).

Il existe une différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de l'examen clinique gynécologique en fonction de l'activité professionnelle des patientes (p-value = 0.02) : les patientes qui travaillent sont plus nombreuses à avoir eu un examen clinique gynécologique. En revanche il n'existe pas de différence statistiquement significative dans le choix du praticien qui réalise cet acte (p-value = 0,22).

d) Prescription d'une première contraception

- Dans l'ensemble (n=81)

Oui	n=70 (86,42%)
Non	n=9 (11,11%)

Médecin généraliste	n=37 (52,86%)
Gynécologue	n=34 (48,57%)
Sage-femme	n=0 (0%)

86,42% des patientes interrogées ont déjà une prescription de contraception. Parmi elles, 52,86% l'ont fait chez le gynécologue et 48,57% par le gynécologue. Il n'y a que 11,11% qui n'ont jamais eu de prescription de première contraception.

- Selon le département

	Oui	Non
21 (n=20)	n=18 (90%)	n=2 (10%)
71 (n=27)	n=25 (92,59%)	n=2 (7,41%)
58 (n=19)	n=16 (84,21%)	n=2 (10,53%)
89 (n=15)	n=11 (73,33%)	n=3 (20%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
21 (n=18)	n=6 (33,33%)	n=12 (66,67%)	n=0 (0%)
71 (n=25)	n=16 (64%)	n=10 (40%)	n=0 (0%)
58 (n=16)	n=8 (50%)	n=8 (50%)	n=0 (0%)
89 (n=11)	n=7 (63,64%)	n=4 (36,36%)	n=0 (0%)

Une grande majorité de patientes a déjà eu une prescription de contraception, 90% en Côte d'Or (66,67% d'entre elles par le gynécologue et 33,33% par le médecin généraliste), 92,59% en Saône-et-Loire (40% d'entre elles par le gynécologue et 64% chez le médecin généraliste), 84,21% dans la Nièvre (avec un rapport 50/50 entre le gynécologue et le médecin généraliste)

chez ces patientes), et enfin 73,33% dans l'Yonne (36,36% d'entre elles par le gynécologue et 63,64% par le médecin généraliste).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative ni dans la réalisation ou non de prescription d'une première contraception pour les patientes dans les quatre départements (p-value = 0,63), ni dans le choix du praticien qui réalisa cet acte (p-value = 0,26).

- Selon l'âge

	Oui	Non
15-24 (n=6)	n=6 (100%)	n=0 (0%)
25-44 (n=32)	n=30 (93,75%)	n=2 (6,25%)
45-64 (n=29)	n=24 (82,76%)	n=4 (13,79%)
>65 (n=14)	n=10 (71,43%)	n=3 (21,43%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage- femme
15-24 (n=6)	n=5 (83,33%)	n=1 (16,67%)	n=0 (0%)
25-44 (n=30)	n=16 (53,33%)	n=14 (46,67%)	n=0 (0%)
45-64 (n=24)	n=11 (45,83%)	n=13 (54,17%)	n=0 (0%)
>65 (n=10)	n=5 (50%)	n=5 (50%)	n=0 (0%)

La grande majorité des patientes a déjà eu une prescription de contraception quel que soit leur âge. Chez les 15-24 ans, la totalité a déjà bénéficié de cette prescription, dans 83,33% des cas par le médecin généraliste et dans 16,67% des cas par le gynécologue. Les 25-44 ans sont 93,75% à avoir eu une prescription de première contraception : par le généraliste dans un peu plus de la moitié des cas (53,33%) et par les gynécologues dans 46,67% des cas. 82,76% des

45-64 ans ont déjà bénéficié d'une prescription de première contraception : pour 54,17% d'entre elles elle a été réalisée par le gynécologue, et par le médecin généraliste pour 45,83% d'entre elles. Enfin les plus de 65 ans sont 71,43% à avoir eu une prescription de première contraception (avec un rapport 50/50 quant au choix du praticien entre le gynécologue et le médecin généraliste).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non d'une prescription de première contraception chez les patientes en fonction de leur âge (p-value = 0,33), et pas de différence non plus dans le choix du praticien réalisant l'acte (p-value = 0,45).

- Selon la situation familiale

	Oui	Non
Célibataire (n=9)	n=8 (88,89%)	n=1 (11,11%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=55)	n=47 (85,45%)	n=6 (10,91%)
Séparée/divorcée (n=9)	n=9 (100%)	n=0 (0%)
Veuve (n=8)	n=6 (75%)	n=2 (25%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Célibataire (n=8)	n=5 (62,5%)	n=3 (37,5%)	n=0 (0%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=47)	n=24 (51,06%)	n=24 (51,06%)	n=0 (0%)
Séparée/divorcée (n=9)	n=4 (44,44%)	n=5 (55,56%)	n=0 (0%)
Veuve (n=6)	n=4 (66,67%)	n=2 (33,33%)	n=0 (0%)

Il y a là encore cette majorité de patiente ayant bénéficié d'une prescription de première contraception quel que soit l'âge. Sur les 88,89% de célibataires qui en ont bénéficié, elles ont choisi le gynécologue pour 37,5% des cas et le médecin généraliste dans 62,5% des cas. Pour ce qui est des femmes mariées, pacsées ou en concubinage, elles sont 85,45% à avoir bénéficié d'une prescription de première contraception, parmi lesquelles 55,56% l'ont fait par le gynécologue et 44,44% par le médecin généraliste. Enfin, 75% des veuves ont déjà eu une première contraception, prescrite dans 33,33% des cas par le gynécologue et dans 66,67% des

cas par le médecin généraliste. Il n'y a que 11,11% des célibataires, 10,91% des femmes en couple, et 25% des veuves à ne jamais avoir eu de prescription de première contraception.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la prescription ou non d'une première contraception chez les patientes en fonction de leur situation familiale (p-value = 0,41), et pas non plus en ce qui concerne le choix du praticien réalisant cette première prescription (p-value = 0,81).

- Selon le niveau scolaire

	Oui	Non
Brevet – BEP/CAP (n=16)	n=12 (75%)	n=3 (18,75%)
BAC PRO – BAC et + (n=21)	n=20 (95,24%)	n=1 (4,76%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage- femme
Brevet – BEP/CAP (n=12)	n=8 (66,67%)	n=4 (33,33%)	n=0 (0%)
BAC PRO – BAC et + (n=20)	n=11 (55%)	n=9 (45%)	n=0 (0%)

75% des patientes ayant un niveau Brevet/BEP/CAP ont déjà eu une prescription de première contraception, par le médecin généraliste dans 66,67% d'entre elles et par le gynécologue pour 33,33% d'entre elles. Elles sont 95,24% des patientes ayant le niveau BAC et plus à avoir eu une prescription de première contraception, dans 55% des cas par le médecin généraliste et dans 45% des cas par le gynécologue. Seulement 18,75% des patientes niveau Brevet/BEP/CAP et 4,76% des patientes niveau BAC et plus n'ont jamais eu de prescription de première contraception.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la prescription ou non d'une première contraception pour les patientes en fonction de leur niveau scolaire (p-value = 0,29), ni de différence statistiquement significative dans le choix du praticien pour la réalisation de cet acte (p-value = 0,71).

- Selon l'activité professionnelle

	Oui	Non
Oui (n=47)	n=44 (93,62%)	n=3 (6,38%)
Non (n=32)	n=22 (68,75%)	n=6 (18,75%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Oui (n=44)	n=21 (47,73%)	n=23 (52,27%)	n=0 (0%)
Non (n=22)	n=12 (54,55%)	n=10 (45,45%)	n=0 (0%)

Les femmes ayant une activité professionnelle ou non ont là aussi majoritairement bénéficié de la prescription d'une première contraception (respectivement 93,62% et 68,75%) et une minorité (respectivement 6,38% et 18,75%) n'en ont jamais eu. En ce qui concerne les femmes qui travaillent et qui ont déjà eu une prescription de première contraception, elles ont consulté le gynécologue dans 52,27% des cas et le médecin généraliste dans 47,73% des cas. Celles qui n'ont pas d'activité professionnelle ont consulté le gynécologue pour 45,45% d'entre elles et le médecin généraliste dans 54,55% des cas.

Il n'a pas de différence statistiquement significative dans la prescription ou non d'une première contraception pour les patientes interrogées en fonction de la présence ou non d'une activité professionnelle (p-value = 0,07), ni dans le choix du praticien réalisant l'acte (p-value = 0,79).

e) Frottis cervico-vaginal (FCV)

- Dans l'ensemble (n=81)

Oui	n=71 (87,65%)
Non	n=8 (9,88%)

Médecin généraliste	n=20 (28,16%)
Gynécologue	n=55 (77,46%)
Sage-femme	n=2 (2,82%)

87,65% des patientes ont déjà bénéficié d'un FCV, pour 28,16% d'entre elles cet acte a déjà été pratiqué par le médecin généraliste, 77,46% par le gynécologue et 2,82% par la sage-femme. En revanche, 9,88% des patientes interrogées n'ont jamais eu de FCV.

- Selon le département

	Oui	Non			
21 (n=20)	n=20 (100%)	n=0 (0%)			
71 (n=27)	n=23 (85,19%)	n=3 (11,11%)			
58 (n=19)	n=16 (84,21%)	n=3 (15,79%)			
89 (n=15)	n=12 (80%)	n=2 (13,33%)			
	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme		
21 (n=20)	n=5 (25%)	n=17 (85%)	n=0 (0%)		
71 (n=23)	n=11 (47,83%)	n=15 (65,22%)	n=0 (0%)		
58 (n=16)	n=3 (18,75%)	n=14 (87,5%)	n=2 (12,5%)		
89 (n=12)	n=1 (8,33%)	n=9 (75%)	n=0 (0%)		

La totalité des patientes de Côte d'Or ont déjà eu un FCV, dans 85% des cas par le gynéco et 25% par le médecin généraliste. En Saône-et-Loire elles sont 11,11% à ne jamais avoir eu de FCV et 85,19% à en avoir déjà fait un, par le gynécologue dans 65,22% des cas et par le médecin généraliste dans 47,83% des cas. Dans la Nièvre, 15,79% des patientes n'ont jamais eu de FCV, et parmi les 84,21% à en avoir bénéficié, cet acte a été réalisé par le gynécologue pour 87,5% d'entre elles, par le médecin généraliste pour 18,75% d'entre elles, et par la sage-femme pour 12,5% d'entre elles. Enfin, 13,33% des patientes de l'Yonne n'ont pas eu de FCV, et dans les 80% des patientes en ayant déjà eu, 75% l'ont déjà fait chez le gynécologue et 8,33% chez le médecin généraliste.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de FCV entre les patientes dans les quatre départements (p-value = 0,27), et pas non plus dans le choix du médecin réalisant cet acte (p-value 0,10).

- Selon l'âge

	Oui	Non
15-24 (n=6)	n=3 (50%)	n=2 (33,33%)
25-44 (n=32)	n=25 (78,13%)	n=3 (9,38%)
45-64 (n=29)	n=15 (51,72%)	n=1 (3,45%)
>65 (n=14)	n=12 (85,71%)	n=2 (14,29%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
15-24 (n=3)	n=0 (0%)	n=3 (100%)	n=0 (0%)
25-44 (n=25)	n=11 (44%)	n=20 (80%)	n=2 (8%)
45-64 (n=15)	n=9 (60%)	n=15 (100%)	n=0 (0%)
>65 (n=12)	n=0 (0%)	n=12 (100%)	n=0 (0%)

La moitié des patientes entre 15 et 24 ans ont déjà bénéficié d'un FCV (par le gynécologue dans 100% des cas), et un tiers (33,33% n'en a jamais eu. Chez les patientes âgées de 25 à 44 ans,

elles sont 9,38% à ne jamais avoir eu de FCV, et 78,13% qui en ont déjà eu un (dans 80% des cas par le gynécologue, 44% des cas par le médecin généraliste, et 8% par la sage-femme). En ce qui concerne les patientes de 45 à 64 ans, 3,45% n'ont jamais bénéficié de FCV contre 51,72% qui en ont déjà eu un (parmi elles 100% l'ont déjà fait chez le gynécologue et 60% chez le généraliste). Enfin, les patientes de plus de 65 ans sont 14,29% à ne jamais avoir eu de FCV et 85,71% à en avoir déjà eu (la totalité par le gynécologue).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative ni dans la réalisation ou non de FCV entre les patientes en fonction de leur âge (p-value = 0,28), ni dans le choix du praticien réalisant l'acte (p-value = 0,06).

- Selon la situation familiale

	Oui	Non
Célibataire (n=9)	n=6 (66,67%)	n=2 (22,22%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=55)	n=51 (92,73%)	n=4 (7,27%)
Séparée/divorcée (n=9)	n=9 (100%)	n=0 (0%)
Veuve (n=8)	n=6 (75%)	n=2 (25%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Célibataire (n=6)	n=3 (50%)	n=3 (50%)	n=0 (0%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=51)	n=14 (27,45%)	n=41 (80,39%)	n=2 (3,92%)
Séparée/divorcée (n=9)	n=1 (11,11%)	n=7 (77,78%)	n=0 (0%)
Veuve (n=6)	n=2 (33,33%)	n=4 (66,67%)	n=0 (0%)

Les patientes célibataires sont 22,22% à ne jamais avoir eu de FCV, et 66,67% à en avoir déjà eu un (avec un rapport 50/50 dans le choix du praticien entre le gynécologue et médecin généraliste). Les patientes mariées, pacsées ou en concubinage sont 7,27% à ne jamais avoir eu de FCV contre 92,73% à en avoir déjà eu, et elles ont déjà consulté le gynécologue pour 80,39% d'entre elles, le médecin généraliste pour 27,4% d'entre elles, et la sage-femme pour

3,92% d'entre elles. Les patientes séparées ou divorcées ont toutes eu un FCV, qu'elles ont fait faire dans 77,78% des cas par le gynécologue et 11,11% par le médecin généraliste. Enfin en ce qui concerne les veuves, 25% n'ont jamais eu de FCV, 75% en ont déjà eu, et parmi ces dernières, les deux tiers (66,67%) l'ont déjà fait par le gynécologue et le tiers (33,33%) par le médecin généraliste.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de FCV entre les patientes en fonction de leur situation familiale (p-value 0,12). Pas non plus de différence statistiquement significative dans le choix du praticien qui réalise cet acte (p-value = 0,71).

- Selon le niveau scolaire

	Oui	Non
Brevet – BEP/CAP (n=16)	n=12 (75%)	n=4 (25%)
BAC PRO – BAC et + (n=21)	n=19 (90,48%)	n=2 (9,52%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Brevet – BEP/CAP (n=12)	n=8 (66,67%)	n=7 (58,33%)	n=0 (0%)
BAC PRO – BAC et + (n=19)	n=5 (26,32%)	n=15 (78,95%)	n=0 (0%)

Les trois quart des patientes de niveau Brevet/BEP/CAP ont déjà eu un FCV (58,33% ont déjà eu un FCV par le gynécologue et 66,67% par le médecin généraliste), et un quart n'en ont jamais eu. Pour les patientes niveau BAC et plus, 9,52% n'ont jamais eu de FCV, et 90,48% en ont déjà eu un (par le gynécologue dans 78,95% des cas et le médecin généraliste dans 26,32% des cas).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne la réalisation ou non de FCV entre les patientes en fonction de leur niveau scolaire (p-value = 0,37), et pas de différence non plus dans le choix du praticien qui réalise cet acte (p-value = 0,16).

- Selon l'activité professionnelle

	Oui	Non
Oui (n=47)	n=45 (95,74%)	n=2 (4,26%)
Non (n=32)	n=23 (71,87%)	n=5 (15,63%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Oui (n=45)	n=13 (28,89%)	n=34 (75,56%)	n=2 (4,44%)
Non (n=23)	n=6 (26,09%)	n=19 (82,61%)	n=0 (0%)

Une grande majorité des patientes ayant une activité professionnelle (95,74%) ont déjà eu un FCV, parmi elles 75,56% ont déjà consulté le gynécologue pour réaliser cet acte, 28,89% le médecin généraliste, et 4,44% la sage-femme. Seulement 4,26% des femmes actives n'ont jamais eu de FCV. En ce qui concerne les patientes ne travaillant pas, 15,63% n'ont jamais eu de FCV, et 71,87% en ont déjà eu. Parmi ces dernière 82,61% l'ont déjà fait chez le gynécologue et 26,09% chez le médecin généraliste.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de FCV entre les patientes interrogées en fonction de leur situation professionnelle (p-value = 0,09), et pas non plus dans le choix du praticien qui réalise cet acte (p-value = 0,71).

f) Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse

- Dans l'ensemble (n=81)

Oui	n=14 (17,28%)
Non	n=66 (81,48%)

Médecin généraliste	n=1 (7,14%)
Gynécologue	n=11 (78,57%)
Sage-femme	n=4 (28,57%)

Parmi les patientes interrogées, une majorité n'ont jamais fait d'IVG médicamenteuse, et 17,28% ont déjà eu recours à cet acte. En ce qui concerne ces dernières, 78,57% ont eu recours au gynécologue, 28,57% à la sage-femme, et 7,14% au médecin généraliste.

- Selon le département

	Oui	Non	
21 (n=20)	n=4 (20%)	n=16 (80%)	
71 (n=27)	n=6 (22,22%)	n=21 (77,78%)	
58 (n=19)	n=2 (10,53%)	n=17 (89,47%)	
89 (n=15)	n=2 (13,33%)	n=13 (86,67%)	
	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
21 (n=4)	n=1 (25%)	n=2 (50%)	n=1 (25%)
71 (n=6)	n=0 (0%)	n=5 (83,33%)	n=1 (16,67%)
58 (n=2)	n=0 (0%)	n=2 (100%)	n=1 (50%)
89 (n=2)	n=0 (0%)	n=2 (100%)	n=1 (50%)

Les patientes de Côte d'Or sont 20% à avoir eu une IVG médicamenteuse, et l'ont faite chez le gynécologue pour la moitié d'entre elles, à 25% respectivement chez le médecin généraliste et la sage-femme. En Saône-et-Loire, elles sont 22,22% à déjà avoir eu recours à cet acte, et majoritairement par le gynécologue (83,33%) et à 16,67% par la sage-femme. Dans la Nièvre 10,53% des patientes ont déjà eu une IVG médicamenteuse et elles l'ont toutes faite chez le gynécologue (100%) et la sage-femme (50%). Enfin dans l'Yonne, 13,33% des patientes ont eu recours à cet acte et toutes ont fait appel au gynécologue et dans la moitié des cas à la sage-femme aussi.

Une grande majorité des patientes des quatre départements n'ont jamais réalisé d'IVG médicamenteuse (80% en Côte d'Or, 77,78% en Saône-et-Loire, 89,47% dans la Nièvre, 86,67% dans l'Yonne).

Il n'existe pas de différence statistiquement significative ni dans la réalisation ou non d'IVG médicamenteuse entre les patientes selon le département (p-value = 0,78), ni dans le choix du praticien réalisant l'acte (p-value = 0,88).

- Selon l'âge

	Oui	Non
15-24 (n=6)	n=0 (0%)	n=6 (100%)
25-44 (n=32)	n=6 (18,75%)	n=26 (81,25%)
45-64 (n=29)	n=7 (24,14%)	n=22 (75,86%)
>65 (n=14)	n=1 (7,14%)	n=12 (85,71%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
15-24 (n=0)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
25-44 (n=6)	n=1 (16,67%)	n=5 (83,33%)	n=0 (0%)
45-64 (n=7)	n=0 (0%)	n=5 (71,43%)	n=2 (28,57%)
>65 (n=1)	n=0 (0%)	n=1 (100%)	n=0 (0%)

Aucune patiente âgée de 15 à 24 ans n'a eu recours à l'IVG médicamenteuse. Chez les 25-44 ans elles sont 18,75% à avoir eu une IVG médicamenteuse, 83,33% par le gynécologue et 16,67% par le médecin généraliste. En ce qui concerne les 45-64 ans, elles sont 24,14% à avoir déjà bénéficié de cet acte, 71,43% par le gynécologue et 28,57% par la sage-femme. Enfin, seule une patiente de plus de 65 ans a déjà réalisé une IVG médicamenteuse et l'a faite chez son gynécologue.

Une majorité des patientes n'a jamais eu recours à l'IVG médicamenteuse : 100% des 15-24 ans, 81,25% des 25-44 ans, 75,86% des 45-64 ans, et 85,71% des plus de 65 ans.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non d'IVG médicamenteuse entre les patientes en fonction de leur âge (p-value = 0,5), ni de différence statistiquement significative concernant le choix du praticien réalisant l'acte (p-value = 0,58).

- Selon la situation familiale

	Oui	Non
Célibataire (n=9)	n=1 (11,11%)	n=8 (88,89%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=55)	n=9 (16,36%)	n=45 (81,82%)
Séparée/divorcée (n=9)	n=3 (33,33%)	n=6 (66,67%)
Veuve (n=8)	n=1 (12,5%)	n=7 (87,5%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Célibataire (n=1)	n=0 (0%)	n=1 (100%)	n=0 (0%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=9)	n=1 (11,11%)	n=7 (77,78%)	n=2 (22,22%)
Séparée/divorcée (n=3)	n=0 (0%)	n=2 (66,67%)	n=0 (0%)
Veuve (n=1)	n=0 (0%)	n=1 (100%)	n=0 (0%)

Parmi les célibataires, seule une patiente a déjà eu recours à l'IVG médicamenteuse et l'a faite chez le gynécologue. 16,36% des femmes en couple ont déjà eu une IVG médicamenteuse et ont eu recours à 77,78% au gynécologue, 11,11% au médecin généraliste et 22,22% à la sage-femme. Un tiers des femmes séparées ou divorcées ont déjà bénéficié d'une IVG, les deux tiers d'entre elles ont fait appel au gynécologue. Enfin, parmi les veuves, seule une patiente a déjà eu recours à l'IVG médicamenteuse, et l'a réalisé chez le gynécologue. Une grande majorité des patientes, en fonction de l'âge, n'a jamais eu recours à l'IVG médicamenteuse : 88,89% des célibataires, 81,82% des femmes en couple, deux tiers des patientes séparées ou divorcées, et 87,5% des patientes veuves.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non d'IVG médicamenteuse chez les patientes interrogées en fonction de leur situation familiale (p-value = 0,71). Il n'y a pas non plus de différence statistiquement significative dans le choix du praticien réalisant cet acte (p-value = 1).

- Selon le niveau scolaire

	Oui	Non
Brevet – BEP/CAP (n=16)	n=2 (12,5%)	n=13 (81,25%)
BAC PRO – BAC et + (n=21)	n=4 (19,05%)	n=17 (80,95%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage- femme
Brevet – BEP/CAP (n=2)	n=0 (0%)	n=1 (50%)	n=1 (50%)
BAC PRO – BAC et + (n=4)	n=1 (25%)	n=2 (50%)	n=0 (0%)

Seulement 12,5% des patientes de niveau Brevet/BEP/CAP, ont déjà eu recours à l'IVG médicamenteuse (avec un rapport 50/50 quant au praticien réalisant cet acte entre le

gynécologue et la sage-femme), et 19,05% des patientes ayant un niveau BAC et plus (la moitié ont fait appel au gynécologue et la quart au médecin généraliste). 81,25% des patientes au niveau Brevet/BEP/CAP, et 80,95% des patientes au niveau BAC et plus n'ont jamais eu d'IVG médicamenteuse.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non d'IVG médicamenteuse entre les patientes en fonction de leur niveau scolaire (p-value = 1), et pas non plus dans le choix du praticien pour réaliser cet acte (p-value = 1).

- Selon l'activité professionnelle

	Oui	Non
Oui (n=47)	n=8 (17,02%)	n=39 (82,98%)
Non (n=32)	n=5 (15,63%)	n=23 (71,87%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Oui (n=8)	n=1 (12,5%)	n=5 (62,5%)	n=1 (12,5%)
Non (n=5)	n=0 (0%)	n=5 (100%)	n=1 (20%)

17,02% des patientes qui travaillent ont déjà eu une IVG médicamenteuse, pour 62,5% des cas elle a été réalisée chez le gynécologue, dans 12,5% des cas respectivement chez le médecin généraliste et chez la sage-femme. Les patientes ne travaillant pas sont 15,63% à avoir eu recours à l'IVG médicamenteuse, toutes l'ont fait chez le gynécologue et aussi la sage-femme dans 20% des cas. En revanche elles sont 82,98% des femmes actives et 71,87% ne travaillant pas, à n'avoir jamais eu d'IVG médicamenteuse.

Il n'a pas de différence statistiquement significative ni dans la réalisation ou non de l'IVG médicamenteuse ente les patientes en fonction de l'activité professionnelle (p-value = 1), ni dans le choix du praticien réalisant l'acte (p-value = 1).

g) Suivi de grossesse et post-partum

- Dans l'ensemble (n=81)

Oui	n=50 (61,73%)
Non	n=21 (25,93%)

Médecin généraliste	n=15 (30%)
Gynécologue	n=43 (86%)
Sage-femme	n=15 (30%)

Plus de la moitié des femmes interrogées ont déjà bénéficié de consultation de suivi de grossesse et du post-partum (61,73%), la majorité par le gynécologue (86%), mais aussi 30% par, respectivement, le médecin généraliste et la sage-femme. 25,93% n'ont jamais eu de suivi de grossesse ou du post-partum.

- Selon le département

	Oui	Non
21 (n=20)	n=5 (25%)	n=6 (30%)
71 (n=27)	n=20 (74,07%)	n=7 (25,93%)
58 (n=19)	n=12 (63,16%)	n=6 (31,58%)
89 (n=15)	n=13 (86,67%)	n=2 (13,33%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
21 (n=5)	n=1 (20%)	n=5 (100%)	n=3 (60%)
71 (n=20)	n=8 (40%)	n=14 (70%)	n=4 (20%)
58 (n=12)	n=3 (25%)	n=7 (58,33%)	n=6 (50%)
89 (n=13)	n=3 (23,08%)	n=10 (76,92%)	n=2 (15,38%)

En Côte d'Or, 5% des patientes ont déjà bénéficié de consultation de suivi de grossesse ou du post-partum, pour 100% d'entre elles chez le gynécologue, 20% chez le médecin généraliste, 60% chez la sage-femme. 30% n'ont jamais bénéficié de cet acte.

En Saône-et-Loire, elles sont 74,07% à avoir déjà bénéficié de cette consultation, parmi elles 70% étaient chez le gynécologue, 40% chez le médecin généraliste, 20% chez la sage-femme. 25,93% des patientes de ce département n'ont jamais eu de consultation de suivi de grossesse ou du post-partum.

Dans la Nièvre, elles sont 63,16% à avoir eu recours à cet acte : 25% par le médecin généraliste, 58,33% par le gynécologue, et la moitié chez la sage-femme. 31,58% des patientes nivernaises n'ont jamais eu de consultation de suivi de grossesse et du post-partum.

Enfin, dans l'Yonne, une grande majorité (86,67%) des patientes ont déjà bénéficié de consultation de suivi de grossesse ou du post-partum. Parmi elles 76,92% par le gynécologue, 23,08% par le médecin généraliste, 15,38% par la sage-femme. Une minorité (13,33%), n'a jamais eu de consultation de suivi de grossesse ou de post-partum.

Il n'a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de consultation de suivi de grossesse ou du post-partum entre les patientes dans les quatre départements (p-value = 0,16), ni de différence statistiquement significative dans le choix du praticien pour la réalisation de cet acte (p-value= 0,56).

- Selon l'âge

	Oui	Non
15-24 (n=6)	n=1 (16,67%)	n=5 (83,33%)
25-44 (n=32)	n=24 (75%)	n=8 (25%)
45-64 (n=29)	n=24 (82,76%)	n=5 (17,24%)
>65 (n=14)	n=10 (71,43%)	n=3 (21,43%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
15-24 (n=1)	n=0 (0%)	n=1 (100%)	n=1 (100%)
25-44 (n=24)	n=4 (16,67%)	n=20 (83,33%)	n=12 (50%)
45-64 (n=24)	n=9 (37,5%)	n=16 (66,67%)	n=1 (4,17%)
>65 (n=10)	n=3 (30%)	n=7 (70%)	n=1 (10%)

Les patientes entre 15 et 24 ans sont une majorité (83,33%) à ne jamais avoir eu de consultation de suivi de grossesse ou de post-partum (une seule en a déjà eu et a été suivi par le gynécologue et la sage-femme). A l'inverse, les patientes entre 25 et plus de 65 ans sont une majorité à avoir déjà eu une consultation de suivi de grossesse et de post-partum. En effet, les 25-44 ans sont 75% à avoir déjà eu cette consultation (par le gynécologue dans 83,33% des cas, le médecin généraliste dans 16,67% des cas, et la sage-femme la moitié des cas). Pour les 45-64 ans, elles sont 82,76% à avoir déjà bénéficié de consultation de suivi de grossesse et de post-partum (66,67% par le gynécologue, 37,5% par le médecin généraliste, et 4,17% par la sage-femme). Enfin, les plus de 65 ans sont 71,43% à avoir été suivi pour la grossesse et le post-partum (pour 70% d'entre elles par le gynécologue, 30% par le médecin généraliste, et 10% par la sage-femme).

Elles sont une majorité des 15-24 ans à ne jamais avoir eu de suivi de grossesse ou de post-partum (83,33%), contre une minorité pour les autres patientes : 25% des 25-44 ans, 17,24% des 45-64 ans, et 21,43% des plus de 65 ans.

Cette différence dans la réalisation de consultation de suivi de grossesse ou de post-partum entre les patientes en fonction de l'âge est statistiquement significative (p-value = 0,02). De même, il y a une différence statistiquement significative dans le choix du praticien qui réalise cet acte (p-value = 0,02) : les patientes de moins de 25 ans choisissent en majorité le gynécologue, les autres patientes sont plus étalées (même si une certaine majorité penche vers le gynécologue).

- Selon la situation familiale

	Oui	Non
Célibataire (n=9)	n=1 (11,11%)	n=8 (88,89%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=55)	n=44 (80%)	n=10 (18,18%)
Séparée/divorcée (n=9)	n=7 (77,78%)	n=1 (11,11%)
Veuve (n=8)	n=6 (75%)	n=2 (25%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Célibataire (n=1)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=1 (100%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=44)	n=12 (27,27%)	n=33 (75%)	n=13 (29,55%)
Séparée/divorcée (n=7)	n=2 (28,57%)	n=7 (100%)	n=0 (0%)
Veuve (n=6)	n=2 (33,33%)	n=3 (50%)	n=1 (16,67%)

La majorité des femmes en couple (80%) ou séparées/divorcées (77,78%) ou veuves (75%) ont déjà été suivies pour la grossesse ou le post-partum. Pour les 80% des patientes en couple, 75% se font suivre par le gynécologue, 27,27% par le médecin généraliste et 29,55% par la sage-femme. Sur les 77,78% de femmes séparées ou divorcées, 100% ont été suivies par le gynécologue et 28,57% par le médecin généraliste. Enfin, les 75% de veuves ont été suivies à 50% par le gynécologue, un tiers par le médecin généraliste et 16,67% par la sage-femme. Une seule

patiente célibataire a eu un suivi de grossesse et du post-partum, et l'a fait exclusivement par la sage-femme.

Une majorité des patientes célibataires n'a donc pas eu de suivi de grossesse ou du post-partum, et à l'inverse seulement 18,18% des femmes en couples, 11,11% des femmes séparées ou divorcées, et 25% des veuves n'ont jamais eu de suivi de grossesse ou de post-partum.

Cette différence est statistiquement significative (p-value = 0,0002). En revanche, il n'y a pas de différence statistiquement significative dans le choix du praticien réalisant cet acte (p-value = 0,35).

- Selon le niveau scolaire

	Oui	Non
Brevet – BEP/CAP (n=16)	n=9 (56,25%)	n=6 (37,5%)
BAC PRO – BAC et + (n=21)	n=14 (66,67%)	n=6 (28,57%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Brevet – BEP/CAP (n=9)	n=5 (55,56%)	n=4 (44,44%)	n=0 (0%)
BAC PRO – BAC et + (n=14)	n=3 (21,43%)	n=13 (92,86%)	n=5 (35,71%)

Plus de la moitié des patientes de niveau Brevet/BEP/CAP ont déjà été suivies pour la grossesse et le post-partum (56,25%) et l'ont fait par le gynécologue (44,44%) et le médecin généraliste (55,56%). En revanche 37,5% n'ont jamais eu ce suivi. Parmi les patientes de niveau BAC et plus, les deux tiers ont déjà bénéficié de consultation de suivi de grossesse et de post-partum, et se sont fait suivre par le gynécologue en grande majorité (92,86%), la sage-femme (35,71%), et le médecin généraliste (21,43%). 28,57% n'ont jamais eu ce suivi.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la pratique de la consultation de suivi de grossesse ou post-partum entre les patientes en fonction de leur niveau scolaire (p-value = 0,72), ni de différence dans le choix du praticien réalisant ce suivi (p-value = 0,06).

- Selon l'activité professionnelle

	Oui	Non
Oui (n=47)	n=35 (74,47%)	n=11 (23,4%)
Non (n=32)	n=15 (46,87%)	n=8 (25%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Oui (n=35)	n=9 (25,71%)	n=29 (82,86%)	n=11 (31,43%)
Non (n=15)	n=5 (33,33%)	n=12 (80%)	n=3 (20%)

Les trois quart des patientes ayant une activité professionnelle (74,47%) ont déjà eu un suivi de grossesse ou de post-partum, contre 23,4% qui n'ont pas eu ce suivi. Parmi celles qui ont bénéficié de cet acte, 82,86% ont été suivi par le gynécologue, 25,71% par le médecin généraliste, et 31,43% par la sage-femme. En ce qui concerne les patientes qui ne travaillent pas, 46,87% ont déjà eu un suivi de grossesse ou de post-partum (80% par le gynécologue, un tiers par le médecin généraliste et 20% par la sage-femme), et un quart à ne jamais avoir un ce suivi.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation de la consultation du suivi de grossesse ou du post-partum entre les patientes en fonction de leur situation professionnelle (p-value = 0,40). Il n'y a pas non plus de différence statistiquement significative dans le choix du praticien pour la réalisation de ce suivi (p-value = 0,71).

h) Suivi de ménopause

- Dans l'ensemble (n=81)

Oui	n=33 (40,74%)
Non	n=48 (59,26%)

Médecin généraliste	n=17 (51,52%)
Gynécologue	n=22 (66,67%)
Sage-femme	n=1 (3,03%)

Parmi les patientes interrogées, 59,26% n'ont jamais bénéficié d'un suivi de ménopause, et 40,74% ont déjà eu ce suivi. Parmi elles, le suivi a été réalisé pour les deux tiers par le gynécologue, un peu plus de la moitié (51,52%) par le médecin généraliste, et 3,03% (large minorité) par la sage-femme.

- Selon le département

	Oui	Non
21 (n=20)	n=7 (35%)	n=13 (65%)
71 (n=27)	n=12 (44,44%)	n=15 (55,56%)
58 (n=19)	n=6 (31,58%)	n=13 (68,42%)
89 (n=15)	n=8 (53,33%)	n=7 (46,67%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
21 (n=7)	n=4 (57,14%)	n=4 (57,14%)	n=0 (0%)
71 (n=12)	n=7 (58,33%)	n=6 (50%)	n=1 (8,33%)
58 (n=6)	n=2 (33,33%)	n=4 (66,67%)	n=0 (0%)
89 (n=8)	n=4 (50%)	n=8 (100%)	n=0 (0%)

En Côte d'Or, 35% des patientes ont déjà bénéficié du suivi de ménopause (par le gynécologue et le médecin généraliste dans 57,14% chacun), et 65% n'ont jamais eu de consultation de suivi de ménopause.

En Saône et Loire, 55,56% des patientes n'ont pas eu de suivi de ménopause, et 44,44% des patientes l'ont eu. Par le gynécologue dans 50% des cas, par le médecin généraliste dans 58,33% des cas et pas la sage-femme pour 8,33% d'entre elles.

Dans la Nièvre, une majorité de patientes n'a jamais eu de consultation de suivi de ménopause (68,42%) contre 31,58% qui se sont déjà fait suivre pour la ménopause (les deux tiers par le gynécologue et l'autre tiers par le médecin généraliste).

Enfin, dans l'Yonne, 46,67% des patientes n'ont jamais encore été suivi pour la ménopause, et 53,33% l'ont déjà été, parmi lesquelles 100% se sont fait suivre par le gynécologue, et la moitié par le médecin généraliste.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de la consultation de suivi de ménopause entre les patientes des quatre départements (p-value = 0,58). Il n'y a pas non plus de différence statistiquement significative dans le choix du praticien réalisant cet acte (p-value = 0,84).

- Selon l'âge

	Oui	Non
15-24 (n=6)	n=0 (0%)	n=6 (100%)
25-44 (n=32)	n=1 (3,13%)	n=30 (93,75%)
45-64 (n=29)	n=20 (68,97%)	n=9 (31,03%)
>65 (n=14)	n=12 (85,71%)	n=2 (14,29%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
15-24 (n=0)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
25-44 (n=1)	n=0 (0%)	n=1 (100%)	n=1 (100%)
45-64 (n=20)	n=12 (60%)	n=11 (55%)	n=0 (0%)
>65 (n=12)	n=5 (41,67%)	n=10 (83,33%)	n=0 (0%)

Les patientes de moins de 25 ans ne seront pas abordées dans cette question car non concernées. En ce qui concerne les patientes de 25-44 ans, une seule a déjà bénéficié de suivi de ménopause et l'a fait par le gynécologue et la sage-femme. 68,97% des 45-64 ans ont déjà bénéficié de cette consultation, dans 55% des cas par le gynécologue et 60% par le médecin généraliste. Enfin, 85,71% des plus de 65 ans ont déjà eu un suivi de ménopause, la majorité (83,33%) par le gynécologue et 41,67% par le médecin généraliste.

Plus les patientes avancent en âge, plus elles ont bénéficié de consultation de suivi de ménopause. Il existe une différence statistiquement significative dans le choix du praticien qui réalise cet acte (p-value= 0,04) : les patientes de moins de 45 ans et de plus de 65 ans réalisent ce suivi très majoritairement par le gynécologue, quant aux 45-65 ans elles se font suivre de manière assez partagée entre le médecin généraliste et le gynécologue (respectivement 60% et 55%).

- Selon la situation familiale

	Oui	Non
Célibataire (n=9)	n=0 (0%)	n=9 (100%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=55)	n=22 (40%)	n=33 (60%)
Séparée/divorcée (n=9)	n=5 (55,56%)	n=4 (44,44%)
Veuve (n=8)	n=6 (75%)	n=2 (25%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Célibataire (n=0)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=22)	n=11 (50%)	n=16 (72,73%)	n=1 (45,45%)
Séparée/divorcée (n=5)	n=3 (60%)	n=4 (80%)	n=0 (0%)
Veuve (n=6)	n=3 (50%)	n=2 (33,33%)	n=0 (0%)

Aucune femme célibataire n'a eu de suivi de ménopause, tout comme 60% des patientes en couple, 44,44% des femmes séparées ou divorcées et 25% des veuves. 40% des patientes en couple ont déjà bénéficié d'un suivi de ménopause (72,73% par le gynécologue, 50% par le médecin généraliste, 45,45% par la sage-femme). 55,56% des patientes séparées ou divorcées ont déjà eu ce suivi (80% par le gynécologue, 60% par le médecin généraliste. Enfin, les trois quart des veuves ont eu une consultation de suivi de ménopause (la moitié par le médecin généraliste, et un tiers par le gynécologue).

Il existe en effet une différence statistiquement significative dans la réalisation de suivi de ménopause chez les patientes en fonction de leur situation familiale (p-value = 0,007) puisque le questionnaire inclus les jeunes patientes qui ne sont pas encore concernées par ce phénomène physiologique.

En revanche il n'existe pas de différence statistiquement significative dans le choix du praticien réalisant cette consultation (p-value = 0,92).

- Selon le niveau scolaire

	Oui	Non
Brevet – BEP/CAP (n=16)	n=7 (43,75%)	n=9 (56,25%)
BAC PRO – BAC et + (n=21)	n=5 (23,81%)	n=16 (76,19%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Brevet – BEP/CAP (n=7)	n=5 (71,43%)	n=3 (42,86%)	n=0 (0%)
BAC PRO – BAC et + (n=5)	n=0 (0%)	n=5 (100%)	n=1 (20%)

Les patientes de niveau Brevet/BEP/CAP sont 56,25% à ne pas avoir eu de suivi de ménopause et 43,75% à avoir déjà bénéficié de ce suivi (42,86% par le gynécologue et 71,43% par le médecin généraliste. En ce qui concerne les patientes de niveau BAC et plus, 76,19% n'ont jamais été suivi pour la ménopause et 23,81% l'ont été (la totalité par le gynécologue mais aussi 20% par la sage-femme).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la réalisation ou non de consultation de suivi de ménopause entre les patientes en fonction de leur niveau scolaire (p-value = 0,29), en revanche il existe une différence statistiquement significative dans le choix du praticien qui réalise cet acte (p-value = 0,04) : les patientes de niveau Brevet/BEP/CAP qui ont déjà eu une consultation de suivi de ménopause sont 71,43% à se faire suivre par le médecin généraliste, contre aucune patiente de niveau BAC qui se font suivre exclusivement par le gynécologue (et aussi 20% par la sage-femme).

- Selon l'activité professionnelle

	Oui	Non
Oui (n=47)	n=12 (25,53%)	n=35 (74,47%)
Non (n=32)	n=18 (56,25%)	n=11 (34,37%)

	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme
Oui (n=12)	n=6 (50%)	n=9 (75%)	n=1 (8,33%)
Non (n=18)	n=8 (44,44%)	n=11 (61,11%)	n=0 (0%)

Les patiente qui n'ont pas d'activité professionnelle sont plus nombreuses à avoir eu un suivi de ménopause (56,25%) contre 25,53% des patientes ayant une activité professionnelle (**différence statistiquement significative avec une p-value = 0.003**). Parmi les 25,53% des patientes en activité ayant déjà eu une consultation de suivi de ménopause, les trois quart ont été suivi par le gynécologue, la moitié par le médecin généraliste et 8,33% par la sage-femme. En ce qui concerne les 56,25% de patientes qui ne travaillent pas ayant déjà eu un suivi de ménopause, 61,11% ont été suivi par le gynécologue et 44,44% par le médecin généraliste. **Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans le choix du praticien qui réalise cet acte (p-value = 0,72).**

3) **Préférence de suivi des patientes par un médecin homme/femme/indifférent**

a) Dans l'ensemble (n=81)

Médecin femme	n=26 (32,1%)
Médecin homme	n=6 (7,41%)
Indifférent	n=49 (60,49%)

Parmi les patientes interrogées dans cette étude, 32,1% ont une préférence pour être suivies par un médecin femme, 7,41% par un médecin homme, et 60,49% sont indifférentes à ce choix.

b) Selon le département

	Femme	Homme	Indifférent
21 (n=20)	n=11 (55%)	n=1 (5%)	n=6 (30%)
71 (n=27)	n=8 (29,63%)	n=3 (11,11%)	n=16 (59,26%)
58 (n=19)	n=4 (21,05%)	n=1 (5,26%)	n=14 (73,68%)
89 (n=15)	n=2 (13,33%)	n=1 (6,67%)	n=12 (80%)

En Côte d'Or, 55% des patientes préfèrent être suivi par un médecin femme, 5% par un médecin homme, 30% sont indifférentes à ce choix. En Saône-et-Loire, 29,63% des patientes préfèrent être suivi par un médecin femme, 11,11% par un médecin homme, 59,26% sont indifférentes à ce choix. Dans la Nièvre, 21,05% des patientes préfèrent être suivi par un médecin femme, 5,26% par un médecin homme, 73,68% sont indifférentes à ce choix. Dans l'Yonne, 13,33% des patientes préfèrent être suivi par un médecin femme, 6,67% par un médecin homme, 80% sont indifférentes à ce choix.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans les préférences de suivi des patientes entre les quatre départements (p-value = 0,06).

c) Selon l'âge

	Femme	Homme	Indifférent
15-24 (n=6)	n=5 (83,33%)	n=0 (0%)	n=1 (16,67%)
25-44 (n=32)	n=8 (25%)	n=1 (3,13%)	n=22 (68,75%)
45-64 (n=29)	n=11 (37,93%)	n=4 (13,79%)	n=14 (48,28%)
>65 (n=14)	n=2 (14,29%)	n=0 (0%)	n=12 (85,71%)

Parmi les patientes entre 15-24 ans, 83,33% préfèrent être suivi par un médecin femme, aucune par un médecin homme, 16,67% sont indifférentes à ce choix. En ce qui concerne les patientes entre 25-44 ans, 25% préfèrent être suivi par un médecin femme, 3,13% par un médecin homme, 68,75% sont indifférentes à ce choix. Pour les patientes entre 45-54 ans, 37,93% préfèrent être suivi par un médecin femme, 13,79% par un médecin homme, 48,28% sont indifférentes à ce choix. Enfin, chez les patientes de plus de 65 ans, 14,29% préfèrent être suivi par un médecin femme, aucune par un médecin homme, 85,71% sont indifférentes à ce choix.

Il existe une différence statistiquement significative dans les préférences de suivi des patientes en fonction de leur âge (p-value = 0,02), en effet, les patientes de moins de 25

ans préfèrent majoritairement être suivies par un médecin femme, alors qu'après 25 ans les patientes sont plutôt indifférentes à ce choix.

d) Selon la situation familiale

	Femme	Homme	Indifférent
Célibataire (n=9)	n=5 (55,56%)	n=0 (0%)	n=4 (44,44%)
Mariée/pacsée/concubinage (n=55)	n=14 (25,45%)	n=3 (5,45%)	n=33 (60%)
Séparée/divorcée (n=9)	n=2 (22,22%)	n=3 (33,33%)	n=4 (44,44%)
Veuve (n=8)	n=4 (50%)	n=0 (0%)	n=4 (50%)

Parmi les patientes célibataires, 55,56% préfèrent être suivi par un médecin femme, aucune par un médecin homme, 44,44% sont indifférentes à ce choix. En ce concerne les patientes en couple, 25,45% préfèrent être suivi par un médecin femme, 5,45% par un médecin homme, 60% sont indifférentes à ce choix. Pour les femmes séparées ou divorcées, 22,22% préfèrent être suivi par un médecin femme, un tiers par un médecin homme, 44,44% sont indifférentes à ce choix. Enfin, chez les veuves, la moitié préfère être suivie par un médecin femme, aucune par un médecin homme, et l'autre moitié est indifférente à ce choix.

e) Selon le niveau scolaire

	Femme	Homme	Indifférent
Brevet – BEP/CAP (n=16)	n=4 (25%)	n=2 (12,5%)	n=10 (62,5%)
BAC PRO – BAC et + (n=21)	n=9 (42,86%)	n=0 (0%)	n=12 (57,14%)

En ce qui concerne les patientes de niveau Brevet/BEP/CAP, un quart préfèrent être suivi par un médecin femme, 12,5% par un médecin homme, 62,5% sont indifférentes à ce choix. Chez les patientes au niveau BAC et plus, 42,86% préfèrent être suivi par un médecin femme, aucune par un médecin homme, 57,14% sont indifférentes à ce choix.

Il n'a pas de différence statistiquement significative dans les préférences de suivi des patientes en fonction de leur niveau scolaire (p-value = 0,26).

f) Selon l'activité professionnelle

	Femme	Homme	Indifférent
Oui (n=47)	n=17 (36,17%)	n=3 (6,38%)	n=26 (55,32%)
Non (n=32)	n=6 (18,75%)	n=3 (9,38%)	n=22 (68,75%)

Parmi les patientes qui ont une activité professionnelle, 36,17% préfèrent être suivi par un médecin femme, 6,38% par un médecin homme, 55,32% sont indifférentes à ce choix.

Pour les patientes qui ne travaillent pas, 18,75% préfèrent être suivi par un médecin femme, 9,38% par un médecin homme, 68,75% sont indifférentes à ce choix.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans les préférences de suivi de patientes en fonction de leur situation professionnelle (p-value = 0,29).

4) Orientation des patientes vers le médecin généraliste dans l'avenir

	Oui	Non
Pose-retrait DIU	37 (45,68%)	29 (35,80%)
Pose-retrait implant contraceptif sous cutané	39 (48,15%)	25 (30,86%)
Examen clinique gynécologique	51 (62,96%)	20 (24,69%)
Prescription 1 ^{ère} contraception	55 (67,9%)	10 (12,35%)
réalisation FCV	51 (62,96%)	20 (24,69%)
Réalisation IVG médicamenteuse	28 (34,57%)	37 (45,68%)
Suivi de grossesse et post-partum	44 (54,32%)	22 (27,16%)
Suivi de ménopause	59 (72,84%)	13 (16,05%)

Pour un certain nombre de patientes, la possibilité de pratiquer certains de ces actes gynécologiques par le médecin généraliste leur était méconnue. Les patientes participant à cette étude ont donné leur avis quant à la demande de réalisation de ces actes à l'avenir auprès de leur médecin généraliste. Une petite partie des patientes n'ont pas répondu aux questions.

En ce qui concerne la pose ou retrait de DIU, 45,68% des patientes le feraient faire par leur médecin généraliste contre 35,80% qui ont répondu négativement.

Près de la moitié des patientes (48,15%) impliqueraient leur médecin généraliste dans la pose ou le retrait d'implant contraceptif sous cutané, et 30,86% ne le feraient pas faire par leur médecin généraliste.

62,96% des patientes s'orienteraient à l'avenir vers leur médecin généraliste pour la réalisation d'un examen clinique gynécologique, et 24,69% pensent que cela ne relève pas du médecin généraliste.

Pour la prescription d'une première contraception, elles sont 67,9% à faire confiance dans l'avenir à leur médecin généraliste, et une minorité ne le ferait pas faire par ce praticien (12,35%).

Pour 62,96% des patientes interrogées, elles seraient disposées dans l'avenir à réaliser leur FCV chez le médecin généraliste. 24,69% des patientes ne sont pas de cet avis.

Un peu moins de la moitié des patientes (45,68%) ne feraient pas réaliser l'IVG médicamenteuse par leur médecin généraliste, et 34,57% n'ont pas de problème à le faire faire par ce dernier.

Plus de la moitié des patientes (54,32%) feraient suivre à l'avenir leur grossesse ou leur post-partum par le médecin généraliste et 27,16% par un autre spécialiste.

Enfin, une majorité des patientes (72,84%) répondent qu'elles feront confiance en leur médecin généraliste pour le suivi de ménopause à l'avenir, et seulement 16,05% ne le feront pas.

DISCUSSION

Le travail réalisé est une étude descriptive quantitative, censée être représentative à la fois de la population médicale généraliste de Bourgogne, mais aussi de l'ensemble des patientes Bourguignonnes. La première faiblesse de cette étude est justement le manque de représentativité de ces deux populations, avec un taux de réponse côté médecins de 17,5% (21 répondants sur 120 médecins généralistes interrogés), et de 13,5% côté patientes (81 réponses sur 600 patientes interrogées).

Il est aussi à noter que le questionnaire a été diffusé début Février 2016 et que le retour devait être fait avant le 15 Mars 2016. Les médecins généralistes bourguignons avaient donc un peu

plus d'un mois pour répondre au questionnaire, proposer le questionnaires à cinq patientes, et retourner l'ensemble par voie postale dans une enveloppe déjà pré-timbrée envoyée avec les questionnaires. On peut penser que sur une période d'hiver, avec une charge de travail plus importante, les médecins généralistes avaient moins de temps pour répondre au questionnaire.

Tout au long de cette étude, quelques biais se sont interposés. Il y a le biais de sélection pour commencer. En effet, les médecins ont été choisis au hasard sur l'annuaire « Pages Jaunes » sur internet, le choix a été de prendre les vingt premiers médecins généralistes de la liste en fonction de chacun des départements de la région Bourgogne. Il y a eu beaucoup de non répondants, mais aussi quelques retours de questionnaires avec la mention « changement d'adresse » ou « médecin retraité ». Ainsi il aurait été plus judicieux de se baser sur une base de données plus fiable du type annuaire des médecins disponible au conseil de l'ordre départemental (pour chaque département) ou régional, ou encore sur la base des données de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé). Cela aurait peut-être permis de cibler une population médicale en activité, et d'avoir des coordonnées actuelles, mises à jour. Pour ce qui est de la sélection des patientes, cela a été dépendant du médecin généraliste répondant à l'étude, qui a choisi au hasard cinq de ses patientes pour répondre au « questionnaire patiente » distribué en cinq exemplaires à chacun des médecins interrogés dans cette étude.

Lors de l'élaboration du questionnaire, il y a eu un biais de classement. Ce biais ne s'est mis en évidence que lors de l'analyse des données. En effet, pour ce qui est du « questionnaire patiente », il n'y a pas eu de fourchette d'âge de patientes cibles donnée au médecin, et les patientes répondantes étaient assez dispersées selon l'âge (entre 15 ans et 86 ans). De plus, la question portant sur le niveau scolaire était une question ouverte, et peu de patientes ont répondu à cette question. Il aurait fallu, comme pour les autres questions de caractéristiques, insérer un choix de niveau scolaire pour plus de clarté pour la patiente. Elles ont, pour beaucoup d'entre elles, shunté la question pour passer à la suivante. Pour ce qui est, justement, de la question qui suivait, elle portait sur la situation familiale : célibataire ou mariée/pacsée/en concubinage ou séparée/divorcée ou veuve. Il n'est pas abordé ici le cas de la patiente en couple mais vivant seule. Enfin, concernant ce « questionnaire patiente », il n'y avait pas de limitation dans le temps concernant la pratique des divers actes gynécologiques. Peut-être aurait-il été plus judicieux de mettre une limite temporelle comme par exemple : « durant les dix dernières années, avez-vous déjà bénéficié de, si oui par quel praticien : médecin généraliste, gynécologue, sage-femme ? ».

Le biais de classement concernait aussi le « questionnaire médecin ». Les questions portant sur l'année de thèse et d'installation étaient ouvertes, alors qu'un choix simple « avant et après réforme de l'internat » par exemple aurait été plus judicieux pour l'interprétation des résultats en rapport avec ces caractéristiques par rapport à la réforme qui changeait le mode de formation de la médecine générale. Il aurait aussi été plus pertinent d'inclure d'emblée une fourchette de quantification de la réalisation des divers actes gynécologique dans la question interrogeant sur leur fréquence mensuelle (« jamais/ entre une et dix fois par mois/ plus de dix fois par mois » par

exemple). Cela aurait peut-être facilité les médecins généralistes dans leur choix, leur temps de réponse au questionnaire, et indirectement dans le taux de réponse à l'étude, mais aussi facilité dans l'interprétation des résultats.

Il existe aussi dans cette étude, un biais d'interprétation, qui touche surtout la population des patientes interrogées. Il y a quelques questions inadaptées dans le « questionnaire patiente ». La question portant sur le suivi de la ménopause est inadaptée à une certaine partie des femmes interrogées. Parmi les femmes de moins de 45 ans participant l'étude, seule une d'entre elles est suivie pour sa ménopause. Les autres femmes n'étaient pas concernées par cette problématique, et leur réponse négative a sans doute faussé la réalité du suivi de ménopause. Il aurait fallu cibler la population concernée (ce qui était impossible dans ce questionnaire). De plus, ce qui est tout aussi mal adapté, ce sont les questions de la dernière partie du « questionnaire patiente » interrogeant les patientes sur leur orientation vers le médecin généraliste à l'avenir concernant les divers actes gynécologiques proposés. Dans cette partie du questionnaire, les questions portant sur la pose ou le retrait d'un DIU, la pose ou le retrait de l'implant contraceptif sous-cutané, sur la prescription d'une contraception, la réalisation d'IVG médicamenteuse, et le suivi de grossesse dans l'avenir ne concerne plus les patientes ménopausées, donc une grande partie des patientes âgées de plus de 45 ans. Donc les réponses apportées ne permettent pas d'interpréter de façon fiable les résultats. Peut-être aurait-il fallu ajouter, en plus du « oui » et « non » dans les possibilités de réponse, « non concernée » pour n'interpréter que les données de la population concernée par l'acte en question.

Le mieux aurait été, concernant les patientes, de cibler un âge et des actes de gynécologie en accord avec cette fourchette d'âge pour limiter au maximum les biais, et de fixer une durée dans le temps pour la réalisation de ces actes.

Dans cette étude, il n'y avait pas de différence statistiquement représentative pour la pratique des divers actes gynécologique abordés (pose ou retrait de DIU, d'implant contraceptif sous-cutané, examen gynécologique, FCV, IVG médicamenteuse, prescription d'une première contraception, suivi de grossesse et du post-partum et suivi de ménopause) en fonction des diverses caractéristiques de ces praticiens, hormis pour la pose ou retrait d'implant sous-cutané contraceptif réalisé le plus souvent par des médecins généralistes femmes que hommes.

Dans sa thèse, Sabrina Dias a trouvé une différence significative dans l'activité de gynécologie selon le sexe du médecin 79,2% des femmes avaient une activité de gynécologie à plus de 10% de leur activité globale contre 18,4% des hommes. Les femmes réalisaient en moyenne 12,6% d'actes de gynécologie et les hommes 4,8% (53). Ces résultats sont en accord avec ceux de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal en Midi-Pyrénées en 2006 : 38 actes par mois de nature gynécologique chez les femmes contre 16 chez les hommes (54). Ils ne sont en revanche pas en conformité avec les résultats obtenus en Bretagne par Gwenola Levasseur : celle-ci ne retrouvait pas de différence significative entre le sexe du médecin et l'activité de gynécologie (55).

Gestes incontournables de l'examen gynécologique, la pose de spéculum et le toucher vaginal sont des gestes enseignés au cours de la formation des médecins généralistes. Leur pratique est limitée à certaines indications comme le suivi de grossesse, dépistage d'IST, réalisation des frottis de dépistage du cancer du col...et restent des outils diagnostiques auquel le médecin doit pouvoir avoir recours en cas de besoin. Sabrina Dias, dans sa thèse, a interrogé les médecins d'Île-de-France sur leur pratique ou non de ces gestes techniques dans leur cabinet : 74,5% d'entre eux pratiquaient ces gestes sans différence significative ni selon le sexe ni selon l'âge des médecins (53).

Les médecins généralistes bourguignons mettaient en avant des freins de pratiques tels que le manque de formation (ils autoévaluent leur formation à une moyenne de 5/10 dans l'ensemble), le temps de consultation, l'aménagement du cabinet, la cotation de l'acte (pour la pose ou le retrait d'implant contraceptif, l'examen clinique gynécologique et la réalisation du FCV), et d'autres motifs (perte de la pratique avec le temps, pas de pratique par choix personnel, pas de demande des patientes ou patientes gênées).

Une majorité des médecins ne pratiquent pas d'IVG médicamenteuse (95,24%), de pose ou retrait de DIU (71,44%), de pose ou retrait d'implant contraceptif sous-cutané (71,44%). A l'inverse, la majorité des médecins généralistes interrogés pratiquent de façon assez régulière l'examen gynécologique, le FCV, la prescription de contraception, le suivi de grossesse et du post-partum et le suivi de ménopause.

Dans un article paru dans *Exercer* en 1992 (56), B Gay présentait l'examen gynécologique fait par le médecin généraliste comme un geste négocié. Il affirme que la réalisation d'un examen gynécologique peut modifier la nature de la relation médecin-malade. On peut s'interroger sur la nécessité d'une formation à la communication dans le cadre de l'internat afin de négocier ce type de geste.

Plusieurs thèses montrent le désir de formation des médecins à la pose du DIU et ou de l'implant. Pour son travail de thèse, Caroline Begoc-Kerloc'h (57) a évalué la formation des gestes et techniques à la faculté de Brest. Elle montre que les étudiants qui ont participé à un séminaire de gestes techniques ne font pas plus d'actes techniques dans leur pratique ambulatoire. La formation théorique isolée ne suffit pas. Les médecins interrogés ne souhaitent pas de formation complémentaire pour le FCV mais 51 % en souhaitent pour la pose de DIU et 39% pour celle de l'implant. On retrouve les mêmes données dans la thèse de Séverine Arino-Cluot (58), où 50% des médecins, généralement des femmes récemment installées, souhaitent une formation pratique pour la pose des DIU.

Dans sa thèse, Szymaniuk Alchimowicz (59) évoque les lieux d'apprentissage des gestes techniques. Ils sont par ordre décroissant, l'internat, l'externat, la formation continue, la littérature et l'autoformation. Pour sa part, Lise Baranger (60), dans sa thèse fait un état des lieux des apprentissages des pratiques de gynécologie des internes de médecine générale en stage ambulatoire à Angers. Elle montre que le principal lieu d'apprentissage de la gynécologie est par

ordre décroissant : le stage hospitalier de gynécologie obstétrique, le centre de planification familiale, les stages ambulatoires en médecine générale et les stages ambulatoires en gynécologie obstétrique.

Il est légitime que les médecins généralistes pratiquent des gestes techniques gynécologiques. Plusieurs études ont montré que la qualité des FCV effectués par les médecins généralistes est aussi bonne que ceux réalisés par les gynécologues (61, 62). D'autre part, en 2002, une étude prospective a montré qu'il n'y avait pas de différence de compétence entre les gynécologues et les médecins généralistes dans la pose de DIU, sous réserve d'une pratique suffisante (63).

Dans sa thèse, Julien Cornaz (64), suite à un travail de recherche qualitatif, a étudié les réticences à l'exécution de certains gestes par les médecins généralistes. Les gestes qu'il étudie sont la pose de DIU, les points de sutures et les infiltrations intra articulaires. Il a réalisé des entretiens individuels semi-dirigés avec 18 praticiens installés. Les principaux freins qu'il met en évidence sont le déficit de formation et le manque de pratique.

Émilie CARPEZA (65), dans sa thèse a étudié les gestes et techniques de gynécologie par les médecins généralistes de la Réunion. Les principales raisons de non pratique des gestes sont la non rentabilité, le caractère chronophage, le manque d'affinité, le risque médico-légal et la proximité des spécialistes.

Dans sa thèse Pauline Bidet (66), montre que 39% des médecins affirment que le FCV leur est rarement demandé. Or il est de la fonction du médecin généraliste de vérifier à l'occasion de chaque consultation si les actions de dépistages sont réalisées et par conséquent de provoquer la demande plus que de répondre à cette demande, d'autant que des études ont montré qu'une part non négligeable de la population ne faisait pas de frottis contrairement aux recommandations, à côté d'une surconsommation de frottis non justifiés lors de suivi gynécologique. De plus, dans son étude, 11 médecins ont fait une formation complémentaire en gynécologie (DU). À cette occasion, ils ont tous beaucoup pratiqué l'examen clinique et le FCV. En revanche, la pose de DIU et d'implant n'a jamais été réalisée dans 36% des cas. La réalisation du DU de gynécologie ne semble pas être un facteur déterminant pour la pose des DIU et implants.

Dans sa thèse, Odile Angot (67) questionne les internes de DES de médecine générale sur leur vision du DES, 3 ans après sa mise en place. Elle confirme que les internes de médecine générale souhaiteraient avoir une formation à la fois en pédiatrie et en gynécologie. Dans son étude seulement 24% des médecins ont réalisé un stage d'interne en gynécologie. Lors de ce stage, les internes font tous des examens cliniques, 90% d'entre eux font des FCV. Seulement 30% des internes n'ont jamais posé de DIU et 10% d'implant. Malgré une pratique fréquente de ces gestes lors de ce stage, il n'y a pas d'augmentation de la pratique de ces gestes par la suite chez les médecins ayant été internes en gynécologie.

Dans une étude de G. Levasseur, C. Bagot, et C. Honnorat, il existe une différence d'activité globale entre hommes et femmes déjà signalée dans différentes études (68) mais aucune

différence significative n'est notée entre l'activité de gynécologie des hommes et celle des femmes. Cette étude met aussi en évidence que le mode d'installation intervient: le fait d'être installé en groupe fait augmenter l'activité moyenne du généraliste et l'activité de gynécologie en particulier. S'agit-il d'une meilleure organisation du travail et de la permanence des soins? L'enquête ne permet pas de répondre à ces questions. Quoiqu'il en soit, le savoir-faire des médecins généralistes en gynécologie est questionné : il semble au minimum insuffisant, et ceci pour au moins le quart de ceux interrogés dans cette étude. Ce résultat interroge de façon indirecte mais forte la formation des généralistes et renvoie à la question de l'efficacité et de la qualité des soins (69).

En France, environ 5 millions de frottis sont réalisés chaque année et 90% d'entre eux le seraient par des gynécologues. Le nombre de généralistes qui pratiquent des frottis serait même en diminution constante (70). Dans cette étude 80% des généralistes déclarent pratiquer des frottis et l'on sait que cette pratique relève le plus souvent d'une «auto-formation» (au cours de leurs études, par volonté personnelle en formation continue ou «sur le tas») et l'on sait aussi que lorsqu'elle a eu lieu, cette auto-formation est correcte (plus de 80% des frottis sont de bonne qualité) (71). Il n'en reste pas moins vrai que 20% de généralistes déclarent ne pas pratiquer de frottis : ceci peut signifier que ces médecins adressent les femmes à leurs correspondants (laboratoire ou gynécologue) pour cet examen, mais peut aussi signifier une attention insuffisante accordée à la prévention.

Le frottis cervico-vaginal reste l'examen indispensable pour le dépistage de masse du cancer du col de l'utérus. Le médecin généraliste a un rôle reconnu par tous les experts dans la réalisation des frottis, dans le but d'étendre le dépistage à l'ensemble de la population féminine française (72). Le généraliste touche une large population et est écouté par ses patients. Il est donc bien placé pour faire du dépistage et s'assurer de la réalisation des examens (73).

Selon une étude prospective sur la pose des DIU en médecine générale (74) et une autre réalisée en Aquitaine (75), les médecins généralistes formés savaient sélectionner les patientes présentant une bonne indication du DIU. Ils posaient et retiraient les stérilets, et la prise en charge de ces patientes était de bonne qualité. On comprend donc le rôle fondamental de la formation dans le savoir-faire de ces actes de gynécologie.

En France, en 2000, le suivi de grossesses normales en ville était assuré dans 92% des cas par les gynécologues, et seulement 8% par des généralistes : ce suivi représente 4,3% des consultations des gynécologues et 0,5% de celles des généralistes (76). La place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse est définie par la HAS (77) : «lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien selon le choix de la femme) (Grade A). Il est recommandé que les médecins généralistes comme tous les professionnels impliqués dans le suivi des grossesses bénéficient d'une formation théorique et pratique adaptée et qu'ils exercent dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et, selon les possibilités locales, dans un réseau de

périnatalité. Les médecins généralistes assurent un quart des déclarations de grossesse, mais ils interviennent moins dans le suivi de son déroulement (78).

A ce jour, la formation des médecins généralistes en gynécologie se fait au cours de l'externat par des cours théoriques et un stage de 3 mois en service de gynécologie-obstétrique pour certains d'entre eux. Pendant l'internat à la faculté de Dijon, il y a un semestre obligatoire à la validation du DES de médecine générale en gynécologie ou en pédiatrie, certains internes ne passent donc pas en stage en gynécologie. Il y a un diplôme universitaire (DU) pouvant compléter les attentes de formation de l'interne en médecine générale ou du médecin généraliste. Il existe aussi les « journées de gynécologie-obstétrique de Bourgogne et Franche-Comté » proposées dans le cadre du réseau Bourgogne Femmes et Enfants. Enfin, le CNGE propose par exemple aux médecins généralistes de venir se former à la pose et au retrait de DIU et de l'implant contraceptif, la réalisation du frottis (et adapter la surveillance en cas de frottis anormal), et à la formation des étudiants à ce dépistage et à ces gestes pour les maîtres de stage des universités (MSU). Cette formation qui aura lieu au siège du CNGE se déroulera le 9 Décembre 2016.

En ce qui concerne les patientes de cette étude bourguignonne, parmi celles qui ont déjà bénéficié des actes gynécologiques cités dans cette étude, il n'y avait globalement pas de différence statistiquement significative dans le choix du praticien réalisant les actes (médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme) en fonction des diverses caractéristiques de ces femmes. Les différences statistiquement significatives portaient sur la pose ou retrait de DIU : différence dans la réalisation de cet acte en fonction de la situation familiale (les veuves et les célibataires ont déjà bénéficié de DIU de manière plus importante que les femmes en couple ou séparées/divorcées) et dans le choix du praticien réalisant cet acte selon le département (majoritairement gynécologue pour la Côte d'Or et la Saône-et-Loire, partagées entre gynécologue et sage-femme pour la Nièvre, partagées entre le médecin généraliste et le gynécologue pour l'Yonne). Il y a aussi une différence dans la pratique du pose ou retrait d'implant contraceptif sous-cutané en fonction de l'âge (après 45 ans aucune femme n'a déjà bénéficié de cet acte, contre près d'un tiers des moins de 45 ans). En ce qui concerne l'examen gynécologique, il y a une différence statistiquement significative dans sa réalisation en fonction de la situation professionnelle (les patientes qui travaillent sont plus nombreuses à avoir déjà eu un examen gynécologique), et aussi une différence dans le choix du praticien qui va réaliser cet acte en fonction de la situation familiale (les célibataires et veuves se tournant volontiers vers le médecin généraliste, et les femmes en couple ou séparées/divorcées vers le gynécologue). Pour ce qui est du suivi de grossesse, une majorité des patientes de moins de 25 ans n'y a pas eu recours comparé aux plus de 25 ans (différence statistiquement significative), on retrouve ce rapport aussi en fonction de la situation familiale (pas de suivi pour les célibataires, et acte déjà réalisé pour les autres patientes), et il y a aussi une différence dans le choix du praticien qui fera le suivi de grossesse avec une diversification des choix avec l'âge (par gynécologue pour les plus jeunes, puis partagées entre gynécologue, médecin généraliste et sage-femme pour les plus âgées). Enfin, il existe une différence statistiquement significative dans la réalisation du suivi de ménopause en fonction de la situation familiale (jamais pour les célibataires, majorité de oui pour

les veuves, et un peu plus étalé pour les autres patientes, mais ceci peut se comprendre par le fait que toutes les patientes n'en sont pas à cette période de vie donc ce résultat est à interpréter avec beaucoup de réserves), mais aussi une différence dans le choix du praticien qui va réaliser cet acte en fonction de l'âge (moins de 45 ans par gynécologue et sage-femme, et plus de 45 ans par gynécologue et médecin généraliste) et en fonction du niveau scolaire (pour les patientes niveau Brevet/BEP/CAP par médecin généraliste plus souvent que le gynécologue, et pour celles niveau BAC et plus par le gynécologue majoritairement).

Les principaux motifs de consultation de patientes vers leurs médecins généralistes, pour une raison tenant de la gynécologie-obstétrique, relèvent de la gynécologie courante (contraception et ménopause). Il y a là une importante opportunité de dépistage des cancers gynécologiques féminins par les généralistes puisque ces prescriptions supposent un suivi régulier. Les traitements hormonaux substitutifs étaient particulièrement intéressants pour la prévention puisque que les femmes de cette classe d'âge sont les plus exposées au risque de cancer et qu'elles sont également les moins dépistées (79).

Selon une étude menée par l'Observatoire Thalès entre juillet 1998 et juillet 1999, menée auprès de 620 médecins, le nombre moyen de consultation pour motif gynécologique chez le médecin généraliste était de 3,6 par femme et par an. Les 3 thèmes les plus souvent abordés étaient la contraception (35,0%), la ménopause (23,8%) et la grossesse (18,1%) (80).

Une autre source de données, le panel EPPM (Étude Permanente de la Prescription Médicale), étudie le type de médecin consulté en ville par état de santé ; si la majorité des actes en gynécologie sont réalisés par les gynécologues, la part prise en charge par le médecin généraliste reste notable et concerne essentiellement la ménopause et ses conséquences (52% par le généraliste et 46% par le gynécologue), la contraception (37,9% par le généraliste et 61,4% par le gynécologue), les IST (43,7% par le généraliste et 53,7% par le gynécologue). Selon les motifs de consultation, les femmes choisissent préférentiellement de consulter un gynécologue, notamment pour le suivi de grossesse ou les problèmes de stérilité. Les consultations pour contraception sont dans deux tiers des cas effectuées par le généraliste qui assure probablement plus souvent un suivi que l'initiation du traitement réalisée, elle, par le gynécologue (81).

Dans cette étude, une petite minorité de patiente préférerait être suivie par un médecin homme (7,41%), près d'un tiers par un médecin femme (32,1%), et le reste des femmes interrogées étaient indifférentes au genre du médecin consulté (60,49%). Il est néanmoins à noter que les patientes de moins de 25 ans ont en grande majorité une préférence de suivi par des médecins femmes.

Une étude a été réalisée par l'institut BVA sur le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique (82) : 20% des femmes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique et que les gynécologues sont de moins en moins nécessaires, les préférences pour un suivi gynécologique sont liées avant tout aux compétences du gynécologue (46%) et à la confiance qu'il inspire (29%). Ainsi, il semblerait nécessaire de

diffuser de façon publique, une meilleure information aux patientes quant au rôle que peut tenir le médecin généraliste dans leur suivi gynécologique. Le praticien doit aussi manifester ses compétences de façon plus claire. La possibilité de consulter un médecin généraliste en première intention, n'exclut pas pour autant la possibilité de consulter en deuxième intention un gynécologue, capable de résoudre des problèmes complexes et spécialisés (83).

Il existe des rôles fondamentaux exercés par les médecins généralistes, en particulier dans le repérage et la prise en charge des adolescentes en souffrance, pour lesquelles le professionnel de santé de proximité qu'est le généraliste est particulièrement bien placé, le conseil, la prescription et le suivi de la contraception, pour lesquelles le cabinet du généraliste est un lieu privilégié et facile d'accès pour obtenir une contraception remboursée, la connaissance de l'environnement des femmes que le généraliste intègre pour mieux guider leur parcours et comprendre leur problème, l'entrée et l'orientation dans le parcours grossesse, sur lesquelles le généraliste est un soutien utile afin d'aider les patientes dans leur trajectoire de santé ultérieure (84).

L'activité de gynécologie des médecins généralistes s'inscrit dans une double perspective: pallier le déficit des gynécologues dans certaines zones et permettre l'accès au dépistage d'un nombre plus important de femmes (85). D'après G. Levasseur, C. Bagot, et C. Honnorat, pour que les généralistes puissent s'inscrire dans la double perspective d'assurer un accès équitable aux soins et au dépistage, trois conditions sont nécessaires : les professionnels doivent posséder un savoir-faire suffisant, leurs conditions d'exercice doivent permettre de mettre en œuvre ce savoir-faire et enfin ils doivent développer un intérêt pour cette activité (69).

La prise en charge du patient par le médecin généraliste est globale : il prend en charge non seulement des pathologies aiguës et chroniques mais joue également un rôle important dans le dépistage et la prévention. Le champ d'action du médecin généraliste est ainsi large et pluridisciplinaire, il a donc une place légitime dans le suivi gynécologique des femmes. C'est ainsi qu'une femme consulte en moyenne 3,6 fois par an un médecin généraliste pour des questions gynécologiques (86). L'affichage en salle d'attente des politiques de dépistage par FCV ou examen clinique gynécologique, de contraception, etc... pourraient permettre aux patientes de s'informer sur toutes les prises en charge gynécologique que peut faire le médecin généraliste. Il vient donc à se demander si « soins de gynécologie » ne serait pas mieux nommé « santé des femmes » de part la prise en charge large et globale et complexe, dans ce domaine, de la femme. Prise en charge à la fois en soins de premier recours, en suivi et en continuité des soins, dans l'approche centrée sur la patiente, la relation médecin-patient et la communication, le dépistage, l'éducation et la prévention (annexe 24).

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR Mlle SAIDANI Manel.

CONCLUSIONS

Aujourd'hui, la population médicale est vieillissante : en 2006, 60 % des médecins ont entre 45 et 60 ans ou plus. D'ici à 2030, la population devrait croître de 10 %, le nombre de patient de plus de 60 ans devrait augmenter, la consommation de soins étant croissante avec l'âge, mais le nombre de médecin par habitant devrait baisser de 20 000 d'ici 10 ans. La pratique de la gynécologie fait partie intégrante de l'activité de médecine générale. Le médecin généraliste, devenu référent pour ses patients, est l'acteur principal des soins primaires.

Le travail réalisé est une étude descriptive quantitative, portant sur la réalisation des actes de gynécologie par le médecin généraliste en Bourgogne en 2016, avec la pratique et l'avis des médecins généralistes, mais aussi l'orientation et les préférences de suivi des patientes bourguignonnes. Le taux de réponse côté médecins de 17,5% (21 répondants sur 120 médecins généralistes interrogés), et de 13,5% côté patientes (81 réponses sur 600 patientes interrogées). Les questionnaires ont été diffusés début Février 2016 et le retour devait être fait avant le 15 Mars 2016.

Dans cette étude, il n'y avait pas de différence statistiquement représentative pour la pratique des divers actes gynécologique abordés (pose ou retrait de dispositif intra-utérin, d'implant contraceptif sous-cutané, examen gynécologique, frottis, interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, prescription d'une première contraception, suivi de grossesse et du post-partum et suivi de ménopause) en fonction des diverses caractéristiques de ces praticiens, hormis pour la pose ou retrait d'implant sous-cutané contraceptif réalisé le plus souvent par des médecins généralistes femmes que hommes. Les médecins généralistes mettaient en avant des freins de pratiques tels que le manque de formation (ils autoévaluent leur formation à une moyenne de 5/10 dans l'ensemble), le temps de consultation, l'aménagement du cabinet, la cotation de l'acte (pour la pose ou le retrait d'implant contraceptif), l'examen clinique gynécologique et la réalisation du frottis), et d'autres motifs (perte de la pratique avec le temps, pas de pratique par choix personnel, pas de demande des patientes ou patientes gênées). Une majorité des médecins ne pratiquent pas d'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (95,24%), de pose ou retrait de dispositif intra-utérin (71,44%), de pose ou retrait d'implant contraceptif sous-cutané (71,44%). A l'inverse, la majorité des médecins généralistes interrogés pratiquent de façon assez régulière l'examen gynécologique, le frottis, la prescription de contraception, le suivi de grossesse et du post-partum et le suivi de ménopause.

A ce jour, la formation des médecins généralistes en gynécologie se fait au cours de l'externat par des cours théoriques et un stage de 3 mois en service de gynécologie-obstétrique pour certains d'entre eux. Pendant l'internat à la faculté de Dijon, il y a un semestre obligatoire à la validation du diplôme d'études

spécialisées de médecine générale en gynécologie ou en pédiatrie, certains internes ne passent donc pas en stage en gynécologie. Il y a un diplôme universitaire pouvant compléter les attentes de formation de l'interne en médecine générale ou du médecin généraliste. Il existe aussi les « journées de gynécologie-obstétrique de Bourgogne et Franche-Comté » proposées dans le cadre du réseau Bourgogne Femmes et Enfants. Enfin, le Collège National des Généralistes Enseignants propose par exemple aux médecins généralistes de venir se former à la pose et au retrait de dispositif intra-utérin et de l'implant contraceptif, la réalisation du frottis (et adapter la surveillance en cas de frottis anormal), et à la formation des étudiants à ce dépistage et à ces gestes pour les maîtres de stage des universités. Cette formation se déroulera le 9 Décembre 2016.

En ce qui concerne les patientes, parmi celles qui ont déjà bénéficié des actes gynécologiques cités dans cette étude, il n'y avait globalement pas de différence statistiquement significative dans le choix du praticien réalisant les actes (médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme) en fonction des diverses caractéristiques de ces femmes. Les différences statistiquement significatives portaient sur la pose ou retrait de dispositif intra-utérin : différence dans la réalisation de cet acte en fonction de la situation familiale (les veuves et les célibataires ont déjà bénéficié de dispositif intra-utérin de manière plus importante que les femmes en couple ou séparées/divorcées) et dans le choix du praticien réalisant cet acte selon le département (majoritairement gynécologue pour la Côte d'Or et la Saône-et-Loire, partagées entre gynécologue et sage-femme pour la Nièvre, partagées entre le médecin généraliste et le gynécologue pour l'Yonne). Il y a aussi une différence dans la pratique du pose ou retrait d'implant contraceptif sous-cutané en fonction de l'âge (après 45 ans aucune femme n'a déjà bénéficié de cet acte, contre près d'un tiers des moins de 45 ans). En ce qui concerne l'examen gynécologique, il y a une différence statistiquement significative dans sa réalisation en fonction de la situation professionnelle (les patientes qui travaillent sont plus nombreuses à avoir déjà eu un examen gynécologique), et aussi une différence dans le choix du praticien qui va réaliser cet acte en fonction de la situation familiale (les célibataires et veuves se tournant volontiers vers le médecin généraliste, et les femmes en couple ou séparées/divorcées vers le gynécologue). Pour ce qui est du suivi de grossesse, une majorité des patientes de moins de 25 ans n'y a pas eu recours comparé aux plus de 25 ans (différence statistiquement significative), on retrouve ce rapport aussi en fonction de la situation familiale (pas de suivi pour les célibataires, et acte déjà réalisé pour les autres patientes), et il y a aussi une différence dans le choix du praticien qui fera le suivi de grossesse avec une diversification des choix avec l'âge (par gynécologue pour les plus jeunes, puis partagées entre gynécologue, médecin généraliste et sage-femme pour les plus âgées). Enfin, il existe une différence statistiquement significative dans la réalisation du suivi de ménopause en fonction de la situation familiale (jamais pour les célibataires, majorité de oui pour les veuves, et un peu plus étalé pour les autres patientes, mais ceci peut se comprendre par le fait que toutes les patientes n'en sont pas à cette période de vie donc ce résultat est à interpréter avec beaucoup de réserves), mais aussi une différence dans le choix du praticien qui va réaliser cet acte en fonction de l'âge (moins de 45 ans par gynécologue et sage-femme, et plus de 45 ans par gynécologue et médecin généraliste) et en fonction du niveau scolaire (pour les patientes niveau Brevet/BEP/CAP par médecin généraliste plus souvent que le gynécologue, et pour celles niveau BAC et plus par le gynécologue majoritairement). Dans cette étude, une petite minorité de patiente préférerait être suivie par un médecin homme (7,41%), près d'un tiers par un médecin femme (32,1%), et le reste des femmes interrogées étaient indifférentes au genre du médecin consulté (60,49%). Il est néanmoins à noter que les patientes de moins de 25 ans ont en grande majorité une préférence de suivi par des médecins femmes.

L'activité de gynécologie des médecins généralistes s'inscrit dans une double perspective: pallier le déficit des gynécologues dans certaines zones et permettre l'accès au dépistage d'un nombre plus important de femmes. Pour que les généralistes puissent s'inscrire dans la double perspective d'assurer un accès équitable aux soins et au dépistage, trois conditions sont nécessaires : les professionnels doivent posséder un savoir-faire suffisant, leurs conditions d'exercice doivent permettre de mettre en œuvre ce savoir-faire et enfin ils doivent développer un intérêt pour cette activité. Le champ d'action du médecin généraliste est large et pluridisciplinaire, il a donc une place légitime dans le suivi gynécologique des femmes. L'affichage en salle d'attente des politiques de dépistage par frottis ou examen clinique

gynécologique, de contraception, etc... pourraient permettre aux patientes de s'informer sur toutes les prises en charge gynécologique que peut faire le médecin généraliste. Il vient à se demander si « soins de gynécologie » ne serait pas mieux nommé « santé des femmes » de part la prise en charge large, globale et complexe, dans ce domaine, de la femme. Une prise en charge à la fois en soins de premier recours, en suivi et en continuité des soins, dans l'approche centrée sur la patiente, la relation médecin-patient et la communication, le dépistage, l'éducation et la prévention.

Le Président du jury,

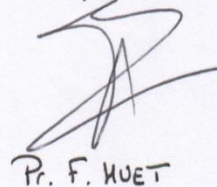


Pr. J.-N. BEIS

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 9 JUIN 2016

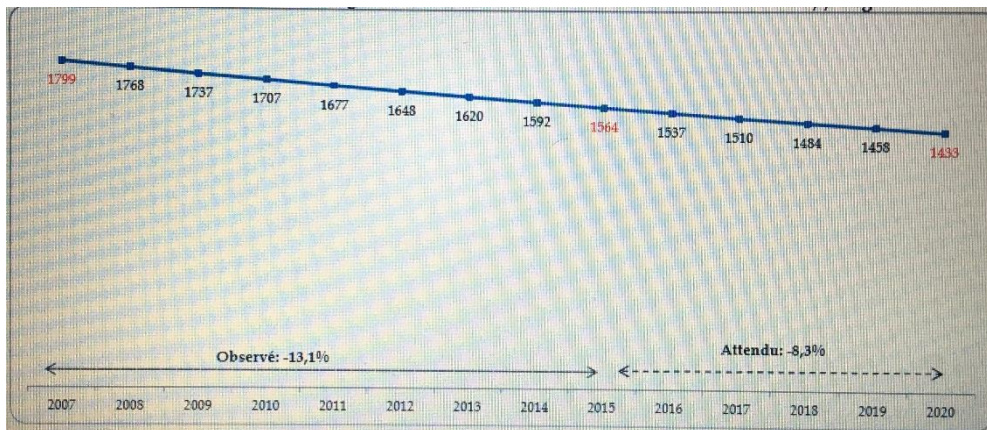
Le Doyen



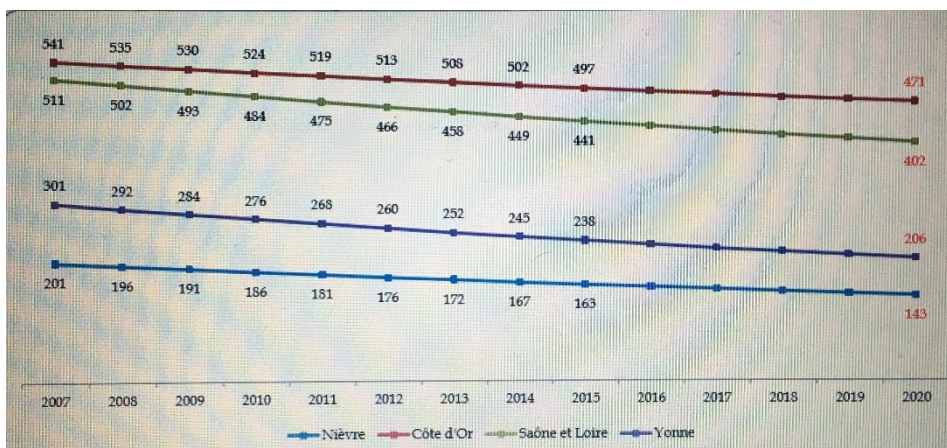
Pr. F. HUET

ANNEXES

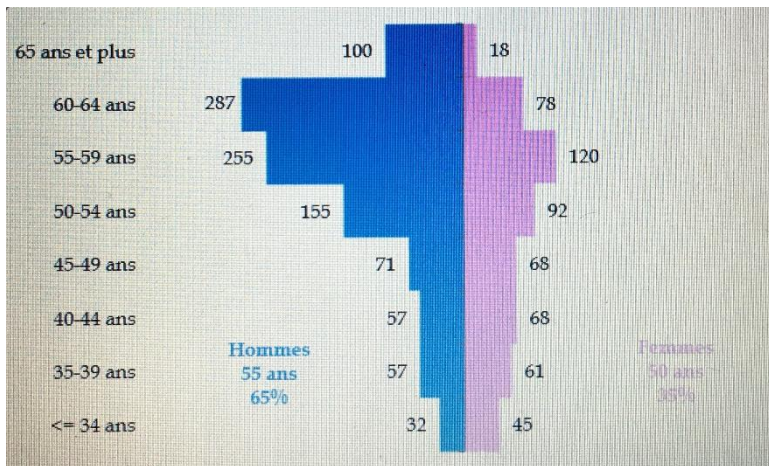
Annexe 1 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes : de l'observé à l'attendu sur la région Bourgogne.



Annexe 2 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes : de l'observé à l'attendu, par département.



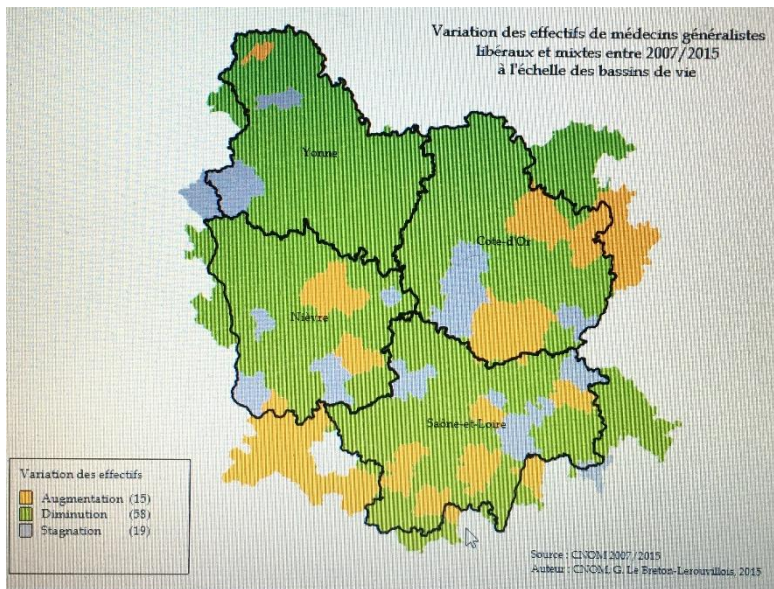
Annexe 3 : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux et mixtes en région Bourgogne.



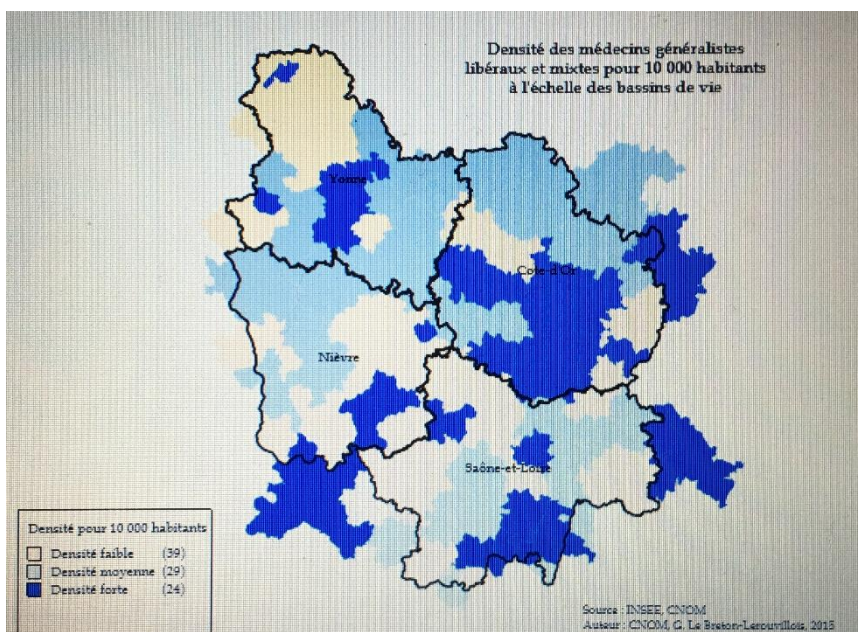
Annexe 4 : Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale : situation en 2015.

Département	Moyenne d'âge	%>60 ans	%<40 ans	Proportion exercice individuel
Côte-d'Or	51,9	20,1%	15,7%	47,7%
Nièvre	55,6	33,1%	8%	45,4%
Saône-et-Loire	53,4	29,3%	12,9%	46,9%
Yonne	55,2	29,0%	7,1%	44,5%

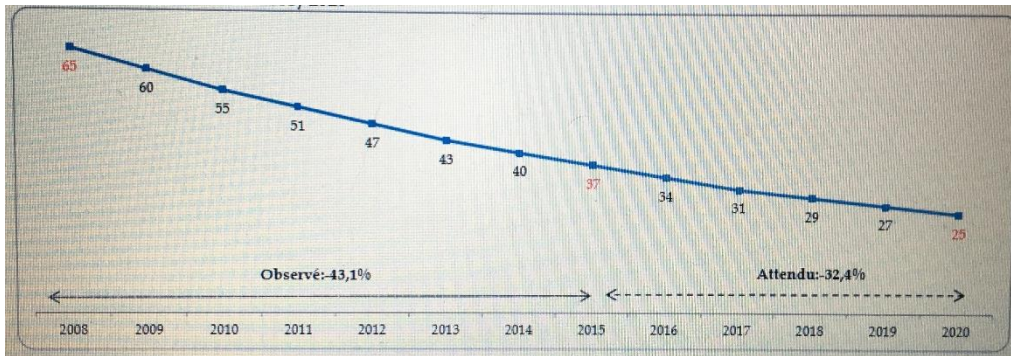
Annexe 5 : Variation des effectifs des médecins généralistes libéraux et mixtes entre 2007 et 2015 à l'échelle des bassins de vie.



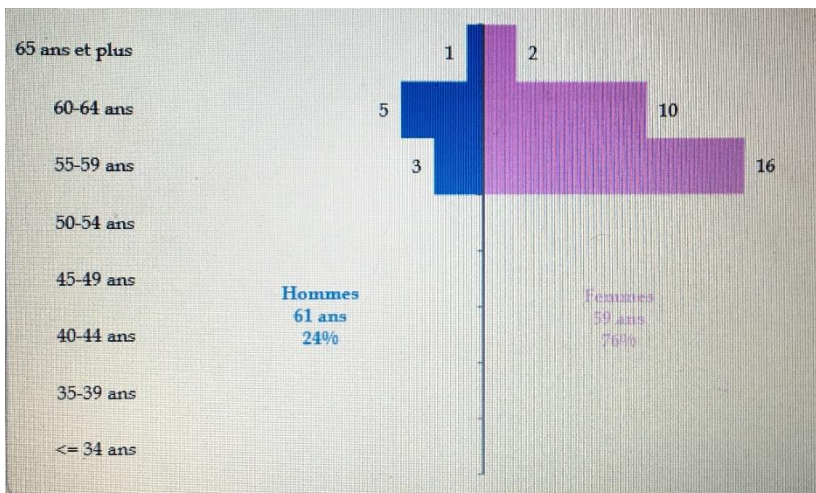
Annexe 6 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie.



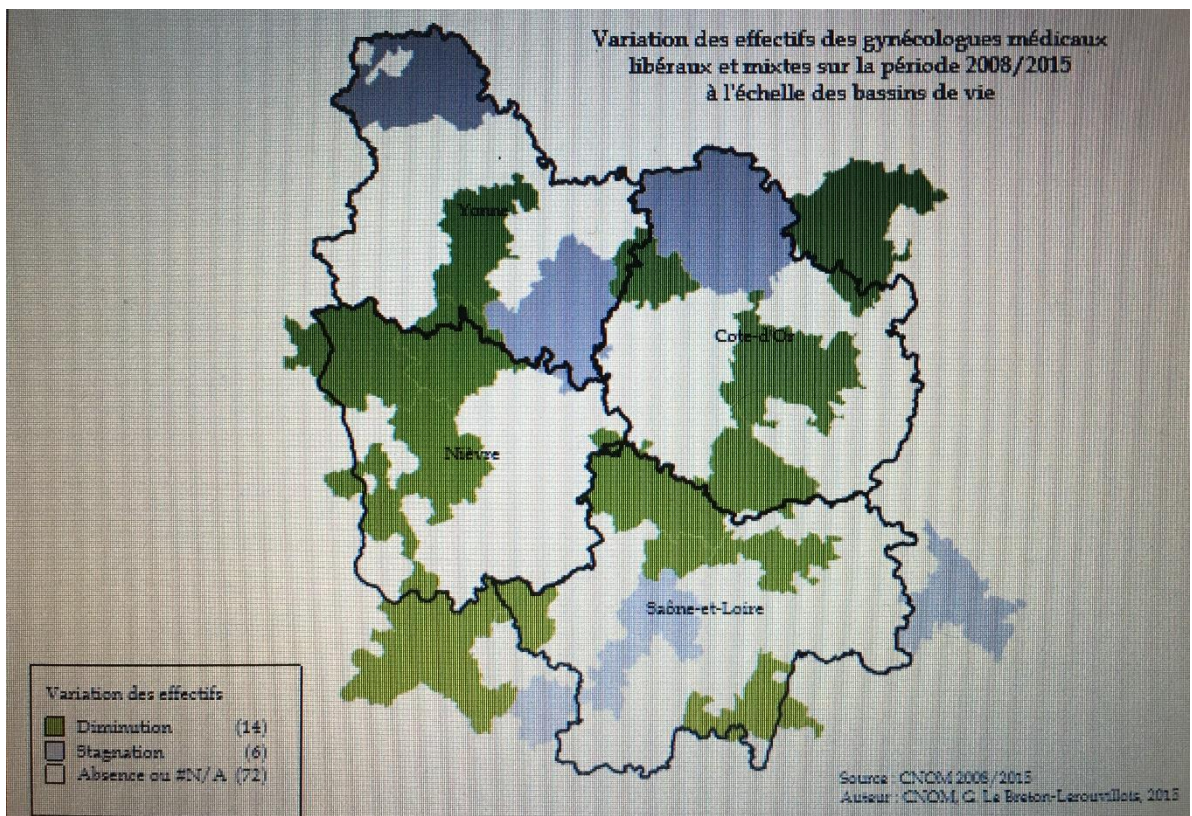
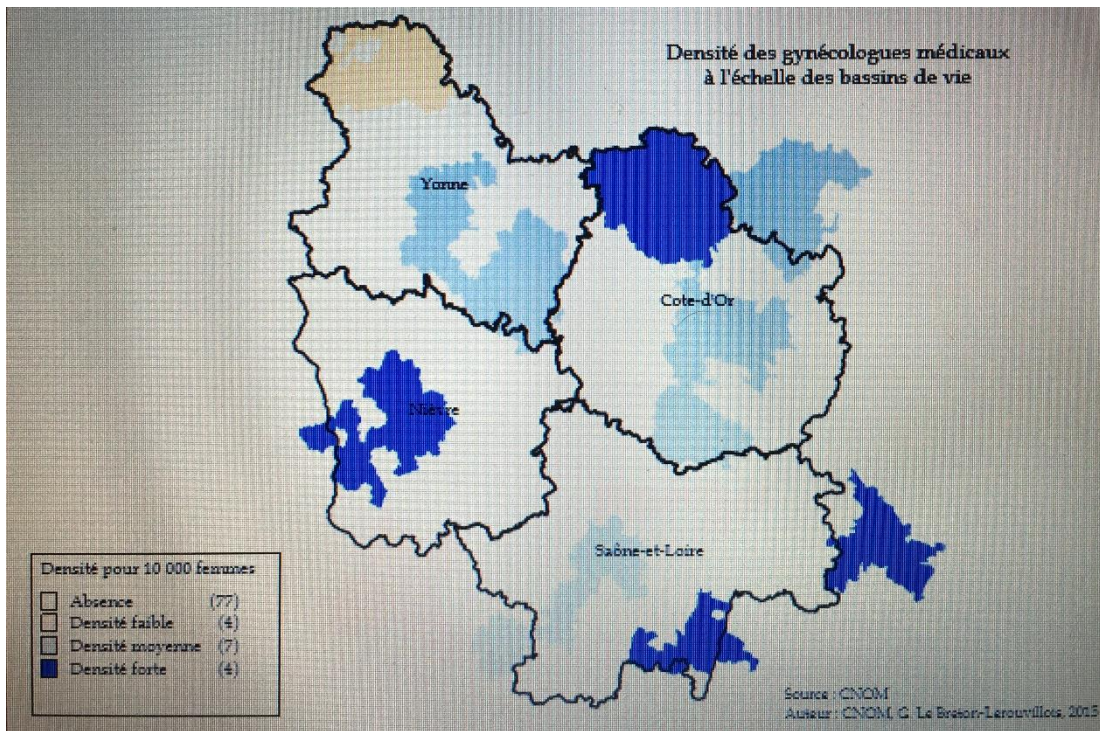
Annexe 7 : Effectifs des gynécologues médicaux en mode d'exercice libéral et mixte, sur la période 2008 à 2020.



Annexe 8 : Pyramide des âges des gynécologues médicaux.



Annexe 9 : Densité et variation des effectifs des médecins spécialistes en gynécologie médicale à l'échelle des bassins de vie.



Annexe 10 : Journal Officielle de la République Française n° 0037 du 13/02/2013, relatif à la liste des médicaments pouvant être prescrit par les sages-femmes.

Le 23 octobre 2015

JORF n°0037 du 13 février 2013

Texte n°5

ARRETE

Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires

NOR: AFSH1303324A

ELI: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2013/2/4/AFSH1303324A/jo/texte>

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 4151-4 ;

Vu l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires ;

Vu l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en date du 9 janvier 2013,

Arrête :

Article 1

Les annexes I, II et III de l'arrêté du 12 octobre 2011 susvisé sont remplacées par les annexes du présent arrêté.

Article 2

Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté et de ses annexes, qui seront publiés au Journal officiel de la République française.

ANNEXE I

LISTE DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES OU MÉDICAMENTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRÈS DES FEMMES

I. — En primo-prescription :

1° Antiacides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux ;

2° Antisécrétoires gastriques :

— antihistaminiques H₂, de préférence la ranitidine ou la famotidine ;

— inhibiteurs de la pompe à protons, de préférence l'oméprazole ;

3° Antiseptiques locaux ;

4° Anesthésiques locaux :

— médicaments renfermant de la lidocaïne ;

5° Antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de première ligne des cystites et bactériuries asymptomatiques chez la femme enceinte selon les recommandations officielles en vigueur. Prescription non renouvelable pour une infection donnée ;

6° Antibiotiques par voie orale ou parentérale en prévention d'infections materno-fœtales chez la femme enceinte, selon les recommandations officielles en vigueur ;

7° Anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonacides, antibactériens et antiherpétiques ;

8° Antispasmodiques ;

9° Antiémétiques ;

10° Antalgiques :

— paracétamol ;

— tramadol ;

— néfopam ;

— association de paracétamol et de codéine ;

— association de paracétamol et de tramadol ;

— naïbuphtine, ampoules dosées à 20 mg. La prescription est réalisée dans le cadre d'un protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur. L'usage est limité au début du travail et à une seule ampoule par patiente ;

- 11° Anti-Inflammatoires non stéroïdiens en post-partum immédiat ;
- 12° Antiviraux en prévention des récurrences d'herpès génital en fin de grossesse ;
- 13° Contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration ;
- 14° Médicaments homéopathiques ;
- 15° Laxatifs ;
- 16° Vitamines et sels minéraux par voie orale ;
- 17° Acide folique aux doses recommandées dans la prévention primaire des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural ;
- 18° Topiques à activité trophique et protectrice ;
- 19° Médicaments de proctologie : topiques locaux avec ou sans corticoïdes et avec ou sans anesthésiques ;
- 20° Solutions de perfusion :
 - solutés de glucose de toute concentration ;
 - solutés de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;
 - solutés de gluconate de calcium à 10 % ;
 - solutions de Ringer ;
- 21° Ocytociques :
 - produits renfermant de l'oxytocine
- 22° Oxygène ;
- 23° Médicaments assurant le blocage de la lactation ;
- 24° Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote exclusivement en milieu hospitalier, et sous réserve d'une formation adaptée ;
- 25° Vaccins sous forme monovalente ou associés contre les pathologies suivantes : tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche (vaccin acellulaire), rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B, grippe, affections liées au papillomavirus humain, infections invasives par le méningocoque C
- 26° Immunoglobulines anti-D ;
- 27° Produits de substitution nicotinique ;
- 28° Sa butanol par voies orale et rectale

II. — Les sages-femmes sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin des médicaments suivants :

1° Anti-inflammatoires non stéroïdiens indiqués dans le traitement des dysménorrhées, notamment l'acide méfénamique ;

2° Nicardipine, selon les protocoles en vigueur préétablis ;

3° Nifédipine selon les protocoles en vigueur préétablis.

III. — En cas d'urgence, en l'attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants :

1° Succédanés du plasma composés d'hydroxyéthylamidon dans les états de choc ;

2° Ephédrine injectable dans la limite d'une ampoule dosée à 30 mg par patiente ;

3° Adrénaline injectable par voie sous-cutanée dans les cas d'anaphylaxie ;

4° Dérivés nitrés, selon les protocoles en vigueur préétablis.

ANNEXE II

LISTE DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES OU DES MÉDICAMENTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRÈS DES NOUVEAU-NÉS

I.-En primo-prescription :

1° Antiseptiques locaux ;

2° Anesthésiques locaux :

— crèmes ou patches contenant une association de lidocaïne et de prilocaïne ;

3° Antalgiques :

— paracétamol par voie orale ou rectale ;

4° Antifongiques locaux ;

5° Collyres antiseptiques, antibactériens et antiviraux sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs ;

6° Oxygène ;

7° Vitamines et sels minéraux par voie orale ;

— la forme injectable est autorisée pour la vitamine K1 ;

8° Toxiques à activité trophique et protectrice ;

9° Solutions pour perfusion :

- solutés de glucose (de toute concentration) ;
- soluté de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;
- soluté de gluconate de calcium à 10 % ;

10° Vaccins :

- Vaccin et immunoglobulines anti-hépatite B ;
- BCG.

II. — En cas d'urgence et en l'attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants :

1° Adrénaline par voie injectable ou intratrachéale dans la réanimation du nouveau-né ;

2° Naloxone.

ANNEXE III

LISTE DES MÉDICAMENTS CLASSÉS COMME STUPÉFIANTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION

Chlorhydrate de morphine, ampoules injectables dosées à 10 mg, dans la limite de deux ampoules par patiente.

Fait le 4 février 2013.

Pour la ministre et par délégation :
Par empêchement du directeur général
de l'offre de soins
Le sous-directeur
des ressources humaines
du système de santé
R. Le Moign

Annexe 11 : Prescription et pratique des vaccins par les sages-femmes : extrait de l'arrêté du 12 Octobre 2011 modifié par l'arrêté du 4 Février 2013, et extrait de l'arrêté du 22 Mars 2005 modifié par l'arrêté du 10 Janvier 2011.

EXTRAIT DE L'ARRETE DU 12 OCTOBRE 2011 MODIFIE PAR L'ARRETE DU 4 FEVRIER 2013

La prescription des vaccins- sous forme monovalente ou associée - chez les femmes contre les pathologies suivantes:

1. tétanos,
2. diphtérie,
3. poliomyélite,
4. coqueluche (vaccin acellulaire),
5. rougeole
6. oreillons
7. rubéole,
8. hépatite B,
9. grippe,
10. vaccin préventif contre lésions du col de l'utérus (HPV),
11. Infections invasives par le meningocoque C,

La prescription des vaccins auprès des nouveau-nés :

1. vaccin et immunoglobulines anti-hépatite B,
2. BCG.

EXTRAIT ARRETE DU 22 MARS 2005 MODIFIE PAR ARRETE DU 10 JANVIER 2011

La pratique de la vaccination auprès des femmes :

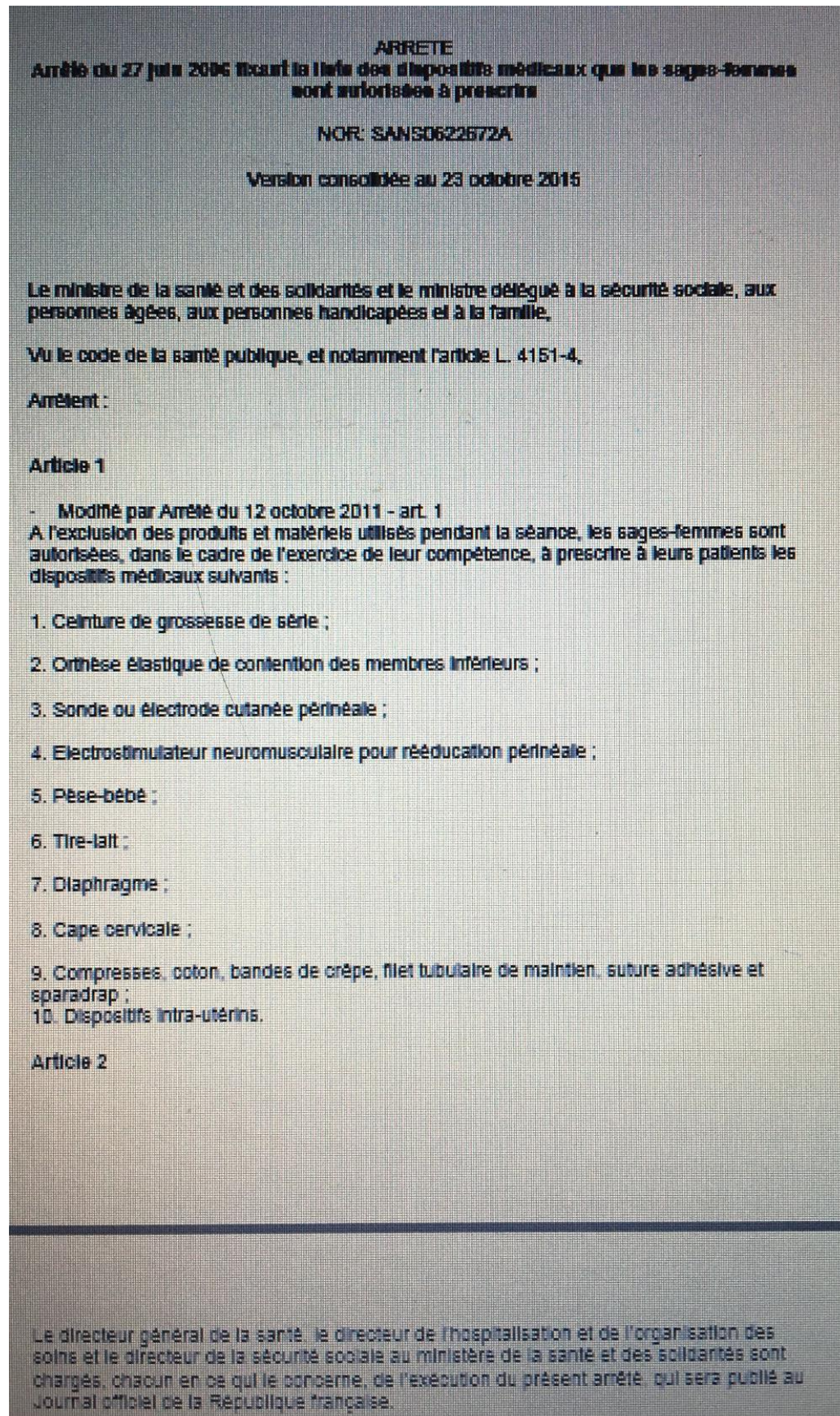
- ✓ Auprès des femmes, la sage-femme est habilitée à réaliser les vaccinations suivantes :
- ✓ Vaccinations contre la rubéole, la rougeole et les oreillons ;
- ✓ Vaccination contre le tétanos ;
- ✓ Vaccination contre la diphtérie ;
- ✓ Vaccination contre la poliomyélite ;
- ✓ Vaccination contre la coqueluche par le vaccin acellulaire ;

- ✓ Vaccination contre l'hépatite B ;
- ✓ Vaccination contre la grippe ;
- ✓ Vaccination contre le papillomavirus humain ;
- ✓ Vaccination contre le méningocoque C.

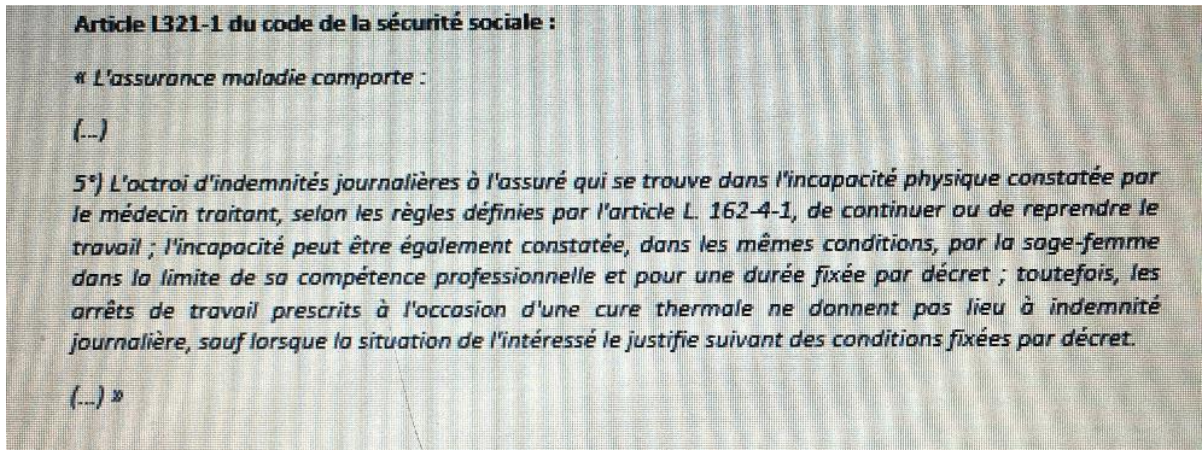
La pratique de la vaccination auprès des nouveau-nés :

Auprès des nouveau-nés, la sage-femme a la faculté de réaliser la vaccination par le BCG ainsi que la vaccination contre l'hépatite B en association avec des immunoglobulines spécifiques anti-HBs chez le nouveau-né de mère porteuse de l'antigène anti-HBs.

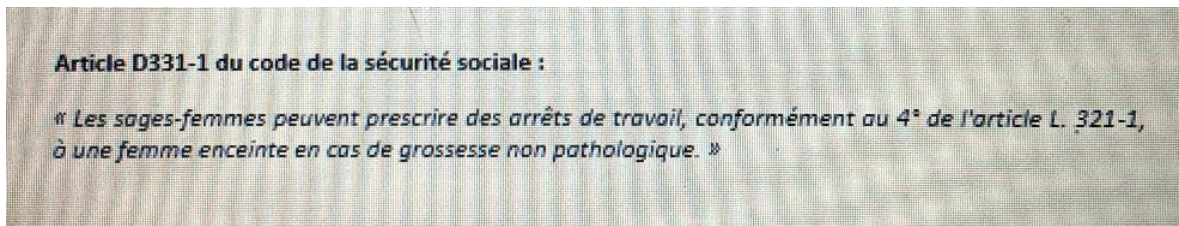
Annexe 12 : arrêté du 27 Juin 2006 relatif aux dispositifs médicaux que les sages-femmes ont le droit de prescrire (version consolidée au 23/10/2015)



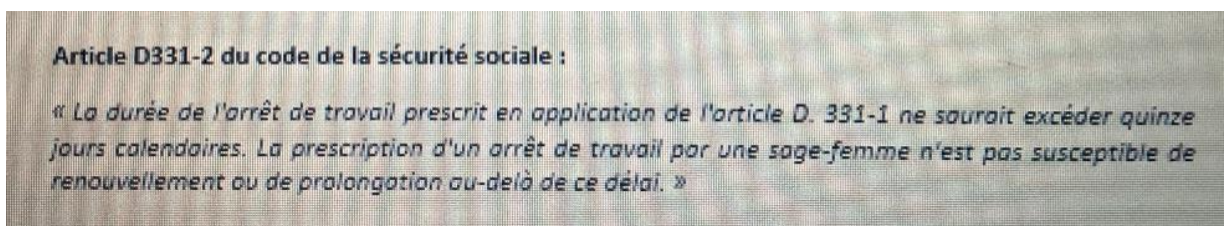
Annexe 13 : Article L321-1 du Code de Sécurité Sociale, relatif à la prescription d'arrêt de travail par la sage-femme.



Annexe 14 : Article D331-1 du Code de Sécurité Sociale, relatif à la prescription d'arrêt de travail par la sage-femme.



Annexe 15 : Article D331-2 du Code de Sécurité Sociale, relatif à la prescription d'arrêt de travail par la sage-femme.



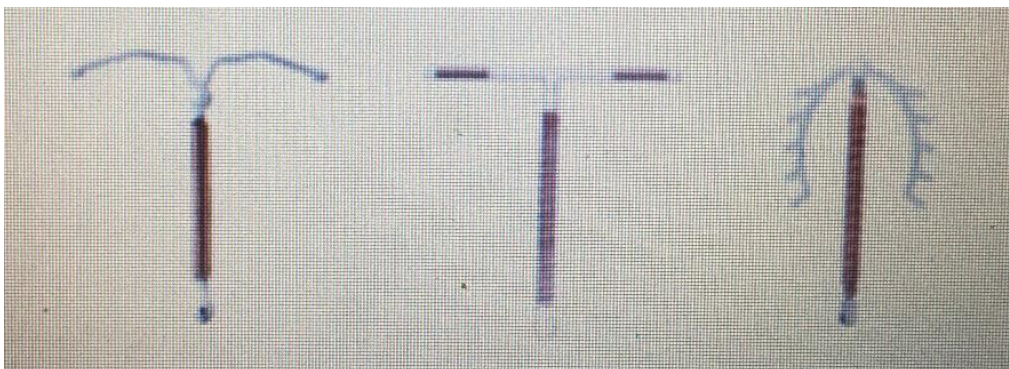
Annexe 16 : Tableau des compétences des sages-femmes pour la prescription de contraceptif et le suivi gynécologique.

REALISER UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION	
Réaliser un diagnostic	<ul style="list-style-type: none">• En accueillant la femme et éventuellement l'accompagnant, en consultant, en informant du suivi gynécologique régulier et en lui proposant de réfléchir à sa contraception.• En réalisant l'anamnèse, afin d'identifier d'éventuelles contre-indications<ul style="list-style-type: none">- en repérant les conduites de consommation à risque- en repérant les comportements à risque- en identifiant les facteurs de risque médicaux• En réalisant l'examen clinique de la femme• En réalisant, si nécessaire, un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ou un prélèvement vaginal
Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none">• En présentant les différentes formes de contraception possibles pour éclairer son choix :<ul style="list-style-type: none">- en utilisant des supports pédagogiquesen étant à l'écoute de ses attentes et de son mode de vie et en lui présentant les risques/bénéfices de chaque option<ul style="list-style-type: none">- en expliquant la physiologie de la fécondité, des cycles et de la vie sexuelle- en instaurant le dialogue autour de la sexualité avec la femme / le couple• En prévenant et dépistant toute situation de vulnérabilité de la femme• En participant au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles• En prescrivant la contraception et les examens complémentaires en relation avec le suivi gynécologique<ul style="list-style-type: none">- en faisant reformuler la femme quant à sa compréhension de l'utilisation de la méthode contraceptive retenue, et si besoin en lui faisant réaliser les gestes adaptés- en informant sur les démarches d'observance, de suivi, et de conduite à tenir en cas d'échec, d'oubli ou de problème- en donnant des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé• En prescrivant si nécessaire d'autres thérapeutiques (vaccins, médicaments)
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge	<ul style="list-style-type: none">• En planifiant le suivi gynécologique de la femme• En cas de dépistage de pathologie, en adressant la femme à un médecin

Annexe 17 : Contre-indications absolues à la pose de DIU.

Phase	DIU au cuivre	SIU hormonal
Grossesse et post-partum immédiat (4 semaines)	x	x
Pathologies génitales ou pelviennes en cours (infection, saignements inexpliqués, cancers, anomalies morphologiques, maladie inflammatoire)	x	x
Immunodépression sévère	x	x
Allergie au principe actif	x	x
Maladie de Wilson	x	
Tumeur hormono-dépendante		x
Affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique		x
Thrombophlébite évolutive		x

Annexe 18 : Formes des DIU (de gauche à droite : en Y, en T, en Oméga).



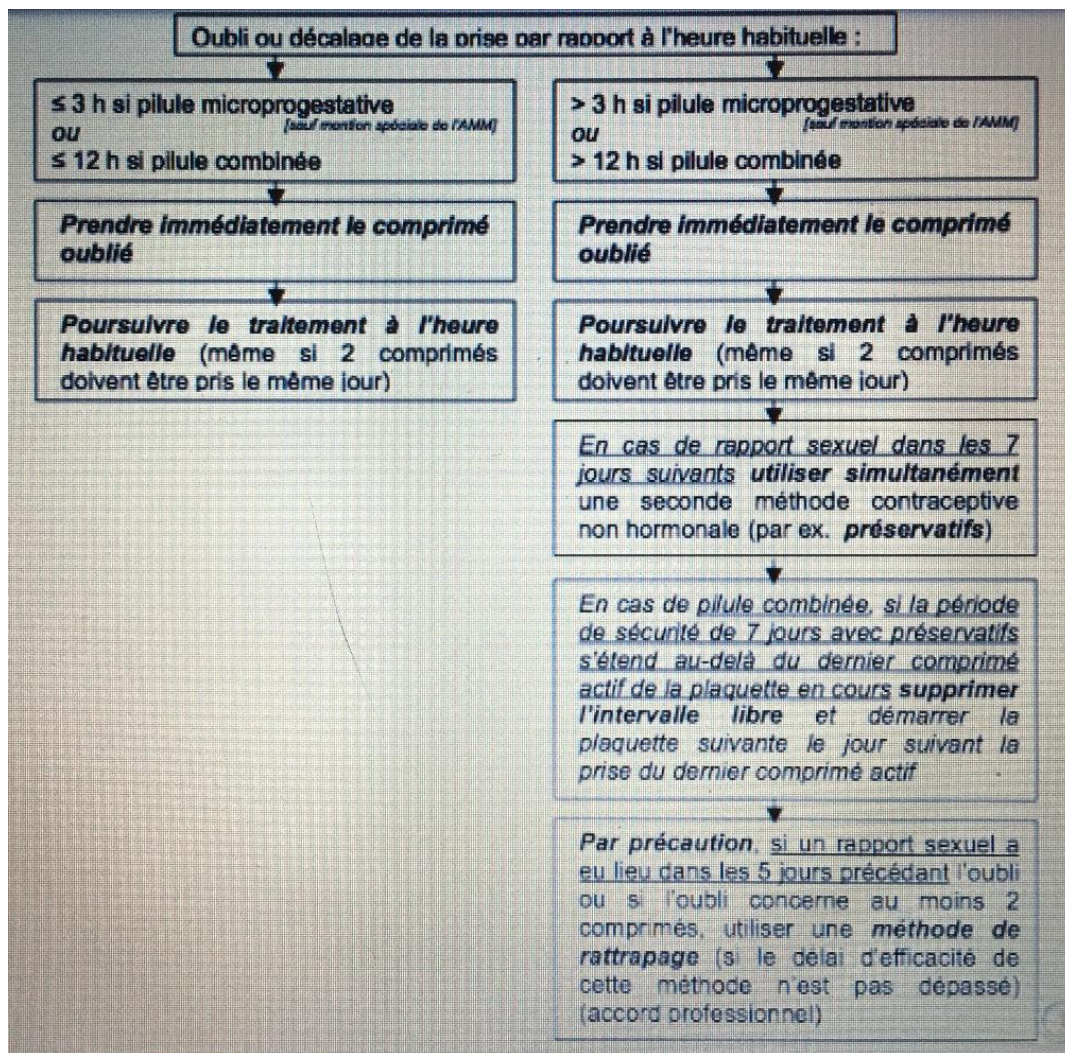
Annexe 19 : Caractéristiques des DIU commercialisés en France.

Nom commercial	Principe actif	Taille	Forme	Durée (années)
Gynelle 375 *	Cuivre 375 mm	Standard	Ω	5
Mona Lisa Cu 375 *	Cuivre 375 mm	SL Short	Ω	5
Multi Load Cu 375 *	Cuivre 375 mm	Short	Ω	5
Ancora 375 Cu *	Cuivre 375 mm	Standard	Ω	5
Mona Lisa CuT 380A QL *	Cuivre 380 mm	Standard	T	10
Mona Lisa NT Cu380A *	Cuivre 380 mm	Standard	Y	5
NT 380 *	Cuivre 380 mm	Short	Y	5
TT 380 *	Cuivre 380 mm	Short	T	10
UT 380 *	Cuivre 380 mm	Short	Y	5
Novaplus T380 *	Cuivre 380 mm	Normal / Maxi	Y	5
Copper T380A *	Cuivre 380 mm	Standard	T	10
Sugant 380A Cu *	Cuivre 380 mm	Standard	T	10
Mirena *	L	Standard	Y	5
Jaydess *	L	Petite	Y	3

Annexe 20 : Matériel nécessaire à la pose du DIU en fonction de la méthode choisie.

Matériel	Méthode classique	Méthode directe
Gants	Oui	Oui
Spéculum	Oui	Oui
Solution antiseptique	Facultatif	Facultatif
Compresse	Facultatif	Facultatif
Pince languette	Facultatif	Facultatif
Pince de Pozzi	Oui	Non
Hystéromètre	Oui	Non
Ciseaux Sims	Oui	Oui

Annexe 21 : Organigramme de la contraception d'urgence.



« La pratique des actes de gynécologie en médecine générale libérale en Bourgogne en 2016, vision des médecins et des patientes »

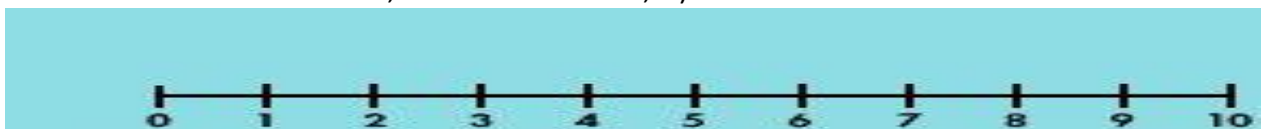
QUESTIONNAIRE MEDECIN (21)

- 1- Age :
- 2- Sexe : - F - M
- 3- Mode d'exercice actuel :
- Liberal strict - Liberal à activité mixte - Libéral salarié - Remplaçant
- 4- Année de thèse :
Année d'installation :
- 5- Réalisation de stage ou formation à la pratique de gestes gynécologiques
 - Oui : Lesquels ? Quand ?
 - Non
- 6- Quelle est la fréquence mensuelle de réalisation des actes de gynécologie suivant
 - Pose/retrait de dispositif intra-utérin :
 - Pose/retrait d'implant contraceptif sous-cutané :
 - Examen clinique gynécologique :
 - Prescription première contraception :
 - Frottis cervico-vaginal :
 - IVG médicamenteuse :
 - Suivi de grossesse et du post-partum :
 - Suivi de ménopause :

7- Quels sont les freins rencontrés à la pratique de gestes gynécologiques

	Manque de formation	Coût du matériel	Temps de consultation	Aménagement du cabinet	Cotation de l'acte	Autres (lesquels)
Pose/retrait de dispositif intra-utérin						
Pose/retrait d'implant contraceptif sous-cutané						
Examen clinique gynécologique						
Prescription première contraception						
Frottis cervico-vaginal						
IVG médicamenteuse						
Suivi de grossesse et du post-partum						
Suivi de ménopause						

8- Comment évaluez-vous votre adéquation formation/pratique ? (stages courts, formation médicale continue, création de réseau, ...)



0 : Mauvaise adéquation formation/pratique

10 : Excellente adéquation formation/pratique

« La pratique des actes de gynécologie en médecine générale libérale en Bourgogne en 2016, vision des médecins et des patientes »

QUESTIONNAIRE PATIENTE (89)

Je réalise actuellement un travail de recherche pour ma thèse, visant à étudier « les actes gynécologiques réalisés par les médecins généralistes libéraux en Bourgogne » ainsi que le « point de vue des patientes » sur le sujet. Cette thèse a pour objectif de mettre en avant les pratiques, les freins, les besoins de formations des médecins généralistes libéraux, mais aussi les habitudes et les attentes des patientes.

1- Age :

2- Situation familiale :

- Célibataire - Mariée/pacsée/en concubinage - Séparée/divorcée - veuve

3- Niveau scolaire :

En activité : - Oui - Non

Avez-vous déjà bénéficié :

4- Pose ou retrait d'un dispositif intra-utérin (stérilet) :

- Oui - Non

- Par quel praticien : - Médecin généraliste - Gynécologue - Sage-femme

- Expliquez ce choix :

5- Pose ou retrait d'un implant contraceptif sous-cutané :

- Oui - Non

- Par quel praticien : - Médecin généraliste - Gynécologue - Sage-femme

- Expliquez ce choix :

6- Examen clinique gynécologique (examen seins, pose spéculum, toucher vaginal,... lors d'un examen de routine, de douleur abdominale ou perte vaginale anormale par exemple) :

- Oui - Non

- Par quel praticien : - Médecin généraliste - Gynécologue - Sage-femme

- Expliquez ce choix :

7- Prescription de la première contraception :

- Oui - Non
 - Par quel praticien : - Médecin généraliste - Gynécologue - Sage-femme
 - Expliquez ce choix :
- 8- Réalisation du frottis cervico-vaginal (Frottis de dépistage) :
- Oui - Non
 - Par quel praticien : - Médecin généraliste - Gynécologue - Sage-femme
 - Expliquez ce choix :
- 9- Réalisation d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (IVG médicamenteuse) :
- Oui - Non
 - Par quel praticien : - Médecin généraliste - Gynécologue - Sage-femme
 - Expliquez ce choix :
- 10- Suivi de grossesse et du post-partum (après l'accouchement, allaitement) :
- Oui - Non
 - Par quel praticien : - Médecin généraliste - Gynécologue - Sage-femme
 - Expliquez ce choix :
- 11- Suivi de ménopause :
- Oui - Non
 - Par quel praticien : - Médecin généraliste - Gynécologue - Sage-femme
 - Expliquez ce choix :
- 12- Préférez-vous être suivi par :
- Un homme - Une femme - Indifférent
- 13- Seriez-vous prête à vous faire suivre exclusivement par votre médecin généraliste pour : (répondre par Oui ou Non)
- Pose ou retrait d'un dispositif intra-utérin (stérilet) :
 - Pose ou retrait d'un implant contraceptif sous-cutané :
 - Examen clinique gynécologique (examen seins, pose spéculum, toucher vaginal,... lors d'un examen de routine, de douleur abdominale ou perte vaginale anormale par exemple) :
 - Prescription de la première contraception :
 - Réalisation du frottis cervico-vaginal (Frottis de dépistage) :
 - Réalisation d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (IVG médicamenteuse) :
 - Suivi de grossesse et du post-partum (après l'accouchement, allaitement) :
 - Suivi de ménopause :

BIBLIOGRAPHIE

- 1- G. LE BRETON-LEROUVILLOIS, La démographie médicale en région Bourgogne : situation en 2015, 67 p.
- 2- Attal-Toubert K. et Vanderschelden M., 2009, La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, Études et Résultats, DREES, n° 679, février
- 3- La formation initiale des sages-femmes, disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/> (page consultée le 25 Novembre 2015)
- 4- Les compétences et droit de prescription des sages-femmes, disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/droit-prescription/> (page consultée le 25 Novembre 2015)
- 5- Arrêté du 4 février 2013 relatif à la liste des médicaments pouvant être prescrit par la sage-femme, disponible sur http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Arrête_du_4_février_2013-liste-medicament.pdf (page consultée le 27 Novembre 2015)
- 6- Arrêté du 27 juin 2006, relatif à la liste des dispositifs médicaux pouvant être prescrit par la sage-femme, disponible sur http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Arrête_du_27_juin_2006_liste-dispositifs-médicaux.pdf (page consultée le 1er Décembre 2015).
- 7- Extrait du code de la sécurité sociale concernant la prescription d'arrêt de travail par la sage-femme, disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/règles-prescription-arret-de-travail.pdf> (page consultée le 1er Décembre 2015)
- 8- Les compétences des sages-femmes : le suivi gynécologique de prévention et la contraception : Extrait du code de la santé publique, disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/> (page consultée le 5 Décembre 2015)
- 9- Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, Collectif des associations et des syndicats de sages-femmes. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger Levrault, 2010. 155p.

- 10-Conseil de l'Europe. L'omnipraticien, comment le former, comment susciter cette vocation ?
Résolution 77/30. Comité des Ministres, 1977. Disponible sur :
<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=594958&SecMode=1&DocId=659186&Usage=2> (page consultée le 11 Décembre 2015)
- 11-Natanson D. L'enseignement de la médecine générale en France 1958-1997. Mémoire de DEA de sciences de l'éducation. Université de Caen, 1998
- 12-De Guibert M. L'école de Riom. Dix ans au service de la médecine générale et de son enseignement. Thèse de médecine. Faculté Paris-Ouest, 1996
- 13-Conseil des communautés européennes. Directive du Conseil relative à une formation spécifique en médecine générale. 86/457/CEE. Bruxelles, 1986. Disponible sur <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31986L0457:FR:HTML> (page consultée le 20 Décembre 2015)
- 14-Gay B, Druais PL, Renard V. Les 30 ans du CNGE : l'émergence de la médecine générale universitaire. *Exercer* 2013; 110: 244-9
- 15-Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales- JORF n°250 du 27 octobre 2001 page 16963
- 16-CNFMC. Ministère de la Santé et des Solidarités. Disponible sur <http://www-cnfm.fr/onfmc-1.php> (page consultée le 3 Janvier 2016)
- 17-Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie? *Pedagog Med* 2002; 3 (1): 19-24
- 18-Haute autorité de santé. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Saint-Denis : HAS, 2015. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-lesmethodes-les-plus-efficaces-disponibles (page consultée le 12 Janvier 2016)
- 19-Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & Sociétés* 2014;511:1-4

- 20-Haute autorité de santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Saint-Denis : HAS, 2013. Disponible sur : [http://www. has-sante.fr/portail/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-unecontraception-adaptee](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-unecontraception-adaptee) (page consultée le 12 Janvier 2016)
- 21-Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Intrauterine Contraception. London : FSRH, 2015. Disponible sur : [http:// www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceIntrauterineContraception. pdf](http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceIntrauterineContraception.pdf) (page consultée le 12 Janvier 2015)
- 22-Heinemann K, Westhoff CL, Grimes DA, Moehner S. Intrauterine Devices and the Risk of Uterine Perforations: Final Results From the EURAS-IUD Study. *Obstet Gynecol* 2014;123 Suppl 1:3S.
- 23-Pergialiotis V, Vlachos DG, Protopappas A, Vlachos GD. Analgesic options for placement of an intrauterine contraceptive: a metaanalysis. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2014;19:149-60
- 24-Kulier R, O'Brien PA, Helmerhorst FM, Usher-Patel M, D'Arcangues C. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;4:CD005347
- 25-Insérer un dispositif intra-utérin : méthode classique et méthode directe, Place an intrauterine device: classical method and direct méthode Lori Savignac-Karakozian, Élise Benin, Elodie Benson, Yannick Ruelle *exercer* 2015;121:229-34
- 26- Codage des actes médicaux CCAM, disponible sur <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/codage-des-actes-medicaux-ccam.php> (page consultée le 20 Janvier 2016)
- 27-Gigues B, L'implant N'explantons, collège national des gynécologues obstétriciens français, <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/304-l-implant-nexplanon> (page consultée le 15 Janvier 2016)
- 28-Examen gynécologique, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/3.html#3 (page consultée le 15 Janvier 2016)
- 29-Reinhardt W, Rudy S, Renan M. Gâter guide to counseling. *Populi Repo J* 1998;(48):1-31

- 30-Stratégies de choix des méthodes contraceptives. AFSSAPS, ANAES,INPES,décembre 2004,
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf (page consultée le 15 Janvier 2016)
- 31-Mahé C, Cocqueel F, Garnier A. État des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. Paris : Inca, 2007. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/publications/70-depistage/401etat-des-lieux-du-depistage-du-cancer-du-col-uterin-en-france> (page consultée le 28 Janvier 2016)
- 32-Gambiez-Journard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. Exercer 2011;98:122-8
- 33-Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes exercer 2013;107:114-20
- 34-Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, titre III : prévention et santé publique) (Le frottis cervico-utérin Technical procedure: cervical smear, David Darmon, Carl Moubarak, Olivier Toullalan, Pascal Boulet, exercer 2015;117:40-3
- 35-Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale. L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse. Paris : CSIS, 2011. Disponible sur : http://www.social-santé.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_IVG_GT_2CSIS_2011-2.pdf. (page consultée le 2 Février 2016)
- 36-Haute autorité de santé. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations de bonnes pratiques. Argumentaire. Saint-Denis : HAS, 2010. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_recommandations_-_me_2011-04-28_11-39-11_882.pdf (page consultée le 2 Février 2016)
- 37-Faucher P. Interruption volontaire de grossesse par procédés médicamenteux. In: EMC Gynécologie. Paris : Elsevier, 2006:738A-50. Disponible sur : http://www.revho.fr/professionnels/bibliographie/sources_doctrinales/francais/ivg_emc_1.pdf (page consultée le 3 Février 2016)

- 38-Faucher P, Baunot N, Madelenat P. Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude prospective sur 433 patientes. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;4:220-7
- 39-Thoai D, Min Hae Park, Shakur H. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic : a systematic review. *Bull World Health Organ* 2011;89:36070
- 40-L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse : motivations, difficultés et propositions des médecins généralistes, Hada Hidoussi, Josette Vallée, *exercer* 2014;111:20-8
- 41-HAS, suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, Mise à jour Mai 2016, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf (page consultée le 6 Février 2016)
- 42-Recommandations pour la pratique clinique Post-partum (texte court), Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2015, <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176> (page consultée le 6 Février 2016)
- 43-Item 55 : Ménopause, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item55/site/html/5.html> (page consultée le 16 Février 2016)
- 44-Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), Médicaliser la ménopause ? Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Mise au point sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS). AFSSAPS ; 2003 Jan.
- 45-Année 2014, N°113, Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE, Présentée et soutenue publiquement par LAGEYRE Kitterie, Déterminants objectifs et subjectifs de la pratique gynécologique en médecine générale : étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne
- 46-Année 2010, thèse pour le doctorat en médecine, Dias Sabrina, état des lieux de la pratique d la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France

- 47-COSTES M., LOUZEAU ARNAL G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse de médecine générale, Toulouse, 2006, 106p
- 48-Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie? *Pedagog Med* 2002; 3 (1): 19-24
- 49-Lauchet N. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne : obstacles et besoins de formation identifiés-. Th. d'exercice: Limoges: 2010; 3105
- 50-Ravelojaona A. Suivi gynécologique par les médecins généralistes libéraux des Pyrénées-Atlantiques : état des lieux, freins objectifs et subjectifs. Th.d'exercice: Médecine : Bordeaux2-Victor Ségalen : 2013 ; 72
- 51-Fayolle E. Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. *Exercer* 2013; 107 : 114-20
- 52-GUYARD L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ psychosomatique*, 2002, N°27, p.81-92
- 53-Dias S., Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France. Thèse de médecine générale, Paris, 2010, 140p.
- 54-COSTES M., LOUZEAU ARNAL G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse de médecine générale, Toulouse, 2006, 106p
- 55-LEVASSEUR G., BAGOTC C., HONNORAT C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Société française de santé publique. *Revue santé publique*, 2005, n°51
- 56-Gay B. L'examen gynécologique en médecine générale, un geste négocié, *Exercer* 1992 ; 18 :20-3
- 57-Begoc-Kerloc'h C. Évaluation d'une formation sur les gestes techniques du département universitaire de médecine générale de la faculté de Brest. Thèse de médecine. Brest ; 2011
- 58-Arino-Clouet S. Le stérilet en médecine générale. Thèse de médecine. Bordeaux ; 2005, 129p

- 59-Alchimowicz S. Pratique et avenir des gestes techniques en médecine générale : enquête auprès de 120 médecins généralistes du département du Haut-Rhin, Thèse de médecine. Strasbourg ; 2012
- 60-Baranger L. État des lieux des apprentissages des pratiques de gynécologie des internes de médecine générale en stage ambulatoire. Thèse de médecine. Angers ; 2011
- 61-Hofliger P, Caluzio P, Guegan JC et al. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale, l'exemple du frottis cervical. Revue du praticien en médecine générale 1994, 254 : 29-32
- 62-Flori M : évaluation de la qualité des frottis du col de l'utérus pratiqué par les médecins généralistes ; Exercer ; 2005 ; 73 :44-47
- 63-Marret H, Golfier F, Vollerin F, Legoaziou MF, Raudrant. Le DIU en médecine générale : à propos d'une étude prospective sur 300 poses. J Gyn Obst Biol Reprod 2002;31:465-70
- 64-Cornaz J. Des gestes techniques en médecine générale. Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés : pratiques et réticences. Thèse de médecine ; Paris V ; 2010, 137p
- 65-Carpeza E. Les gestes techniques gynécologiques en médecine générale à la Réunion : étude descriptive randomisée. Thèse de médecine Amiens ; 2006
- 66-Bidet P., Pratique des gestes et techniques de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil, Thèse de médecine Paris ; 2013
- 67-Angot O. Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création : une enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine générale. Thèse de médecine Toulouse ; 2009, 234 p
- 68-Fivaz C, Le Laidier S. Une semaine d'activité des généralistes libéraux. Point Statistique (CNAMTS) 2001
- 69-G. Levasseur, C. Bagot, C. Honnorat. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne, Santé publique 2005, volume 17, no 1, pp. 109-119
- 70-SYNGOF. Livre Blanc de la gynécologie-obstétrique en France. Syngof 1998

- 71-Perret J. Le frottis cervical de dépistage dans le cadre du mouvement français pour le planning familial de Rennes. Étude rétrospective de 1019 dossiers sur trois ans. Rennes: Rennes 1, 2002
- 72-SCHAFFER P., WEILO. Les généralistes et le dépistage du cancer du col utérin. Revue Prescrire 1995 ; 150 :271
- 73-EL SAWY AA. The general practitioner's real-life experience of screening. Bull Cancer 1996; 83(9): 761-3
- 74-MARRET H, GLOFIER F et al. Intrauterine devices in general practice: a prospective study of 300 insertions. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002; 31(5): 425-70
- 75-ARINO-CLOUET S. Le stérilet en médecine générale: enquête auprès des médecins généralistes d'Aquitaine. Thèse de Médecine Générale, Bordeaux 2, 2005 ; 129 p
- 76-COHEN J. MADELENAT P. LEVY-TOLEDANO R. Gynécologie et Santé des femmes. La demande de soins-Grossesse. Paris : éditions ESKA, Mai 2000.
- 77-Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations pour les professionnels de santé. Mai 2007
- 78-SCHEIDEGGER S., VILAIN A. Disparités sociales et surveillance de la grossesse. DREES. Études et Résultats, n°552, Janvier 2007
- 79-Dubois G. Le dépistage des cancers. Situation et perspectives en France. Rev Med Assur Maladie 1991; (1): 10-3
- 80-Observatoire Thalès. Étude 2769. Septembre 1999
- 81-DOREMA. Étude permanente de la prescription médicale (EPPM). Trimestre : printemps 1999. IMS, 1999
- 82-Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Synthèse des résultats. Sondage réalisé pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale [en ligne]. Novembre 2008. [Consulté le 2/11/2009]. Disponible sur http://www.bva.fr/administration/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_sui_vi_gynecologiquee0a78.pdf (page consultée le 3 Avril 2016)

83-LE GOAZIOU M.-F., GILBERG S. Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie.
Revue du praticien. Médecine générale. 1999 ; n°474 : 1646-1647

84-MG France, Prise en charge de la santé des femmes : le rôle fondamental du médecin généraliste, 7 mars 2013, disponible sur <http://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiqués/communiqués-2013/422-prise-en-charge-de-la-santé-des-femmes-le-rôle-fondamental-du-médecin-généraliste> (page consultée le 12 Avril 2016)

85-Guéniot C. Dépistage des cancers: et si on pensait au généraliste? Panorama du Medecin 1999; (4975): 26-31

86-COHEN J., MADELENAT P., LEVY-TOLEDANO R. Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? État des lieux et perspectives en 2020. Paris : éditions ESKA, Juin 2000, 188p



Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins généralistes et des patientes.

AUTEUR : SAIDANI MANEL

RESUME :

Cette étude est descriptive quantitative, portant sur la réalisation des actes de gynécologie par le médecin généraliste en Bourgogne en 2016, avec la pratique et l'avis des médecins généralistes, mais aussi l'orientation et les préférences de suivi des patientes bourguignonnes. La seule différence relevée chez les médecins concernait la pose ou retrait d'implant sous-cutané contraceptif réalisés le plus souvent par des médecins généralistes femmes qu'hommes. Les freins à leur pratique étaient le manque de formation, le temps de consultation, l'aménagement du cabinet, la cotation de l'acte. En ce qui concerne les patientes, les différences portaient sur la pose ou retrait de dispositif intra-utérin, la pose ou retrait d'implant contraceptif sous-cutané, l'examen gynécologique, le suivi de grossesse. Les résultats quant au suivi de ménopause n'étaient pas interprétatifs dans cette étude. Une grande partie des femmes interrogées étaient indifférentes au genre du médecin consulté. Il existe en Bourgogne un diplôme universitaire pouvant compléter les attentes de formation du médecin généraliste. Mais aussi les journées de gynécologie-obstétrique de Bourgogne et Franche-Comté proposées dans le cadre du réseau Bourgogne Femmes et Enfants, ou le Collège National des Généralistes Enseignants qui propose en 2016 une formation à la pose et au retrait de dispositif intra-utérin et de l'implant contraceptif, la réalisation du frottis, et à la formation des étudiants à ce dépistage et à ces gestes pour les maîtres de stage des universités. L'affichage en salle d'attente du dépistage par frottis ou examen clinique gynécologique, de contraception, etc... pourraient permettre aux patientes de s'informer sur toutes les prises en charge gynécologique que peut faire le médecin généraliste.

MOTS-CLES :

Médecine générale, patientes, actes gynécologiques, recours aux soins, dépistage, prise en charge globale, freins, attentes des médecins, attentes des patientes, santé des femmes.