



Service universitaire de médecine générale, université Jean-Monet, Saint-Etienne

# Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes

## Factors influencing GPs' gynecological practice

Élodie Fayolle, Josette Vallée

exercer 2013;107:114-20.

elodiefayolle@aol.com

### Mots-clés

Gynécologie

Prévention

Médecine générale

QUALICO

### Key words

Gynecology

Prevention

General practice

QUALICO

**Background.** General practitioners' (GP) implication is variable in women's routine gynecological care, including screening of cervix cancer by cervical pap smears. The aim of this study was to investigate the GPs' determinants of gynecological practice.

**Methods.** Qualitative thematic analysis of semi-structured interviews. 15 GPs were included between June 2010 and April 2012.

**Results.** GP felt invested in the gynecological care, especially in screening for cancers. Activity was variable according to GPs' gender, training and interest. Male gender, unsuitable equipment and patients' reluctances were cited as barriers. The cervical pap smear realization did not follow the french guidelines. The financial incentive was seen as a recognition of the GPs' skills. The cervix cancer organized screening was approved by a large majority. Initial training in hospital gynecological consultations seemed crucial for the acquisition of skills.

**Conclusion.** GPs feel invested in gynecological care. They look for recognition of their activity and skills in this domain. Initial training in ambulatory or hospital consultation should be improved.

## Introduction

Le suivi gynéco-obstétrical des femmes comprend notamment le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, le suivi de la contraception et des grossesses non pathologiques. Des disparités existent entre les médecins généralistes (MG) pour la réalisation de ce suivi<sup>1</sup>.

En France, 42 000 nouveaux cas de cancer du sein sont découverts chaque année. Ce cancer est responsable de 11 000 décès par an, soit 20 % des décès par cancer féminin. Il est au 1<sup>er</sup> rang en termes de morbidité et de mortalité, 45 % des femmes de 50 à 69 ans n'auraient pas bénéficié d'une mammographie depuis moins de deux ans<sup>2,3</sup>.

Le cancer du col de l'utérus touche environ 3 000 femmes par an, il se situe au dixième rang des cancers féminins. Il est responsable d'environ 1 000 décès par an. Depuis 2002, les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) pour le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus sont deux frottis cervico-utérins (FCU) initiaux à un an d'intervalle puis un tous les 3 ans, de 25 à 65 ans<sup>4</sup>. Actuellement, 30 à 40 % des Françaises ne seraient pas dépistées correctement<sup>5,6</sup>. En Europe, notamment dans les pays nordiques, il a été démontré que le dépistage individuel par FCU est moins efficace que le dépistage organisé, qui a réduit

l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus de manière importante<sup>7</sup>. En France, le budget du dépistage individuel suffirait à couvrir celui d'un dépistage organisé<sup>8</sup>. Certains départements français ont mis en place des programmes de dépistage organisé qui ont permis une meilleure participation des femmes, notamment après 50 ans<sup>9</sup>.

Différentes études ont montré que les femmes les moins dépistées, que ce soit pour le cancer du sein ou du col de l'utérus, sont les plus à risque : plus âgées et de milieu socio-économique défavorisé<sup>6,10,11</sup>. Ce sont aussi celles qui ne consultent pas de gynécologue mais plutôt le MG, généralement pour des motifs non gynécologiques. Ce dernier semble être le professionnel de santé le mieux placé pour le dépistage de certaines pathologies gynécologiques cancéreuses et pour expliquer son intérêt.

En 2003, selon le rapport Polleti, 44 % des femmes de 16 à 54 ans qui consultaient un MG lui confiaient leur contraception. En 2009, plus de la moitié des contraceptifs remboursés par la Sécurité sociale ont été prescrits par des MG<sup>11</sup>. Toutefois, différentes études ont mis en relief le fait que les femmes jugeaient leur médecin généraliste peu compétent pour le suivi gynécologique mais lui attribuaient le rôle de conseiller, qu'il effectue ou non ce suivi spécifique<sup>12</sup>.

Les auteures déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts



Au sein de l'étude QUALICO, qui explore les représentations des professionnels de santé et des usagers sur la contraception, ce travail explore les déterminants de la pratique des médecins généralistes sur leur activité gynécologique de dépistage et de prévention.

## Méthode

Une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été conduite de juin 2010 à avril 2012, jusqu'à saturation des données, auprès de MG de la Loire (France).

Un échantillon de MG a été constitué de proche en proche grâce aux connaissances professionnelles de l'enquêtrice. La variation a été recherchée selon le genre, le lieu d'exercice (rural ou urbain), l'âge, le type d'exercice (libéral exerçant seul ou associé ; installé ou remplaçant) et l'ancienneté d'exercice, quelle que soit la pratique de la gynécologie.

Les entretiens semi-directifs ont été conduits à l'aide d'un guide qui, après une présentation de l'investigatrice, MG remplaçante, a abordé les déterminants de la pratique gynécologique (formation spécifique initiale et continue à la gynécologie, équipement du cabinet, contenu

de l'examen gynécologique, réalisation du frottis), les représentations des MG sur les demandes des femmes, les difficultés qu'ils avaient pu rencontrer et le recours aux gynécologues (tableau 1).

Les entretiens ont été effectués par l'investigatrice au cabinet du MG interrogé, enregistrés de façon anonyme après accord des participants puis intégralement retranscrits sous Word®. Une analyse thématique de contenu des entretiens a été effectuée par les deux auteurs.

Une déclaration simplifiée à la Cnil a été enregistrée.

## Résultats

Seize médecins généralistes ont été contactés par téléphone. Quinze ont accepté l'entretien : sept hommes et huit femmes. La moyenne d'âge était de 46 ans (de 30 à 61 ans). Les caractéristiques des médecins interrogés sont reportées dans le tableau 2.

La saturation théorique des données a été obtenue après 13 entretiens ; deux entretiens supplémentaires ont été effectués pour confirmer ce résultat. La durée moyenne des entretiens était de 12 minutes 33 secondes (de 8 minutes à 18 minutes 46 secondes).

- |     |  |
|-----|--|
| 1.  | Pour vous, en quoi consiste le suivi gynécologique systématique ?  |
| 2.  | Pensez-vous que cela fasse partie du rôle du médecin de famille ?  |
| 3.  | Avez-vous été formé pour réaliser le suivi gynécologique ?<br>Si oui, quand et comment ?<br>Si non, pourquoi à votre avis ?<br>Comment pensez-vous que l'on peut améliorer cette formation ?   |
| 4.  | Avez-vous pour habitude d'effectuer le suivi gynécologique de vos patientes ?<br>Sinon, vers qui avez-vous l'habitude de les orienter ?  |
| 5.  | Effectuez-vous des examens gynécologiques ponctuels dans certaines circonstances ? Lesquelles ?  |
| 6.  | Si oui : Comment votre cabinet est-il équipé pour cet examen? (à aborder : salle d'examen séparée ? Spéculum à usage unique ou à stériliser ? Étriers ? Éclairage ?)<br>Si non, pouvez-vous m'en donner les raisons ?  |
| 7.  | Avez-vous des réticences ou des appréhensions personnelles pour cet examen ?   |
| 8.  | Avez-vous déjà rencontré des difficultés lors d'un examen gynécologique ?  |
| 9.  | Il est recommandé d'effectuer les frottis environ tous les trois ans : les pratiquez-vous vous-même ?<br>Combien pensez-vous en effectuer par semaine ?<br>Comment vous procurez-vous le matériel nécessaire au frottis ?<br>Si non, que proposez-vous aux femmes afin qu'il soit effectué ?       |
| 10. | Que pensez-vous de la rémunération du frottis quand il est effectué par le MG ?<br>Cela est-il un obstacle pour vous ?<br>Une meilleure rémunération vous conduirait-elle à en pratiquer plus régulièrement ?<br>Pensez-vous qu'elle soit de nature à favoriser un meilleur dépistage des femmes ? |
| 11. | Un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est réalisé dans certains départements, qu'en pensez-vous ?   |
| 12. | Avez-vous des difficultés pour l'interprétation des résultats du frottis ?   |
| 13. | Quelles sont à votre avis les réticences des femmes pour la réalisation de cet examen par vous-même ou en général ?  |

Tableau 1 : Guide d'entretien



## Activité gynécologique préventive et non programmée

### La prévention principalement

Les MG interrogés ont estimé, dans leur grande majorité, que la prévention dans le domaine gynécologique et le suivi de grossesses non pathologiques faisaient partie de leurs fonctions. Ils y incluaient l'examen général, la palpation mammaire, le toucher vaginal et la réalisation du FCU. La prescription d'examens complémentaires y était fréquemment associée, notamment la mammographie de dépistage, dans le cadre du dépistage organisé ou en fonction des facteurs de risque, parfois à la demande de la patiente. Les examens biologiques liés à la contraception et à la grossesse ont été cités.

Les actes de prévention en gynécologie étaient réalisés, en fonction de l'âge des patientes, pour une demande de contraception, une grossesse ou la ménopause. Ils permettaient d'évoquer la sexualité avec les patientes, éventuellement de réaliser des vaccins anti-HPV.

L'examen gynécologique pouvait être demandé par la patiente ou proposé de manière systématique par le médecin à l'occasion d'une consultation pour un autre motif. Il était motivé principalement par le dépistage des pathologies cancéreuses, la recherche d'une mauvaise tolérance de la contraception, le dépistage des infections sexuellement transmissibles et de l'incontinence urinaire.

Aucun des MG interrogés n'insérait de dispositifs intra-utérins même si plusieurs avaient appris à le faire. Ces derniers s'estimaient insuffisamment compétents

en raison d'une moindre pratique liée à une faible demande. Certains effectuaient la pause d'implants contraceptifs.

Quelques-uns ont évoqué leur préférence pour une consultation dédiée à l'examen gynécologique et à la prévention, qu'ils proposaient systématiquement.

### Frottis cervico-utérin

Beaucoup de MG réalisaient eux-mêmes le FCU tous les 2 ans, fréquence qu'ils avaient apprise à l'université ou qui était conseillée, d'après eux, par les gynécologues. Néanmoins, à la suite de séances de FMC, les MG avaient tendance à se rapprocher des recommandations de la HAS en le proposant tous les 3 ans. Ils considéraient parfois que ce changement de rythme nécessitait une information auprès des femmes habituées à bénéficier d'un FCU tous les un à deux ans. La plupart le proposaient aux femmes dès les premiers rapports sexuels. Certains ne le proposaient plus après la ménopause ou lors de l'arrêt de l'activité sexuelle alors que d'autres continuaient jusqu'à 75 ans, la fréquence diminuant cependant avec l'âge. Ceux qui ne le réalisaient pas eux-mêmes adressaient les patientes au laboratoire, à des consœurs MG, leur associée notamment, ou au gynécologue. S'il leur arrivait de rencontrer un problème pour l'interprétation du résultat du FCU, ils n'hésitaient pas à faire appel à un confrère (MG, anatomopathologiste ou gynécologue).

Certains estimaient qu'une meilleure rémunération les inciteraient à réaliser plus de FCU, mais pas tous, par manque d'intérêt ou de temps. La majorité estimait qu'une

MG	Genre	Âge	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Durée entretien
1	Homme	58	Installé/Non associé	Rural	10 min
2	Femme	36	Installée/Non associée	Urbain	8 min
3	Femme	49	Installée/Associée	Rural	9 min
4	Homme	45	Installé/Associé	Urbain	10 min
5	Femme	43	Installée/Associée	Rural	13 min
6	Homme	55	Installé/Associé	Urbain	18 min
7	Femme	44	Installée/Associée	Rural	13 min
8	Homme	61	Installé/Associé	Rural	16 min
9	Femme	31	Installée/Associée	Urbain	10 min
10	Homme	30	Remplaçant	Rural	12 min 54 s
11	Homme	31	Installé/Associé	Rural	11 min
12	Femme	36	Remplaçante	Rural	13 min 35 s
13	Femme	52	Installée/Associée	Urbain	16 min 56 s
14	Femme	51	Installée/Associée	Urbain	18 min 46 s
15	Homme	58	Installé/Associé	Rural	8 min 11 s

Tableau 2. Caractéristiques des médecins généralistes rencontrés et durées des entretiens



rémunération spécifique équivaldrait à la reconnaissance d'une certaine compétence, mais semblait résignée sur ce point : « *Je les fais quand il faut les faire* » (M5). La revalorisation financière de cet acte « *permettrait peut-être à certaines femmes de reconnaître la spécificité du médecin généraliste dans l'examen gynécologique* » (M7). « *Mes journées sont ponctuées de ce genre d'obstacle, si je m'arrête à ça je ne fais plus rien* » (M4).

Lors de l'étude, le département de la Loire n'était pas concerné par le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, contrairement au département limitrophe de la Haute-Loire. La réalisation du FCU dans le cadre d'un dépistage organisé a semblé intéressante aux MG interrogés, d'autant que le MG était impliqué, et à condition d'une rémunération adaptée qui les motiverait. Ils voyaient dans la sollicitation à réaliser cette surveillance une aide pour les patientes à se prendre en charge, même s'ils pensaient qu'une partie de la population ne serait tout de même pas dépistée : « *Le problème, c'est qu'on dépiste des gens qui sont déjà sensibilisés à cette problématique* » (M1).

### Une pratique variable

Pour certains, l'activité en gynécologie augmentait du fait de la raréfaction des gynécologues libéraux, d'autres la déléguaient au gynécologue. Certains MG doutaient de leur propre compétence et de leurs connaissances ou avaient un manque d'intérêt pour la discipline. L'examen a été parfois jugé difficile en raison d'un manque de connaissance ou d'habileté. Certains symptômes accentuaient ces difficultés : vaginisme ou atrophie rendant l'examen douloureux, saignements importants, grossesse. Toutefois, une majorité considérait qu'avec l'expérience la gynécologie devenait plus facile. « *La gynécologie ça me plaît de mieux en mieux, peut-être parce je me sens de plus en plus à l'aise* » (M12).

Les remplaçants hommes ou femmes et les MG installés pratiquant peu la gynécologie ont semblé avoir une activité gynécologique plutôt motivée par une plainte : saignements ou douleurs abdomino-pelviennes le plus fréquemment.

### Équipement et agencement du cabinet

Le faible équipement du cabinet a été cité comme un frein, notamment par les MG remplaçants.

Il était variable d'un cabinet à l'autre en fonction de l'activité et de l'intérêt du MG pour la gynécologie. L'agencement du cabinet importait pour certains ; il comportait alors une salle d'examen séparée du bureau ou un paravent : « *Le côté séparé du cabinet est un élément assez important, c'est majeur.* » (M12). Un bon éclairage apparaissait important pour une bonne pratique. Les remplaçants qui exerçaient dans différents cabinets ont tous reconnu que l'installation du cabinet influait sur leur pratique. Les étrières ne paraissaient pas

indispensables à une activité gynécologique soutenue pour certains, alors que d'autres ont estimé qu'ils facilitaient l'examen. Les spéculums utilisés étaient à usage unique ou stérilisables : « *Moi, personnellement, ce truc en plastique, j'y arrive moins bien.* » (M5).

### Recours aux gynécologues

En fonction de leur lieu d'exercice, urbain ou rural, les MG considéraient les gynécologues comme « *omni-présents* » ou au contraire éloignés. Leur accessibilité, hors urgence, a été jugée difficile, voire impossible, en raison d'un refus de prise en charge de nouvelles patientes par certains gynécologues. Les délais d'accessibilité allaient de un à huit mois, plus courts en milieu urbain. Les MG travaillaient indifféremment avec le secteur public ou privé, la proximité étant l'argument majeur de leur choix. La majorité pensait que les gynécologues se rendaient disponibles en cas d'urgence ou pour un avis ponctuel. Les joindre dans ces situations paraissait cependant chronophage à un certain nombre, qui y ont renoncé, préférant les urgences hospitalières.

### La formation

La formation à la gynécologie était très variable. C'est la participation aux consultations en stage hospitalier pendant l'externat et l'internat qui a paru la plus formatrice aux participants. Le stage en médecine générale, la FMC et la lecture sont souvent venus compléter cette formation initiale hospitalière. Certains MG avaient obtenu le diplôme interuniversitaire de gynécologie, tandis que d'autres s'étaient formés seuls, « *sur le tas* ». Les médecins plus âgés semblaient avoir été formés à l'exécution de plus de gestes : « *Curetages pour les interruptions de grossesse volontaires ou non, pose de stérilet...* » (M3), « *accouchement* » (M8).

Les médecins plus âgés et maîtres de stage de longue date avaient observé que les internes de médecine générale étaient de mieux en mieux formés, notamment pour la réalisation du FCU. Pour améliorer cette formation, une majorité de MG ont évoqué l'importance des stages en service de gynécologie et surtout la participation des futurs MG aux consultations. Il leur a paru inadapté de devoir choisir entre un stage de pédiatrie ou de gynécologie lors de l'internat de médecine générale.

### Obstacles liés aux représentations des MG

#### Genre du médecin

Ce dernier a été un élément très souvent cité alors que le guide d'entretien n'abordait pas directement ce sujet. Les MG, quel que soit leur genre, étaient convaincus qu'il était plus facile pour une femme



© casanowe - Fotolia.com



médecin de pratiquer la gynécologie en raison d'une préférence des patientes. « *Je crois qu'elles préfèrent que ce soit fait par une femme, en grosse majorité* » (M2). Certaines femmes MG ont comparé l'examen gynécologique au toucher rectal qu'elles avaient du mal à proposer dans le cadre du dépistage du cancer de prostate, en raison d'un malaise important : « *Sur le toucher rectal, ça serait pas pareil !* » (M3).

Les MG hommes avaient parfois des difficultés à proposer un examen gynécologique pour des raisons spécifiques : leur malaise face à l'examen, la réticence des patientes, les patientes très jeunes ou âgées, ou la familiarité avec certaines patientes : « *Quand je connais trop bien les gens, la gynécologie devient difficile* » (M8).

Le besoin de certaines patientes de séparer le suivi gynécologique du reste de leur suivi médical était bien compris et accepté par les MG.

### Facteurs attribués aux patientes

Certains MG ont abordé un manque d'information des patientes : méconnaissance de l'intérêt du FCU et fausses croyances (risque de cancer du col de l'utérus uniquement lié à la multiplication des partenaires sexuels par exemple). Pour eux, le fait que certaines patientes ignoraient que le MG effectuait les FCU était un élément limitant du suivi.

L'appréhension des patientes de la découverte d'une anomalie, « *la peur de la maladie* » ont été citées : « *On va quand même dans l'intimité, c'est encore les tabous, les représentations..., c'est un peu culturel je pense* » (M6). Plusieurs MG ont évoqué le manque de responsabilisation des patientes, la négligence et la paresse : « *Quand elles viennent au bout de 4 ans en disant : "Oh ben, ça fait 4 ans que je n'ai pas eu de frottis", ça veut dire qu'elles n'y ont pas pensé pendant 4 ans* » (M2). Ils ont aussi cité de possibles réticences des patientes pour l'examen gynécologique : crainte de la douleur, notamment pour les jeunes filles, position gynécologique, introduction d'un objet (spéculum), pudeur des patientes, diminution ou absence d'activité sexuelle qui, d'après les patientes, rendraient le suivi inutile.

Le contexte culturel pouvait être un frein pour certains : patientes ne parlant pas français, nécessité d'un accompagnant, souvent le mari, qui servait d'interprète.

### Discussion

Cette étude permet de mieux comprendre ce qui motive ou pas certains MG à s'investir dans la prévention gynécologique, mais elle présente plusieurs limites. Les entretiens ont été menés par une seule enquêtrice, médecin généraliste remplaçante : la confraternité a pu influencer les réponses des MG interrogés, d'autant que le recrutement s'est fait de proche en proche.

Toutefois, un recueil d'opinions et d'expériences plus personnelles des MG a été ainsi possible. L'étude a porté en priorité sur les démarches préventives, objet d'une précédente étude auprès des femmes, et n'a pas exploré la prise en charge obstétricale et postnatale et les situations urgentes ou semi-urgentes<sup>12</sup>. Enfin, notre recrutement souffre de l'absence de MG insérant des dispositifs intra-utérins.

Certains résultats communs avec l'étude de Gambiez-Jouard, menée auprès de femmes, ont émergé<sup>12</sup>. Les patientes et les MG ont cité une certaine négligence du suivi gynécologique, la crainte du résultat du FCU et la pudeur. Les patientes méconnaissaient parfois les compétences du MG en gynécologie, ce que les MG ont aussi souligné. Les MG mettaient en miroir cette méconnaissance et l'absence de rémunération spécifique du FCU réalisé au cabinet. Cette rémunération existe depuis peu, et devrait favoriser une plus grande implication des MG et valoriser leurs compétences comme le souhaitaient certains. L'obligation faite aux médecins d'afficher les tarifs des actes réalisés dans leur salle d'attente pourrait être un moyen de faire connaître cette compétence à leur patientèle. Il en est de même pour les lettres d'invitation au dépistage organisé du cancer du col utérin mentionnant le MG comme professionnel pouvant réaliser le FCU. Les patientes accordaient une place prépondérante aux MG dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et pensaient qu'un dépistage organisé pouvait être facilitant. Il en était de même pour les MG, qui ont été cependant plus circonspects quant à l'impact d'un tel dépistage sur certaines populations.

En termes de compétences, certains MG, peu investis, n'assuraient que la prise en charge des maladies gynécologiques en situation urgente ou semi-urgente. D'autres, plus impliqués, assuraient différents suivis : grossesse normale, examen préventif, suivi de contraception, comme c'était le cas pour neuf MG sur dix dans l'étude de Lévassier<sup>1</sup>. Une des spécificités de l'exercice du MG est la gestion de plusieurs doléances lors d'une seule consultation. Le principe d'une consultation dédiée à la prévention gynécologique a été plébiscité par les MG comme par les patientes<sup>12,13</sup>.

En revanche, alors que le genre du médecin a été retenu par les MG comme un élément important dans le choix des patientes, celles-ci avaient plutôt mis en avant la familiarité pour écarter leur MG de leur suivi gynécologique, notion admise et partagée par ces derniers<sup>12</sup>.

Le manque de formation en gynécologie et/ou d'intérêt pour la discipline entraînait un malaise chez certains MG. Beaucoup de MG avaient appris la gynécologie au cours de leur stage hospitalier d'externat et d'internat, plus particulièrement aux consultations. Tous les étudiants ne réalisent pas ce stage. L'augmentation



actuelle de l'offre de stages ambulatoires proposés aux internes de médecine générale et aux externes devrait favoriser l'accès à cette formation spécifique auprès de maîtres de stage MG pratiquant fréquemment la gynécologie.

Malgré l'impact des FMC, tous les MG ne se sont pas encore appropriés les recommandations concernant le FCU (début, fin et fréquence), ce qui rejoint peut-être les difficultés à le proposer à certaines femmes.

La raréfaction des gynécologues en France et la féminisation du corps médical semblent déjà favoriser le suivi par les femmes MG. Le Goaziou a montré que les MG femmes de plus de 40 ans travaillant en milieu rural étaient mieux équipées pour effectuer le suivi gynécologique que leurs confrères<sup>14,15</sup>. Ce travail a retrouvé un lien entre l'activité gynécologique et l'équipement du cabinet, l'un influençant probablement l'autre, plus spécialement pour les MG remplaçants qui disposent uniquement du matériel mis à leur disposition. Il est possible que ce facteur intervienne dans le choix des femmes et favorise l'absence de proposition par les

MG. Il serait intéressant d'explorer plus largement les liens entre activité et matériel, dans ce domaine et dans d'autres.

## Conclusion

Les MG ont une activité en gynécologie variable selon leur genre, leur lieu d'installation, leur formation, leur intérêt. Son objectif essentiel est le dépistage des pathologies cancéreuses. En termes de formation, si les consultations gynécologiques hospitalières durant la formation initiale leur ont été très profitables, il est probable que l'offre de stage en ambulatoire va accroître les compétences des jeunes médecins. Les MG aspirent à une reconnaissance de leur activité dans ce domaine. Il est essentiel que les patientes prennent conscience des compétences de leur MG afin de se tourner plus facilement vers lui. D'autant que si cette étude était centrée sur la pratique gynécologique du MG, celle-ci s'intègre dans la prise en charge globale, tant physique que psychique, des femmes.

## Résumé

**Introduction.** *L'implication des médecins généralistes (MG) est variable dans le dépistage des cancers gynécologiques, le suivi de la contraception et des grossesses non pathologiques. Le but de cette étude était d'explorer les déterminants de la pratique gynécologique des MG.*

**Méthode.** *Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de quinze MG entre juin 2010 et avril 2012. Les entretiens ont été retranscrits et analysés par thème.*

**Résultats.** *Les MG se sont sentis investis dans le suivi gynécologique, prioritairement dans le dépistage des pathologies cancéreuses. Toutefois, leur activité était variable en fonction du genre, du lieu d'installation, de leur formation, de leur intérêt pour le sujet. Le genre masculin, l'équipement inadéquat du cabinet, les réticences des patientes ont été cités comme des freins. La réalisation du frottis cervico-utérin était différente de celle recommandée pour une majorité d'entre eux. La valorisation financière de cet acte leur paraissait une reconnaissance de leur compétence. Le dépistage organisé du cancer cervico-utérin a été plébiscité. La participation à des consultations gynécologiques hospitalières durant la formation initiale a paru cruciale dans l'acquisition de compétences en gynéco-obstétrique.*

**Conclusion.** *Les MG, intéressés, se sentent investis dans le suivi gynécologique, notamment préventif. Ils aspirent à une reconnaissance de leur activité dans ce domaine. Afin de faciliter l'implication des MG, la formation initiale gynécologique est à parfaire grâce à une participation accrue aux consultations, qu'elles soient hospitalières ou ambulatoires.*

## Références

1. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Santé Publique* 2005;1:109-19.
2. Rochefort H, Rovessé J. Cancer du sein : incidence et prévention. *Bulletin de l'académie nationale de médecine* 2008;192:161-80.
3. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Baromètre santé 2000*. Saint Denis : Inpes, 2001.
4. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal*. Actualisation. *Recommandations pour la pratique clinique*. Paris : Anaes, 2002.
5. Institut de veille sanitaire : *Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus*. État des connaissances. Actualisation 2008. Saint-Maurice : Invs, 2008. Disponible sur : [http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer\\_col\\_uterus\\_2008/cancer\\_col\\_uterus\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer_col_uterus_2008/cancer_col_uterus_2008.pdf).
6. Duport N, Gautier A, Guilbert P. *Enquête Baromètre cancer 2005 : quelles femmes font actuellement un dépistage du cancer du col de l'utérus ?* Saint Denis : Inpes, 2005. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/06/dp061211.pdf>.



7. Sigurdsson K. Icelandic and Nordic cervical screening programs: trends in incidence and mortality rates through 1995. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:478-85.
8. Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Comité technique des vaccinations. Groupe de travail sur la vaccination contre les papillomavirus. Paris : Cshpf, 2007. Disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/r\\_mt\\_230307\\_papillomavirus.pdf](http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/r_mt_230307_papillomavirus.pdf).
9. Institut de veille sanitaire. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Évaluation épidémiologique des quatre départements pilotes, 2007. Saint-Maurice : Invs, 2008. Disponible sur : [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer\\_col\\_uterus%20evaluation/col\\_uterus.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer_col_uterus%20evaluation/col_uterus.pdf).
10. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France, rapport 2007. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Paris : La Documentation française, 2009. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000375/index.shtml>.
11. Poletti B. Rapport d'information fait au nom de la délégation au droit des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures. Assemblée nationale 2011;3444. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3444.asp>.
12. Gambiez-Joumard 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.
13. David M, Perigois E. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Paris : Institut d'études de marchés et d'opinions BVA, 2008.
14. Flori M, Le Goaziou MF. Évaluation de la qualité des frottis du col de l'utérus pratiqués par les médecins généralistes. *exercer* 2005;73:44-7.
15. Le Goaziou MF. L'équipement du cabinet médical. *exercer* 2003; 67:20-6.