

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2004

N°59

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Sandrine HUMEAU – AUBIN
Née le 26 février 1973 à Niort

Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 2004

GYNÉCOLOGIE MÉDICALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

**Etat des lieux et perspectives à partir d'une enquête menée
auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154
patientes.**

Président : Monsieur le professeur PHILIPPE

Directeur de thèse : Monsieur le professeur PLANCHON

PLAN

INTRODUCTION

Page 1

METHODOLOGIE

Page 3

RESULTATS

Page 8

DISCUSSION

Page 39

CONCLUSION

Page 57

ANNEXES

Page 59

BIBLIOGRAPHIE

Page 66

INTRODUCTION

A l'heure actuelle, bien que les médias n'en parlent plus, le problème de la disparition progressive des gynécologues médicaux est toujours récurrent.

L'explication de ce phénomène: le C.E.S de gynécologie médicale n'existe plus depuis 1984, décision consécutive à une directive européenne (1). Il ne reste donc que la filière de l'internat qui forme à la gynécologie obstétrique et à la chirurgie.

Une pétition a été lancée par le Docteur Dominique Malvy, gynécologue médicale à Albi, fondatrice en 1997 du comité: *la santé des femmes en danger* . Celle-ci a recueilli 1 200 000 signatures de femmes adhérentes au mot d'ordre : « Touche pas à mon gynéco» (2).

Cette pétition est parvenue à la secrétaire d'état à la santé de l'époque, madame Dominique Guillot, qui a répondu par la mise en place d'un D.E.S sur 5 ans de gynécologie obstétricale et de gynécologie médicale avec un tronc commun de 3 ans et une option de 2 ans (1).

En parallèle, Dominique Guillot propose de mieux former les généralistes à la pratique gynécologique: ceux-ci, pendant leur formation, devront obligatoirement effectuer un stage dans un service de gynécologie (1).

En attendant que les nouveaux médecins généralistes, formés à la gynécologie, sortent de l'université, il paraissait intéressant de nous interroger sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge des problèmes gynécologiques courants par rapport aux champs de compétences de la médecine générale d'une part et du gynécologue-obstétricien d'autre part.

Cette thèse est une étude préliminaire ayant pour but de dégager des points de réflexion à partir de trois enquêtes menées successivement :

Enquête n°1 auprès de 154 patientes

Nous les avons interrogées pour connaître les raisons qui les amenaient à préférer soit un recours au médecin spécialiste soit un recours au médecin généraliste pour leur suivi gynécologique.

Enquête n°2 auprès de 40 généralistes installés

Nous les avons interrogés pour qu'ils puissent préciser leur savoir-faire face aux problèmes gynécologiques courants et donner leur avis sur leur formation universitaire.

Enquête n°3 auprès de 10 étudiants de 3^{ème} cycle, après validation de leur stage de gynécologie

Nous les avons interrogés afin qu'ils puissent estimer leur niveau de compétences dans les domaines courants de la gynécologie-obstétrique : se sentaient-ils capables de réaliser des actes gynécologiques dès leur premier remplacement ?

I. METHODOLOGIE

A) L'ENQUETE N°1 AUPRES DES PATIENTES

1. Objectif de l'enquête.

- Quels étaient leurs critères de choix du praticien ?
- Quel regard portaient-elles sur le praticien ayant en charge leur intimité ?
- Quel jugement de valeur étaient-elles susceptibles de porter sur le savoir-faire de leur praticien généraliste dans le domaine de la gynécologie- obstétrique ?

(Cf Annexe 1)

2. Méthode utilisée pour l'enquête :

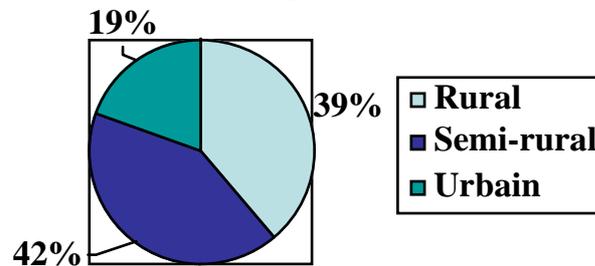
L' enquête a consisté en l'envoi de 400 questionnaires, remis par l'intermédiaire des médecins généralistes à des femmes faisant partie de leur patientèle habituelle.

2.1. Sélection des médecins généralistes concernés :

Nous avons joint, par téléphone, 90 médecins généralistes de Loire-Atlantique, tirés au sort dans l'annuaire, afin d'obtenir leur accord. 74 % (67) ont répondu positivement.

Les trois secteurs d'exercice étaient représentés de la façon suivante :

**RÉPARTITION DES SECTEURS D'EXERCICE
DES MÉDECINS PARTICIPANT À
L'ENQUÊTE**



Cette répartition est comparable à celle de l'échantillon initial.

Ce groupe de médecins ayant coopéré pour la réalisation de cette enquête comptait 44 (66%) hommes et 23 (34%) femmes.

Chaque médecin a reçu 6 questionnaires et a eu pour consigne de remettre lui même un questionnaire à 6 de ses patientes de façon consécutive, dans une même journée selon les critères d'inclusion suivants :

- les femmes âgées de 20 à 70 ans.
- les femmes vues quelque soit le motif de consultation.
- les femmes patientes habituelles du médecin concerné.

Les critères d'exclusion détaillés sur le formulaire explicatif remis aux médecins étaient :

- les femmes vues à domicile.
- les patientes occasionnelles c'est à dire les patientes de passage (en vacances ou parce que leur médecin habituel était absent).
- les patientes « non compliantes »

2.2. Envoi et réception des questionnaires.

Les questionnaires ont été envoyés au mois de juin 2001 et les réponses étaient attendues pour le 20 juillet 2001.

Une enveloppe post-réponse (« T ») accompagnait chaque questionnaire pour optimiser le nombre de retours.

3. Recueil des données :

Nous avons reçu 154 questionnaires interprétables et exploitables sur 400 attendus. Nous avons donc obtenu 38,5% de réponses.

4. Exploitations statistiques :

Les données ont été saisies sur un tableau Excel.

Pour chaque échantillon les fréquences du critère étudié ont été comparées à l'aide du test de chi-deux avec un seuil de significativité de 0,05.

B) L'ENQUETE N°2 AUPRES DES GENERALISTES

1. Objectif de l'enquête :

- Quel jugement portent les médecins généralistes installés sur leur formation en gynécologie-obstétrique ?
- Etait-elle adaptée à la pratique au quotidien de cette discipline en cabinet de ville ?
- Par quels moyens, institutionnels ou personnels, l'ont-ils complétée ?

- Quels sont les actes qu'ils pratiquent au quotidien à leur cabinet ?
(Cf Annexe 2)

2. Méthode utilisée pour l'enquête:

2.1 Sélection des médecins :

Nous avons utilisé la liste des 67 médecins ayant donné leur accord pour la première enquête.

Les questionnaires ont été élaborés de façon à ce qu'ils soient compatibles avec une lecture optique.

Ces questionnaires étaient courts afin d'être soumis aux médecins par téléphone.

L'enquête a été menée au cours du mois de janvier 2004.

Nous avons pu collaborer avec 40 (60%) des médecins de la liste.

Parmi les médecins qui n'ont pas participé (40%):

- 18% ont refusé de collaborer par manque de temps ou par choix de ne jamais répondre à un questionnaire par téléphone,
- 15% n'étaient pas joignables,
- 7% ne paraissaient plus exercer en Loire-Atlantique .

3. Recueil de données

Nous avons obtenu 40 (100%) questionnaires exploitables.

C) L'ENQUETE N°3 AUPRES DES RESIDENTS

1. Objectif de l'enquête

- Quel jugement portent les résidents en fin de cursus sur leur formation et leur capacité à exercer la gynécologie-obstétrique dès leur premier remplacement ?
- Dans quels domaines se sentent-ils limités et pourquoi ?

(Cf Annexe 3)

2. Méthode utilisée pour l'enquête :

Lors du choix de stage le 19 mars 2004 , le questionnaire a été proposé aux étudiants qui avaient validé le stage de gynécologie-obstétrique. Il s'agissait de 14 étudiants issus d'une population de 39. Sur les 39 résidents en fin de cursus, 34 avaient effectué leur stage de gynécologie-pédiatrie et parmi ceux-ci 8 résidents ne choisissaient pas car ils étaient en stage outre-mer, en disponibilité, en surnombre ou hors région. 26 étudiants devaient donc être présents au choix : 12 (46%) étudiants avaient effectué leur stage en pédiatrie et donc 14 (54%) seulement en gynécologie.

3. Recueil des données

Nous avons distribué et récupéré 10 questionnaires. Ce qui correspond à 71,5% des réponses attendues. Nous supposons que les 4 étudiants n'ayant pas répondu étaient absents ou ne se sont pas fait connaître...

La taille de l'échantillon n'a pas permis de réaliser d'étude statistique.

II. RESULTATS

A. L'enquête n° 1 auprès des patientes :

Nous verrons successivement :

1. Caractéristiques de la population ayant répondu au questionnaire.
2. Etude en sous-groupes :
 - 2.1. Les femmes suivies par un gynécologue.
 - 2.2. Les femmes suivies exclusivement par leur médecin généraliste.
 - 2.3. Les femmes suivies en alternance par un gynécologue et par leur médecin généraliste .

B. L'enquête n°2 auprès des généralistes :

Nous verrons successivement :

1. Caractéristiques de la population interrogée.
2. Point de vue des médecins vis à vis de leur formation.
3. La pratique au cabinet médical de ces médecins.
4. Remarques

C. L'enquête n° 3 auprès des résidents :

Nous verrons successivement :

1. Caractéristique de la population interrogée.
2. Les actes que pourraient ou non exercer les résidents lors de leur premier remplacement.
3. Remarques

A. L'enquête n°1 auprès des patientes

1 Analyse de la population ayant répondu au questionnaire

Rappelons les zones d'habitation définies pour le questionnaire :

- Zone rurale,
- Zone semi-rurale, de 10 000 à 100 000 habitants
- Zone urbaine, de plus de 100 000 habitants.

Sur 154 réponses :

- 62 femmes habitaient en zone rurale,
- 56 femmes en zone semi-rurale,
- 34 femmes en zone urbaine,
- 2 de ces femmes n'ont pas répondu à cette question.

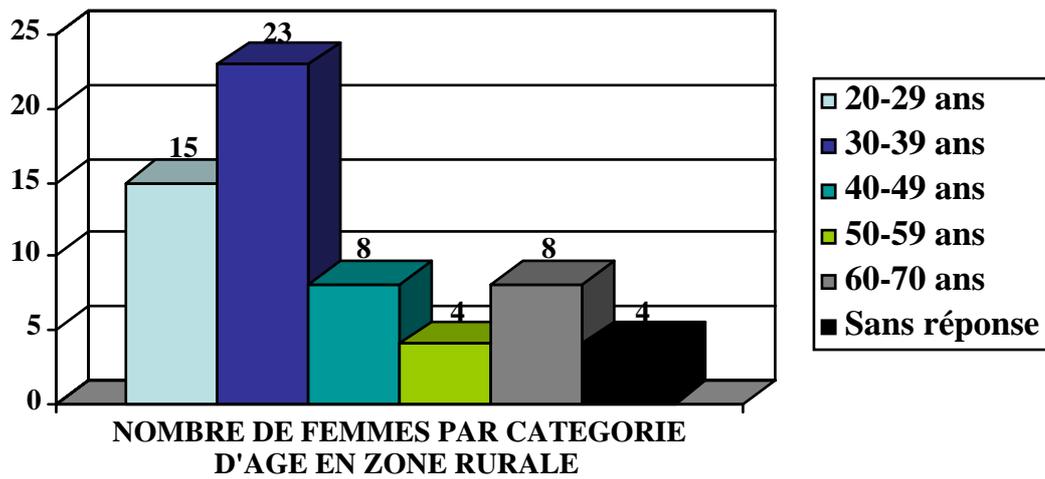
Cette première partie concerne donc 152 questionnaires.

L'échantillon est donc constitué de femmes habitant en zone rurale (40,79%), en zone semi-rurale (36,84%) et en zone urbaine (22,37%). (Sachant que ce sont les femmes elles-mêmes qui ont répondu à la question sur leur lieu d'habitation.)

1.1. Age des patientes

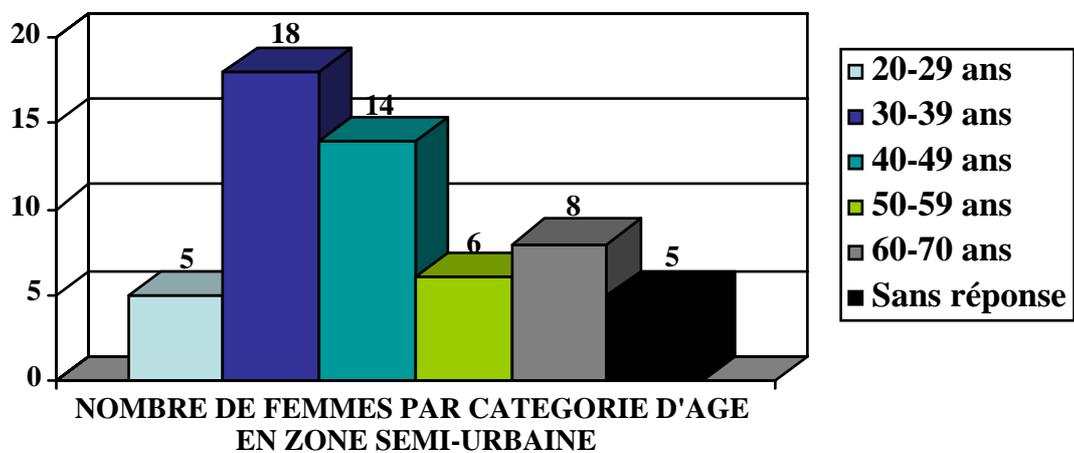
1.1.1. Secteur rural

(n = 62)



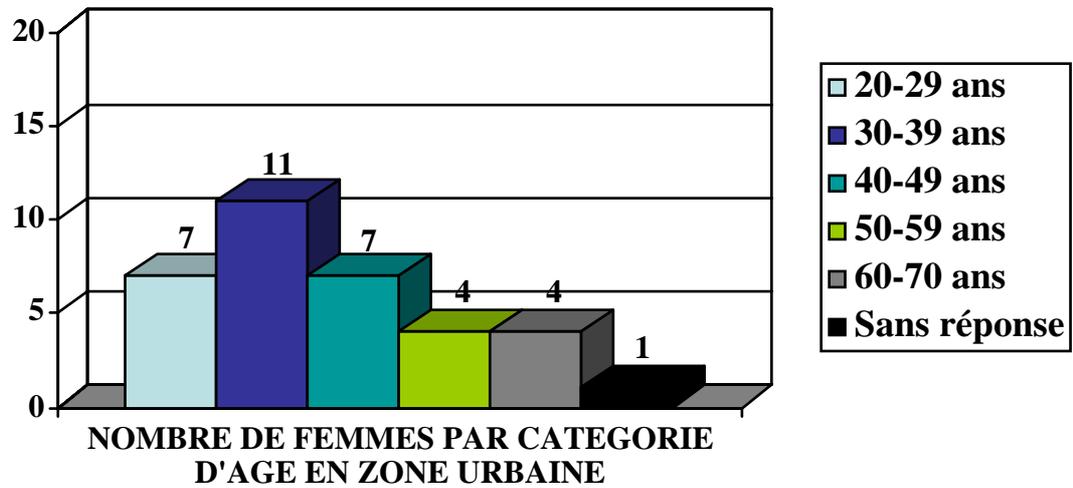
1.1.2. Secteur semi-urbain

(n = 56)



1.1.3.Secteur urbain

(n = 34)



Les femmes âgées de 20 à 49 ans, représentent 71% de l'échantillon.

Il n'existe pas de différence significative entre les trois zones d'habitation.

(Chi-deux = 8,7 ; p = 0,55).

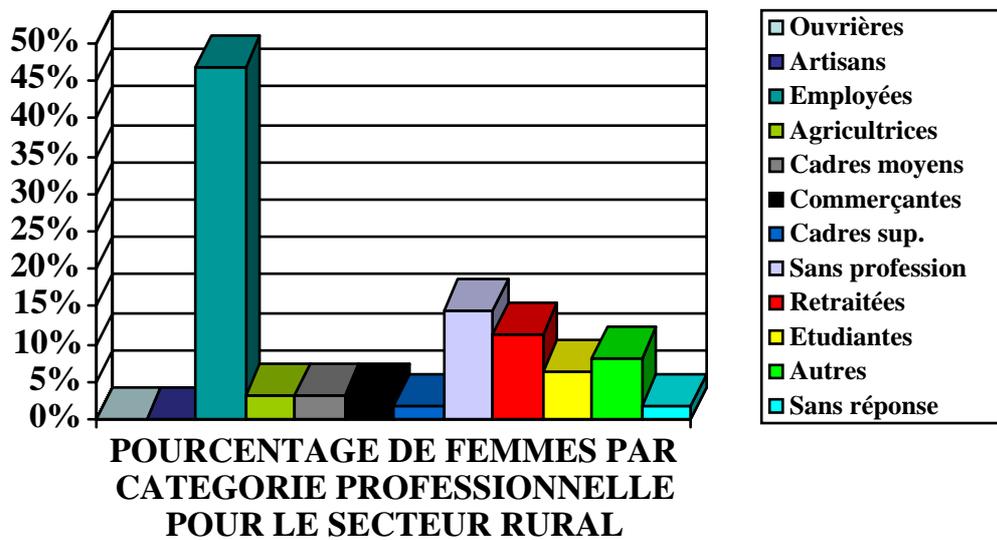
1.2. Profession des patientes

1.2.1.En secteur rural

- Les employées représentent 46,90 % d'entre elles.
- Les agricultrices 3,20 %.
- Les cadres moyens 3,20 %.
- Les commerçantes 3,20 %.
- Les cadres supérieurs 1,60 %.
- Les "sans profession" 14,50 %.
- Les retraitées 11,30 %.

- Les étudiantes 6,50%.
- Les autres professions 8 %.
- Les “sans réponse” 1,60 %.

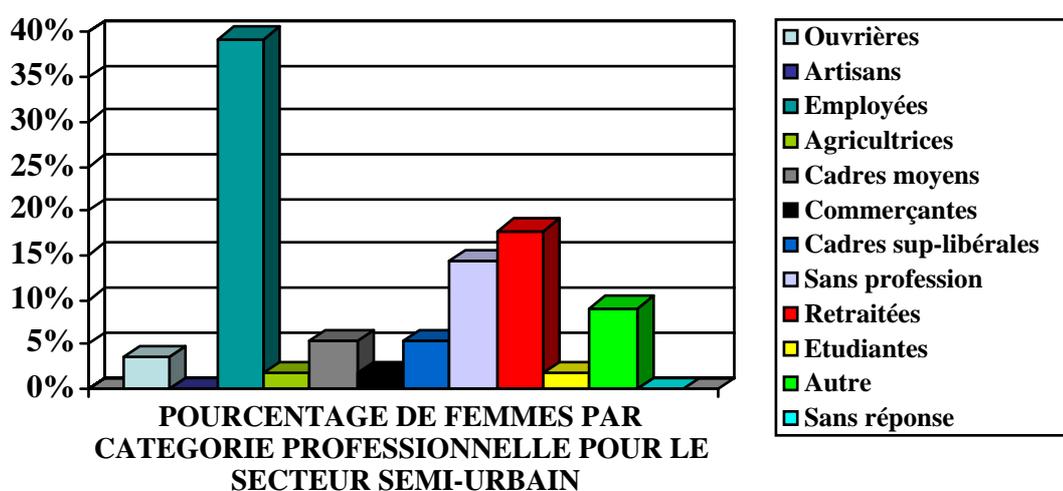
(Les ouvrières, les artisans, ne sont pas représentés.)



1.2.2. En secteur semi-urbain

- Les ouvrières représentent 3,5 % d’entre-elles.
- Les employées 39,3 %.
- Les agricultrices 1,8 %.
- Les cadres moyens 5,35 %.
- Les commerçantes 1,8 %.
- Les cadres supérieurs ou les professions libérales 5,35 %.

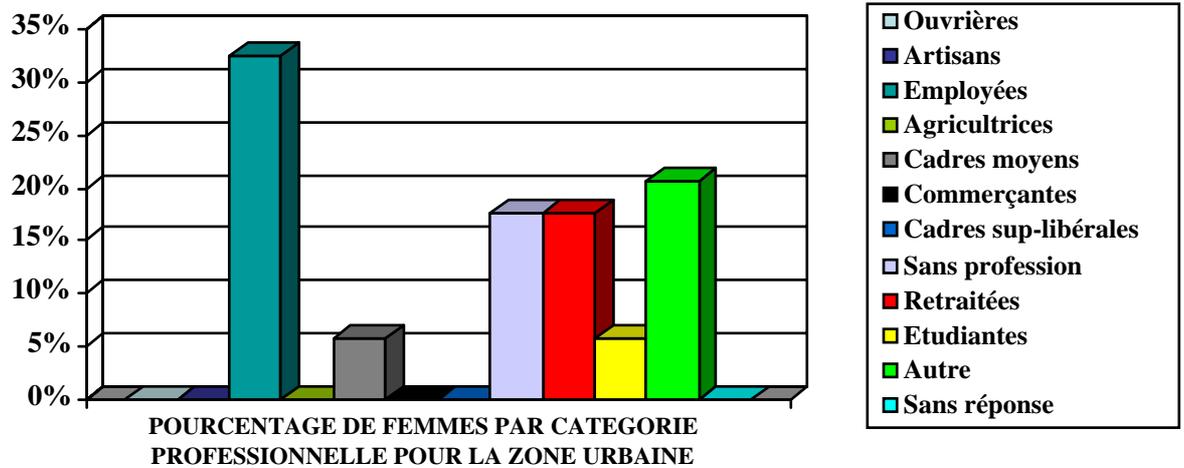
- Les "sans profession" 14,3 %.
- Les retraitées 17,8 %.
- Les étudiantes 1,8 %.
- Les autres professions 9 %.



1.2.3. En secteur urbain

- Les employées représentent 32,4 % d'entre elles.
- Les cadres moyens 5,9 %.
- Les "sans profession" 17,6 %.
- Les retraitées 17,6 %.
- Les étudiantes 5,9 %.
- Les autres professions 20,6 %.

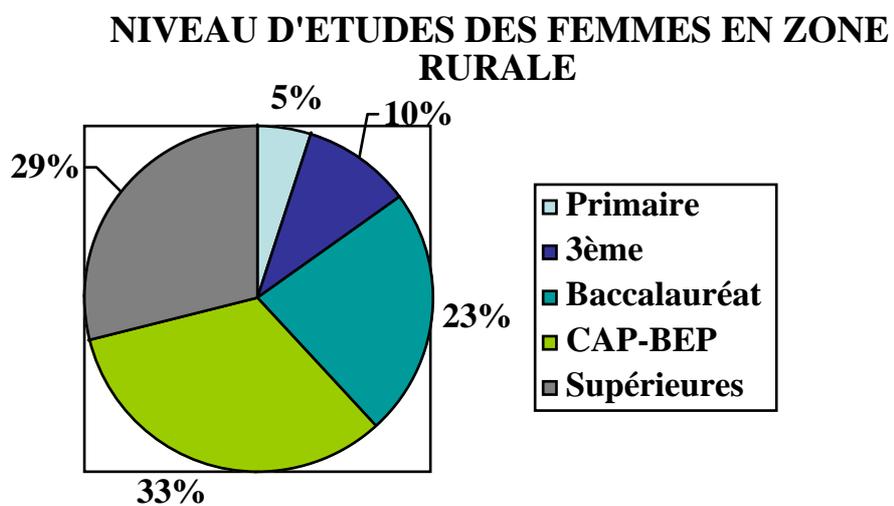
(Les ouvrières, les agricultrices, les cadres supérieurs, les professions libérales, les commerçantes ne sont pas représentées.)



Il n'apparaît pas de différence significative entre les trois zones d'habitation. (Chi-deux = 17 ; p = 0,6)

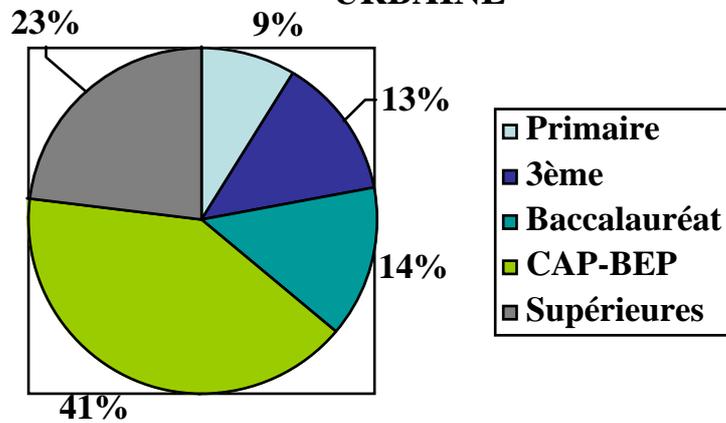
1.3. Niveau d'études des patientes

1.3.1. En secteur rural



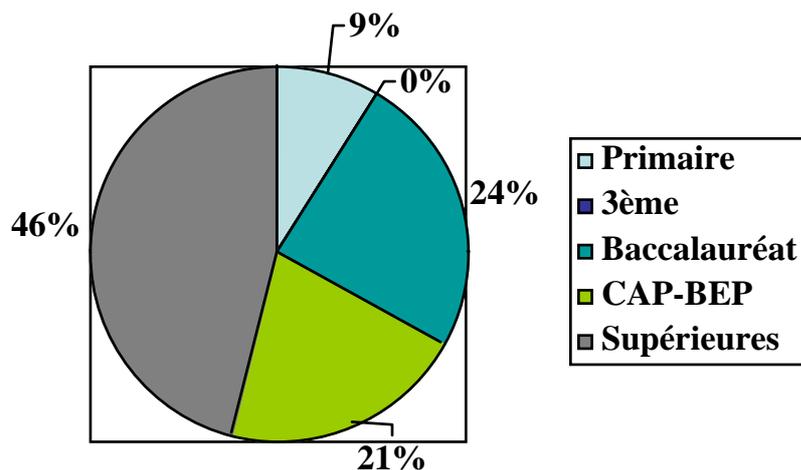
1.3.2. En secteur semi-urbain

NIVEAU D'ETUDES DES FEMMES EN ZONE SEMI URBAINE



1.3.3. En secteur urbain

NIVEAU D'ETUDES DES FEMMES EN ZONE URBAINE



L'effectif de patientes interrogées ne permet pas de mettre en évidence de différence significative entre les trois secteurs et notamment entre l'effectif plus important d'études supérieures du groupe urbain par rapport aux deux autres .

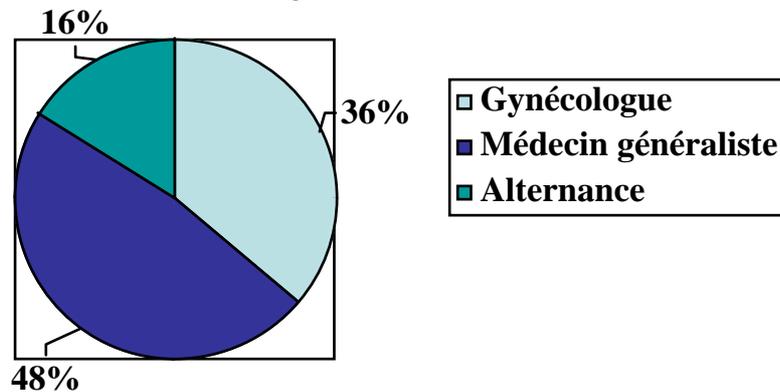
1.4. Choix du type de praticien.

1.4.1. En secteur rural

Sur les 62 femmes vivant en zone rurale :

- 22 (36%) ont choisi d'être suivies par un médecin gynécologue,
- 30 (48%) ont choisi d'être suivies par leur médecin généraliste,
- 10 (16%) alternent entre le généraliste et le spécialiste.

PRATICIEN CHOISI POUR LE SUIVI GYNECOLOGIQUE EN ZONE RURALE

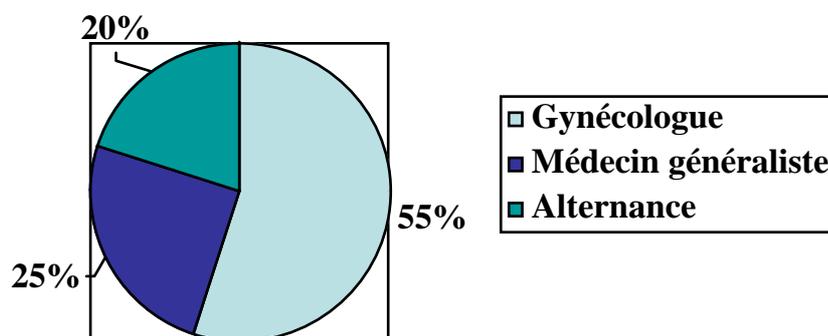


1.4.2. En secteur semi-urbain

Sur les 56 femmes vivant en ville moyenne :

- 31 (55%) ont choisi d'être suivies par un gynécologue,
- 14 (25%) ont choisi leur généraliste,
- 11 (20%) alternent entre généraliste et gynécologue.

PRATICIEN CHOISI POUR LE SUIVI GYNECOLOGIQUE EN ZONE SEMI-URBAINE

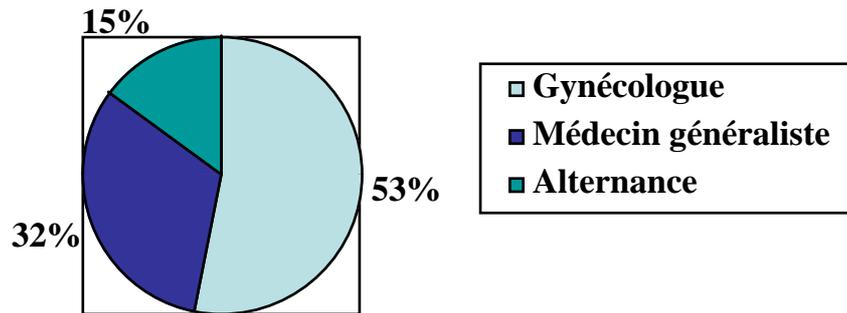


1.4.3. En secteur urbain

Parmi les 34 femmes qui vivent en grande ville :

- 18 (53%) ont choisi d'être suivies par un gynécologue,
- 11 (32%) ont choisi leur généraliste,
- 5 (15%) ont choisi d'alterner entre le spécialiste et le généraliste.

PRATICIEN CHOISI POUR LE SUIVI GYNECOLOGIQUE EN ZONE URBAINE

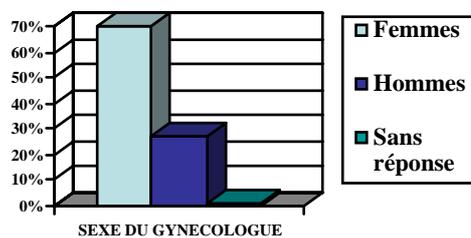
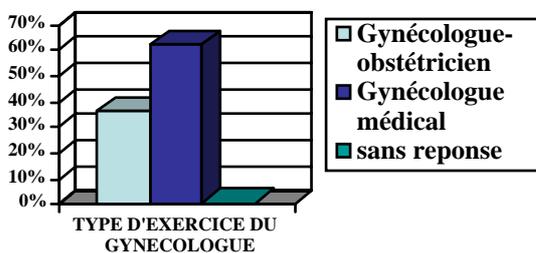


2. Etude en sous-groupes

2.1. Les femmes suivies par un gynécologue

Ces femmes sont au nombre de 71.

- 26 (37%) de ces femmes consultent un gynécologue obstétricien,
- 44 (62%) un gynécologue médical,
- 1 femme n'a pas répondu à cette question.



Parmi ces médecins, il y a 50 (70%) femmes et 20 (28%) hommes.

La population des gynécologues de Loire-Atlantique est la suivante :

	Gynécologues Obst	Gynécologues Obst + Med	Gynécologues Med	Gynécologues Bi- compétence
Femmes n = 53	9,5% (5)	24,5% (13)	66% (35)	0% (0)
Hommes n = 31	67,8% (21)	19,3% (6)	3,2% (1)	9,7% (3)

(Obst = Ostétriciens ; Med= Médicaux ; Bi-compétence = Chirurgie générale et gynécologie)

(D'après les données informatiques du Conseil régional de l'ordre des médecins au 26 Avril 2004)

La proportion hommes/femmes des médecins consultés est représentative de celle de la population des gynécologues en Loire-Atlantique .

	Femmes	Hommes
Gynécologues de l'enquête (n = 70)	50	20
Population totale des gynécologue en L.A.	53	31

Chi-deux :1,51 ;p = 0,21 (non significatif)

- 46 (64%) d'entre-elles sont suivies depuis leur première consultation gynécologique par un spécialiste .
- 24 (33%) sont suivies secondairement par un spécialiste.

(1 femme n'a pas répondu à cette question).

Les raisons pour lesquelles il y a eu changement de médecin sont les suivantes :

- Après une grossesse pour 46 %.
- Après un problème gynécologique pour 33,3 %.
- Après une intervention chirurgicale pour 4,1 %.
- Parce que la prise en charge assurée par le médecin généraliste ne convenait pas pour 12,5%. Les femmes concernées n'ont pas donné d'exemple précis.

- Sans réponse 4,1%

- **Les raisons précises pour lesquelles le spécialiste est choisi:**

- 40 fois (56,3 %), la raison avancée est celle de la spécialisation du médecin.

- 10 fois (14 %), le suivi par un gynécologue a fait suite à un problème gynécologique spécifique tels que problème de stérilité, GEU, intervention chirurgicale...

- 3 fois (4,2 %), c'est une habitude familiale.

- 3 fois (4,2%), il s'agit d'un problème de pudeur vis-à-vis du généraliste.

- 2 fois (3 %), c'est sur le conseil de leur généraliste.

- 1 fois, la femme reconnaît qu'elle ne sait pas que le généraliste peut faire un suivi gynécologique.

11 femmes n'ont pas répondu à cette question.

1 réponse est ininterprétable.

- **Fréquences des consultations :**

Les femmes consultent, en moyenne, leur gynécologue 1,4 fois par an, avec un minimum de 1 fois tous les 2 ans et un maximum de 5 fois par an.

- **Relation médecin-patiente :**

Les patientes sont-elles satisfaites du déroulement de la consultation ?

	Oui	Non	Sans réponse
Ecoute du médecin	83,1%	11,3%	5,6%
Temps accordé	77,5%	17%	5,5%
Réponses aux questions	90,1%	4,2%	5,7%
Explications claires	77,5%	15,5%	7%
Délicatesse de l'examen	84,5%	9,8%	5,7%

Tableau 1

- **En cas d'urgence :**

Les femmes consultent :

- leur gynécologue pour 67%
- leur généraliste pour 33 %.

Pourquoi ?

- Pour celles qui consultent leur gynécologue en première intention en cas d'urgence : la première raison est la

spécialisation, la seconde est la meilleure connaissance du dossier gynécologique par le gynécologue (antécédents...) Et, pour quelques femmes, la pudeur reste la raison principale.

- Pour celles qui consultent leur médecin généraliste en première intention en cas d'urgence, la principale raison est la plus grande facilité à obtenir un rendez-vous rapide et la proximité du cabinet.

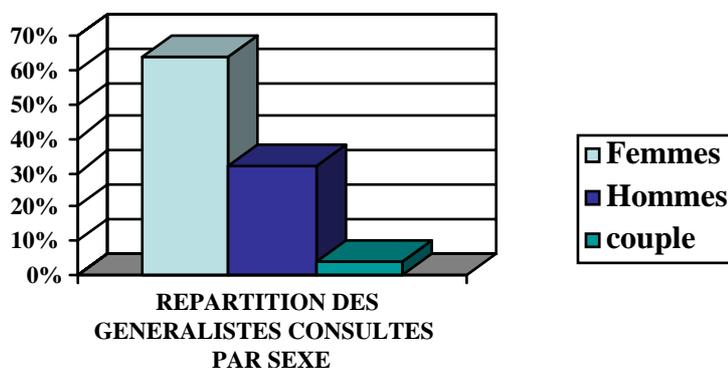
Quelques femmes font confiance à leur médecin traitant qui les orientera vers un spécialiste si besoin.

2.2. Les femmes suivies exclusivement par leur médecin généraliste.

Ces femmes sont au nombre de 57.

- 36 (63%) sont suivies depuis leur première consultation par leur généraliste,
- 19 (33%) ont d'abord été suivies par un spécialiste ,
- 2 (4%) femmes n'ont pas répondu à cette question.

Parmi ces médecins, 37(64%) sont des femmes, 18 (32%) sont des hommes et 2 (4%) femmes sont suivies par un couple de médecins.



Actuellement la Loire-Atlantique compte 1176 médecins généralistes installés en libéral, dont 306 (26%) femmes et 870 (74%) hommes. (*Données informatiques du Conseil de l'Ordre de Loire-Atlantique au 26 Avril 2004*)

La proportion hommes/femmes de ces médecins est inversée par rapport à celle de l'ensemble des généralistes de Loire-Atlantique .

	Femmes	Hommes
MG de l'enquête	37	18
MG de L.A.	306	870

Chi-deux= 44,48 ; p= 0,001 (très significatif)

- **Les raisons précises pour lesquelles ces femmes ont choisi le généraliste pour leur suivi gynécologique :**

- 25 fois (43,8 %) la raison avancée est une entière confiance en leur médecin traitant et une relation « privilégiée ».
- 14 fois (24,5 %), la raison avancée est la proximité du médecin et la rapidité d'obtention des rendez-vous.
- 10 fois (17,5 %), c'est la pénurie de gynécologue dans leur secteur ou le départ en retraite de leur gynécologue.
- 8 femmes n'ont pas répondu à cette question.

- **La relation médecin-patiente :**

Les patientes sont-elles satisfaites du déroulement de la consultation ?

	Oui	Non	Sans réponse
Ecoute du médecin	98,2%	1,8%	-
Temps accordé	93%	5,2%	1,8%
Réponses aux questions	96,5%	-	3,5%
Délicatesse de l'examen	96,5%	-	3,5%

Tableau 2

- **En cas d'urgence :**

Ces femmes consultent leur médecin traitant pour 96,5%.

Pourquoi ?

- Les patientes ont confiance à 75,4% en leur médecin ; en cas de complication, il saura les orienter vers une consultation spécialisée.
- C'est en raison de la proximité du cabinet et de la facilité des rendez-vous pour 12,3%.
- 5 femmes n'ont pas répondu.

Seules 3,5 % consultent un gynécologue.

- Il s'agit de 2 femmes qui consulteront un gynécologue pour sa plus grande compétence.

- **Fréquence des consultations gynécologiques par le médecin généraliste :**

Les femmes consultent leur médecin généraliste pour une consultation gynécologique, en moyenne 1,8 fois par an, avec un minimum de 1 fois par an et un maximum de 4 fois par an.

Lors de ces consultations, les patientes disent avoir été examinées dans 50,8% des cas.

Lorsqu'il y a un examen gynécologique, le médecin réalise selon les femmes :

	Oui	Non	Sans réponse
Examen au spéculum	79%	10,5%	10,5%
Toucher vaginal	77%	8,7%	14,3%
Frottis	61,4%	31,5%	7,1%
Surveillance seins	89,5%	5,2%	5,3%

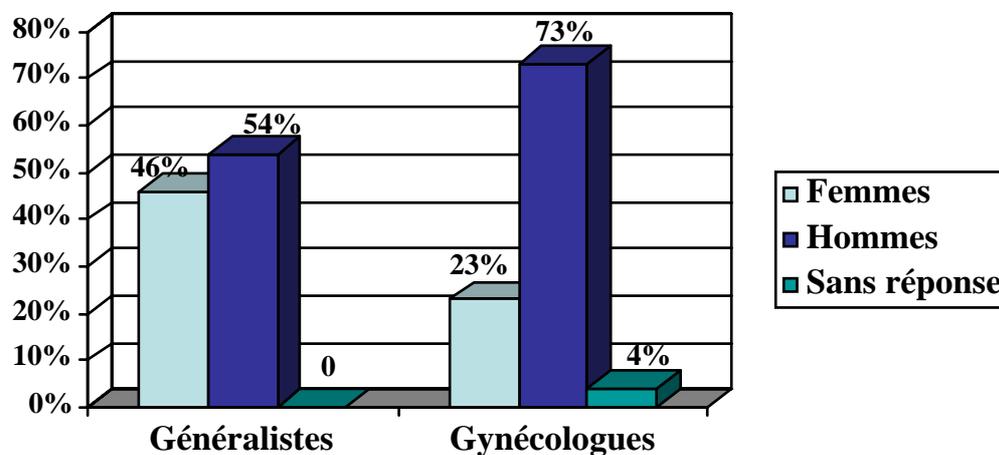
Tableau 3

2.3. Les femmes qui sont suivies en alternance par un gynécologue et par leur médecin généraliste.

Ces femmes sont au nombre de 26.

Parmi les médecins généralistes : 12 (46 %) femmes et 14 (54 %) hommes.

Parmi les gynécologues : 19 (73 %) hommes et 6 (23 %) femmes, 1 (4 %) sans réponse.



- **En cas d'urgence :**

Ces femmes consultent leur médecin généraliste pour 53,8 % et leur gynécologue en première intention pour 42,3%. 3,9 % d'entre-elles consultent le médecin qui est le plus disponible.

Pourquoi ?

- Les femmes qui choisissent de voir leur médecin généraliste en cas d'urgence le font essentiellement pour des raisons de proximité et surtout de disponibilité.

- Celles qui choisissent de voir leur gynécologue le font car il s'agit d'un spécialiste et ont plus confiance en son diagnostic.

- **Fréquence des consultations :**

En moyenne, les femmes consultent leur gynécologue 1,4 fois par an. Avec un minimum de 1 fois tous les 2 ans et un maximum de 2 fois par an.

La question : « combien de fois par an voyez-vous votre médecin traitant ? » n'a pas toujours été bien comprise et n'est donc pas interprétable.

Lors d'une consultation gynécologique faite par le médecin traitant : pour 15,4 % des femmes, il y a un examen gynécologique systématique. Pour 77 %, il n'y a pas d'examen à chaque fois. 7,6 % de sans réponse.

Lorsqu'il y a un examen gynécologique, le généraliste réalise :

	Oui	Non	Sans réponse
Examen au spéculum	34,6%	23,1%	42,3%
Toucher vaginal	42,3%	23,1%	34,6%
Frottis	46,1%	19,3%	34,6%
Surveillance seins	61,5%	7,7%	30,8%

Tableau 4

• **Le médecin généraliste est-il limité dans certains domaines de la gynécologie selon les patientes?**

53,8 % Des femmes pensent que oui, 34,6 % pensent que non et 11,6 % n'ont pas d'avis.

Par exemple :

- Le médecin ne pose pas de stérilet dans 57 % des cas.
- Le médecin ne fait pas de frottis dans 35,7 % des cas.
- Autre réponse : le médecin ne réalise pas d'échographie ou de petite chirurgie, le médecin a des difficultés pour mettre en place un traitement hormonal substitutif par exemple...

B. L'enquête n°2 auprès des généralistes

1. Caractéristiques de la population

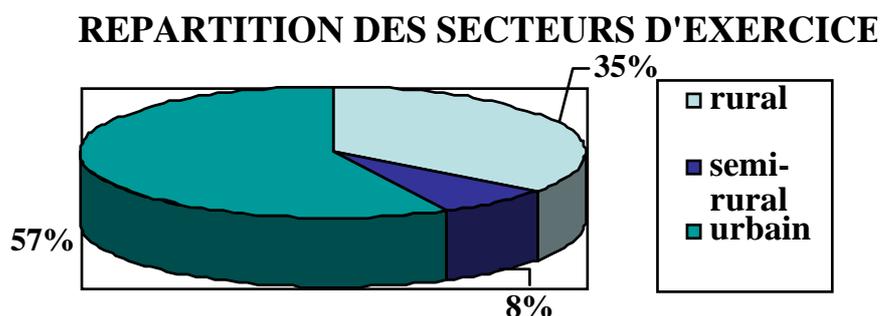
interrogée

Nous avons obtenu 40 questionnaires, tous interprétables.

1.1. Répartition des secteurs d'activité

Les médecins qui ont participé à l'enquête étaient répartis de la façon suivante :

- 14 (35%) exerçaient en zone rurale,
- 3 (7,5%) exerçaient en zone semi-rurale,
- 23 (57,5%) exerçaient en zone urbaine.



1.2. Les médecins

Il s'agissait de 25 (62,5%) hommes et de 15 (37,5%) femmes .

La moyenne d'âge était de 43,6 ans , avec un minimum de 32 ans et un maximum de 58 ans.

En moyenne, les médecins interrogés exerçaient depuis 13,6 ans, avec un minimum de 1 an et un maximum de 33 ans.

2. Point de vue des praticiens vis à vis de leur formation.

2.1. Leur formation universitaire globale dans le domaine de la gynécologie-obstétrique:

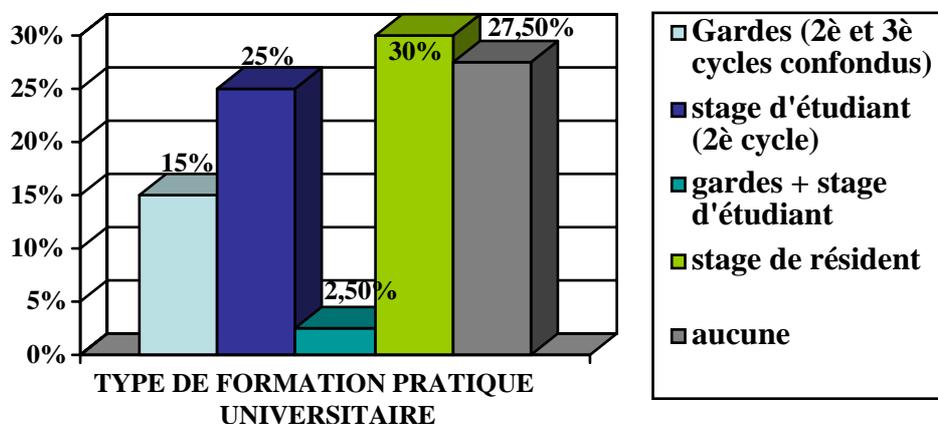
Les médecins la jugent :

- Insuffisante dans 65% des cas
- Partielle dans 12,5% des cas
- Suffisante dans 22,5% des cas

Pour les cas où la formation n'est pas suffisante (c'est-à-dire : insuffisante et partielle (30 médecins)), les lacunes étaient au niveau de:

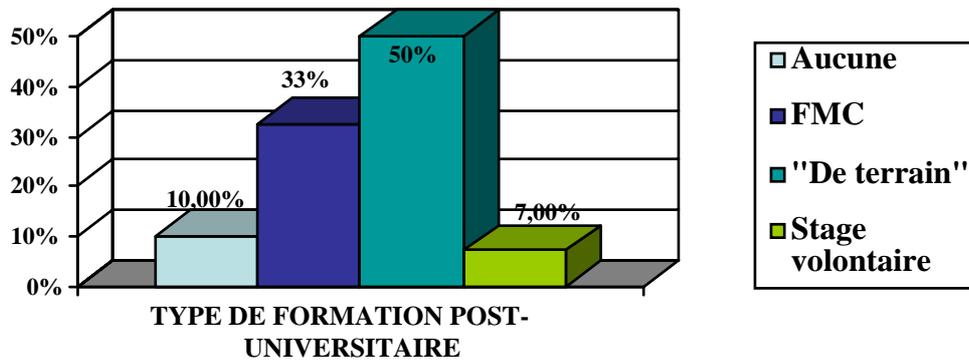
- La formation pratique seule pour 71% des cas.
- La formation théorique seule pour 3,2% des cas.
- La formation théorique et pratique pour 25,8% des cas

2.2. Leur formation pratique:

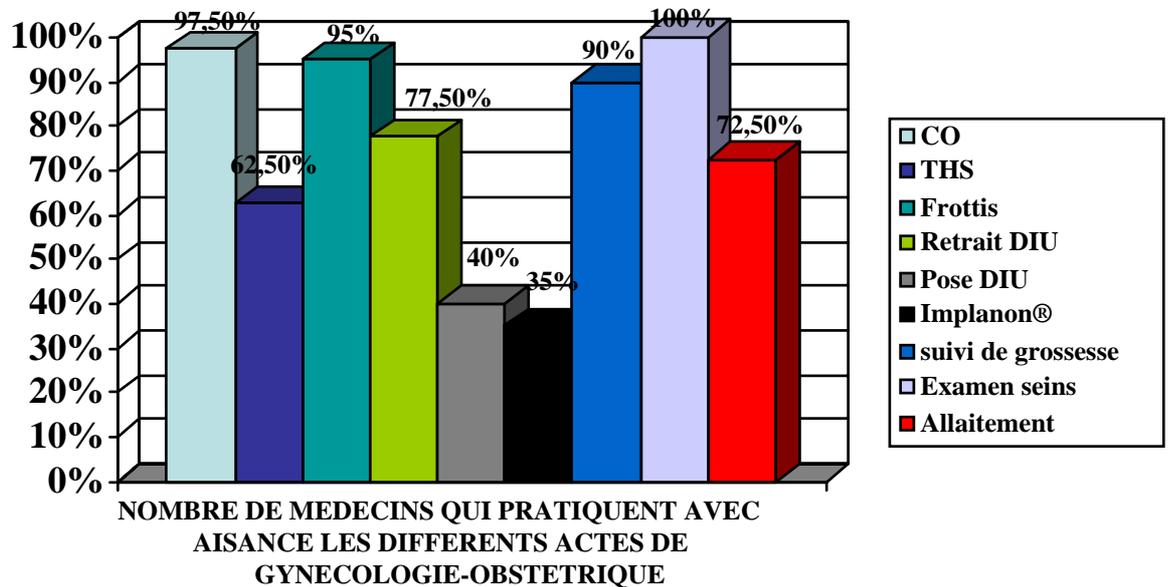


2.3. Leur formation complémentaire :

Les praticiens interrogés ont complété ou non leur formation universitaire de la façon suivante :



3. Pratique de ces médecins en cabinet médical



2 médecins ont affirmé qu'ils pratiquaient très peu de gynécologie-obstétrique par manque de formation.

4. Remarques

A l'issu du questionnaire, les médecins ont pu formuler quelques remarques :

- « L'enseignement à la faculté n'était pas assez synthétique ».
- « La formation théorique était inadaptée à l'exercice de la gynécologie-obstétrique en médecine générale ».
- « Les stages en gynécologie –obstétrique devraient être obligatoires » .
- « Manque de motivation durant les études ».
- « Manque de disponibilité ou accueil médiocre des seniors dans les services de gynécologie pour les médecins généralistes » .
- « Manque de pratique en obstétrique », « Ne sais pas évaluer un col en fin de grossesse », « Pas à l'aise entre le 6^{ème} et le 8^{ème} mois de grossesse ».
- « Fais de moins en moins de gynécologie en ville ».
- « Il faut se battre pour faire de la gynécologie ».
- « Fais de plus en plus de gynécologie en campagne ».
- « Aimerais des stages concrets et des FMC ».
- « Fais beaucoup d'EPU ».
- « Pas assez de formation sur la stéatose gravidique (histoire personnelle) ».

C. L'enquête n°3 auprès des résidents.

1. Caractéristiques de la population interrogée.

Nous n'avons obtenu que 10 questionnaires sur les 14 attendus.

4 (40%) femmes et 6 (60%) hommes ont répondu.

Ces étudiants ont effectué leur stage de gynécologie-obstétrique à différents moments de leur cursus :

	1 ^{er} semestre	2 ^e me	3 ^e me	4 ^e me	5 ^e me
Etudiantes		3		1	
Etudiants			1	3	2

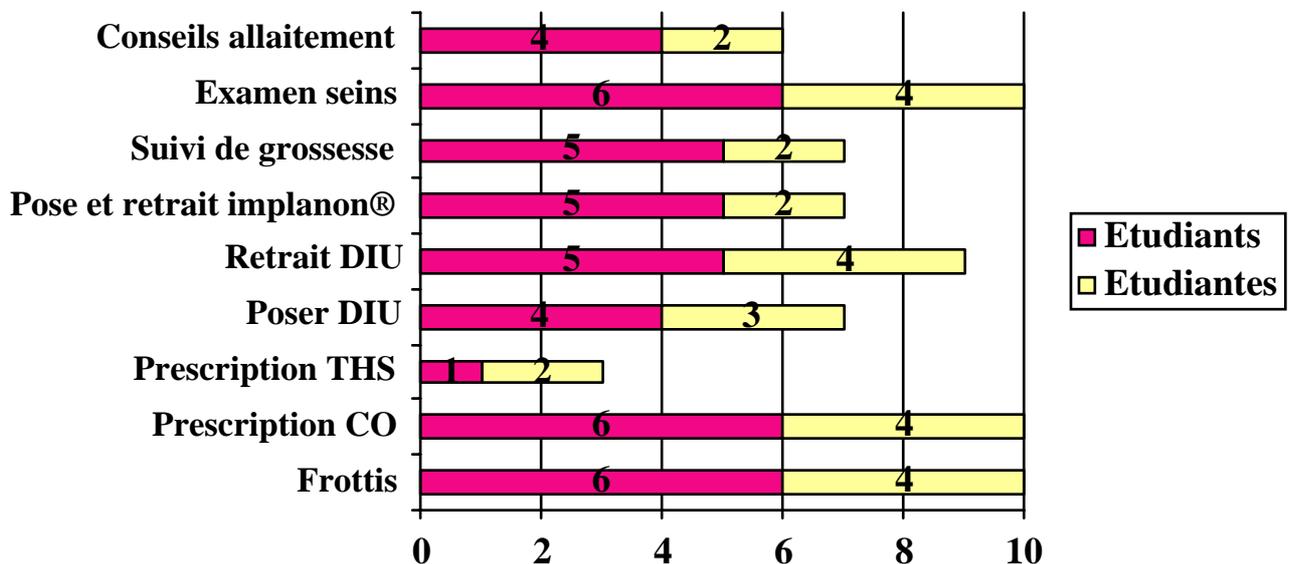
Pour 3 étudiantes le stage a duré 6 mois , pour 1 étudiante le stage était couplé avec celui de pédiatrie.

Pour 5 étudiants le stage a duré 6 mois et pour 1 étudiant il s'agissait d'une journée par semaine pendant le stage de 6 mois en pédiatrie.

Les 10 étudiants interrogés ont effectué le stage chez le praticien.

2. Au terme de leur cursus.

LES ACTES QUE LES ETUDIANTS PENSENT POUVOIR REALISER LORS DE LEUR PREMIER REMPLACEMENT



Les étudiants ont en moyenne 7 réponses positives sur 9 items, avec un minimum de 4 et un maximum de 8.

Les étudiantes ont en moyenne 6,75 réponses positives sur 9 items, avec un minimum de 6 et un maximum de 8.

Il est à noter que l'étudiant qui se sentait prêt pour seulement 4 actes est l'étudiant dont le stage était d'une journée par semaine pendant 6 mois.

3. Remarques.

Les étudiants étaient enfin invités à donner les raisons pour lesquelles ils ne se sentaient pas prêts à effectuer les autres actes :

- « Révolution du THS, recommandations peu claires » .
- « Pas assez formé pour prescription du THS ».
- « Question de l'allaitement non approfondie ».
- « Pas assez de suivi de femmes en suite de couches pour avoir de l'expérience au sujet de l'allaitement ».
- « Pose du stérilet non pratiquée, geste délicat ».
- « Suivi de grossesse non maîtrisé ».
- « Très peu d'obstétrique lors du stage ».
- « Pas de formation pour pose ou retrait de DIU ou Implanon® ».

III.DISCUSSION

A. L'ENQUETE N°1 AUPRES DES PATIENTES

Ce qui amène la patiente à consulter un gynécologue :

La compétence

En règle générale, lorsque l'on demande à ces patientes les raisons précises de leur choix, elles avancent en majorité (56%) la spécialisation du médecin et cette raison est très souvent ponctuée d'un point d'exclamation. Force est à penser que ces patientes ne confient pas leur intimité à n'importe qui ! Car le spécialiste de par sa formation est plus compétent et maîtrise mieux ce domaine thérapeutique que le MG (1).

Une femme préfère-t-elle consulter une femme ?

Parmi l'échantillon de médecins qui a remis les questionnaires aux patientes, il y a une majorité d'hommes. Or leurs patientes qui consultent un gynécologue ont choisi une femme . Le facteur sexe paraît être un facteur important pour ce choix ; la patiente préfère confier son intimité à une femme et comme il y a peu d'intérêt à aller voir un autre médecin généraliste, elle se tourne vers le spécialiste et nous avons vu que les femmes sont plus nombreuses à exercer cette discipline.

Le défaut de prise en charge du généraliste ressenti par les patientes

Les patientes non satisfaites par la prise en charge de leur MG ne donnent pas de raison précise.

Par ailleurs, beaucoup de patientes ont changé de médecin suite à une grossesse. Nous pouvons penser qu'elles ont pris l'habitude lors de leur grossesse de consulter le spécialiste et que la suite de leur prise en charge se fait naturellement par celui-ci.

Une femme seulement avoue ne pas savoir que le MG a des connaissances en gynécologie et peut éventuellement prendre en charge son intimité.

La relation médecin-malade n'est pas un obstacle

La qualité de la relation que certaines patientes ont avec leur praticien spécialiste est apparue peu satisfaisante (*tableau 1*): le temps accordé à la consultation est trop court et les explications données par le praticien peu claires. Les gynécologues, toutes disciplines confondues, qui sont donc peu nombreux ont une patientèle très importante et les gynécologues obstétriciens ont une activité qui leur impose de prendre en charge les urgences; ceci peut donc réduire le temps consacré aux patientes lors de leur consultation. L'examen clinique tient alors une place prépondérante. Il semble que ces patientes, peu satisfaites par cette relation médecin-patient, relèguent au second plan ce problème, préférant avant tout avoir affaire à un spécialiste. Elles se sentent alors rassurées.

Les femmes consultent leur gynécologue de 1 fois tous les 2 ans à 5 fois par an. Le type de suivi des patientes qui pourrait expliquer cette disparité n'a pas été demandé aux patientes. Mais une étude de la SOFRES réalisée en janvier 1998 pour la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (échantillon de 1000 femmes de plus de 18 ans) a montré que 60% des femmes interrogées consultaient 1 fois par an et pour 93% d'entre-elles il s'agissait de dépistage ou de prévention de certains cancers.

En cas d'urgence, elles restent attachées à leur spécialiste pour 67%. Ce résultat rejoint celui de la même étude réalisée par la SOFRES, résultat qui montrait que 70% des femmes interrogées revendiquaient le libre accès au gynécologue, sans passage obligé par le médecin traitant (*1*).

▪ **Ce qui amène la patiente à garder son médecin généraliste :**

Une femme préfère-t-elle consulter une femme ?

Les patientes qui ont un médecin généraliste femme, ne consultent pas de gynécologue . On peut penser que quand le médecin est une femme , les patientes imaginent qu'elle sera à l'écoute de leurs problèmes et à même de les comprendre. L'enquête montre d'ailleurs que les patientes sont en grande majorité satisfaites de l'écoute, du temps qui leur est accordé, des explications et de la délicatesse de l'examen.

Les femmes médecins sont peut-être plus sensibilisées à la gynécologie-obstétrique de par leur statut de femme.

Ceci bien sûr ne veut pas dire que les médecins hommes ne s'intéressent pas à cette discipline puisque 32% des femmes sont suivies par ces derniers.

La confiance

C'est la raison la plus souvent avancée. Ces patientes font confiance aux compétences de leur médecin et sont conscientes de leurs limites dans ce domaine. En cas d'urgence, les femmes consultent de la même façon leur médecin et attendent du MG qu'il les oriente vers le spécialiste si besoin.

La pénurie de spécialistes

Essentiellement en zone rurale, l'accès au spécialiste est devenu difficile. Le MG étant plus disponible et à proximité, les patientes se font suivre par leur médecin.

En effet, depuis la disparition de la formation de gynécologie médicale en 1984, l'effectif de ces derniers n'est pas renouvelé et ils sont donc de moins en moins nombreux. Si la situation restait la même, en 2020, le nombre national de gynécologues médicaux serait d'environ 505. Leur nombre était de 1921 en 1997...

Pour pallier à cette pénurie, le gouvernement a donc rétabli une formation de gynécologie médicale par la voie du DES. Une centaine d'internes en gynécologie médicale sera formée chaque année (1).

La bonne qualité de la relation médecin-patiente

Par rapport aux patientes suivies par le spécialiste, ces femmes semblent plus satisfaites de la relation qu'elles ont avec leur médecin (Tableau 2) ; c'est peut-être une des raisons qui a poussé un tiers de ces femmes à quitter leur spécialiste pour se faire suivre par leur médecin généraliste.

Nous avons essayé de faire apparaître, dans le questionnaire, la pratique du MG vue par la patiente (tableau 3).

Les chiffres obtenus nous amènent à nous poser plusieurs questions (notamment : 10,5% des femmes déclarent que le médecin ne pose pas de spéculum lors de son examen). Les femmes sont-elles bien informées quant à l'examen gynécologique qu'elles subissent ? Connaissent-elles l'utilité de l'examen au spéculum, le rôle du frottis, les conditions dans lesquelles il est réalisé ? Toutes ces questions pourraient faire l'objet d'une autre étude...

- **Ce qui amène la patiente à consulter en alternance le médecin généraliste et le gynécologue :**

La proximité du médecin généraliste

Pour le suivi tel que le renouvellement de contraception orale les femmes font appel à leur médecin traitant, le délai de rendez-vous étant court et le cabinet à proximité.

La compétence du gynécologue

Les femmes semblent avoir besoin au minimum d'une consultation tous les 2 ans pour faire le point avec un spécialiste.

Cette fois, le gynécologue est plutôt un homme. Le suivi étant partagé entre le médecin traitant et le spécialiste, nous pouvons émettre l'hypothèse que le médecin traitant s'occupe de la partie « médicale » et que le spécialiste de la partie « chirurgie-obstétrique ». Nous rappelons que les gynécologues hommes exercent l'obstétrique à 67,8%.

Les femmes consultent leur gynécologue de 1 fois tous les 2 ans à 2 fois par an, ce qui est moins souvent que lorsque le gynécologue est consulté exclusivement puisque le généraliste est aussi acteur.

En ce qui concerne la fréquence des consultations chez le MG pour motifs gynécologiques, nous aurions dû formuler la question autrement puisque les femmes ont répondu jusqu'à plus de 5 fois par an ; nous n'avions pas précisé dans l'intitulé de la question « pour motif gynécologique ». Les réponses données sont donc ininterprétables.

En cas d'urgence, les femmes consultent soit le MG (53,8%), soit le spécialiste (42,3%). Ceci peut être expliqué par le choix qu'elles ont fait de confier leur intimité à ces deux praticiens.

A priori, le MG pratique un examen systématique seulement pour 15,4% des femmes . Apparemment, les patientes voient le gynécologue pour leur examen clinique annuel et font appel au médecin traitant pour les renouvellements.

Les réponses concernant l'examen gynécologique sont intéressantes car nous constatons que certaines femmes, comme nous l'avons vu dans la partie précédente, ignorent en quoi consiste réellement l'examen (*Tableau*

4); elles déclarent avoir un frottis dans 46% des cas mais n'avoir un examen au spéculum que dans 34% des cas. D'autre part, concernant ce dernier examen, il y a 42,3% de sans réponse, est-ce parce que les femmes ignorent ce qu'est un spéculum ?

Nous obtenons également 34% de sans réponse au sujet du TV et du frottis...

En ce qui concerne le point de vue des patientes vis-à-vis des compétences de leur médecin généraliste, elles sont 53,8% à penser que ses compétences sont limitées. Certains médecins ne posant pas de DIU (57%), d'autres ne réalisant pas de frottis (35,7%).

B. L'ENQUETE N°2 AUPRES DES GENERALISTES

Population des médecins :

La répartition des secteurs d'exercice des médecins ne correspond pas tout à fait à la répartition que nous donnions dans la méthodologie de la première enquête alors qu'il s'agit de 40 médecins parmi les 67 de cette enquête.

Le nombre de médecins étant différent, nous ne pouvons rien conclure ; mais lors de l'enquête téléphonique, il est apparu que les médecins avaient tendance à confondre secteur d'exercice géographique et activité réelle. En effet, surtout pour les secteurs semi-urbains, la pénurie de médecins entraîne un surcroît de travail, une augmentation de la surface d'activité ; il en résulte que le médecin a peut-être l'impression de faire de la médecine de ville. Ce qui peut expliquer en partie le déplacement du

secteur semi-urbain (7,5% contre 41,8%) vers le secteur urbain (57,5% contre 19,4%).

Les femmes interrogées par téléphone étaient-elles plus intéressées par le sujet que les hommes ? En effet, parmi les médecins (18%) qui ont refusé de collaborer, 4 % seulement étaient des femmes. En ce qui concerne les hommes qui ont refusé de collaborer, nous pouvons penser que ceux-ci pratiquent peu ou pas la gynécologie-obstétrique.

La Formation des médecins :

Il s'agit de chiffres que nous avons obtenus à partir de déclarations formulées par les médecins interrogés par téléphone ; il s'agit donc d'un avis subjectif, à un temps donné. Même si nous sommes restés le plus neutre possible, il est possible qu'au cours de la conversation, nous ayons créé un biais...

Les médecins jugent leur formation insuffisante ou partielle à 77,5% ; ce chiffre peut sembler inquiétant, même si la fonction du généraliste n'est pas d'être "spécialiste en tout" ; mais ces médecins sont installés en moyenne depuis 13,6 ans et c'est donc par rapport à ces années d'expérience qu'ils portent leur jugement. Il s'agit d'ailleurs d'un manque de formation pratique (71%) plutôt que d'un manque de formation théorique. En effet, lors de leur formation il était facile d'ouvrir un manuel de gynécologie-obstétrique, moins facile de se faire ouvrir les portes des services...

La formation pratique des médecins interrogés a consisté en un stage hospitalier de résident ou d'étudiant pour un peu plus de la moitié d'entre-eux (57,5%). Certains ont effectué seulement des gardes (15%).

Les autres médecins n'ont reçu aucune formation pratique pendant leurs études. Le stage en gynécologie n'était pas obligatoire à leur époque.

90% des médecins ont complété leur formation par différents moyens, mais pour la moitié d'entre eux, ce complément, a été acquis " sur le terrain ". 22% des médecins ont complété ou complètent encore leurs connaissances en participant aux séminaires de formation continue.

Pratique en cabinet :

Nous avons demandé aux médecins quels étaient les actes qu'ils pratiquaient avec aisance au cabinet ; nous rappelons que les réponses données sont le reflet d'une auto-évaluation de chaque médecin interrogé ; même si les actes sont dits être réalisés sans difficulté, nous n'avons (et ce n'était pas le sujet de cette thèse) aucun moyen de juger de leur bonne réalisation.

❖ L'examen mammaire :

En France, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers de la femme. Ce cancer fait donc l'objet d'une grande campagne de dépistage. Selon les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (Anaes), le dépistage se fait par une mammographie tous les 2 ans à partir de 50 ans (4). Entre ces mammographies , un examen clinique régulier est recommandé et permet de détecter des cancers passés inaperçus à la mammographie ou des cancers à croissance rapide.

C'est pourquoi un examen minutieux est nécessaire. Des études ont montré qu'une formation spécifique à l'examen mammaire améliore ses performances et que la durée moyenne pour l'examen d'un sein de taille moyenne devrait être de 3 minutes (5).

Les médecins interrogés ont-ils été formés à cet examen ? Cette question n'était pas abordée dans le questionnaire, mais plutôt la question du savoir-faire avec aisance. Ils ont été 100% à répondre oui.

❖ **La prescription de contraception orale**

est pratiquée avec aisance à 87%. Selon le CREDES, le généraliste ne prend en charge que 50% des consultations pour ce motif (14); néanmoins, ce type de prescription est une activité fréquente pour le MG, qu'il fasse ou non le suivi gynécologique des patientes. En effet, nombreuses sont les patientes qui demandent, en fin de consultation pour un autre motif, le renouvellement de leur pilule (la raison la plus souvent invoquée est la pénurie immédiate annonçant la non reprise du contraceptif) (10). Ce qui "oblige" le MG à renouveler le contraceptif.

❖ **Le frottis cervico-vaginal :**

Aussi réalisé avec aisance dans 87% des cas. Une étude menée en Vendée retrouve un chiffre équivalent : 90,9% des médecins interrogés (44) pratiquaient des frottis et, parmi eux, 61,4% pratiquaient ce geste 1 à 2 fois par semaine (13).

Il s'agit d'un geste de dépistage de lésions précancéreuses. Le rôle du MG devrait être de vérifier le suivi gynécologique de toutes les patientes et au besoin de proposer ce dépistage s'il n'a pas été fait. Il est donc essentiel qu'il sache réaliser ce geste. Une étude récente a d'ailleurs montré la bonne qualité des frottis effectués par les médecins généralistes (6).

❖ le suivi de grossesse :

Pratiqué avec aisance par plus de 87% des médecins de notre échantillon. Ce chiffre est rassurant puisque du fait de la démographie des gynécologues-obstétriciens et du nombre de naissances (44 039 en Pays de Loire en 2000)(3), il est évident que les spécialistes ne peuvent pas assurer le suivi de toutes les grossesses.

Une étude menée à Nantes a montré le rôle du MG lors des grossesses : les médecins de cette enquête suivaient en moyenne 14,4 femmes par an, 23% pendant les 3 premiers mois, 39% jusqu'à 6 mois, 23% jusqu'au terme et 13% étaient perdues de vue. Cette étude montre que les médecins généralistes suivent les grossesses jusqu'à des termes différents, probablement en fonction de leurs compétences dans ce domaine (12).

Une autre étude réalisée à Cholet, en 1998, auprès des médecins de cette ville, montrait que la majeure partie de la formation de ceux-ci en obstétrique découlait de leur expérience professionnelle (73,6%) puis de leur stage hospitalier (60%) enfin des formations médicales annexes. Ces chiffres montrent bien que la formation universitaire n'est pas suffisante.

Le retrait de DIU est effectué facilement pour 77,5% alors que **la pose du DIU** est réalisable pour 40%. L'étude menée en Vendée montre que seulement 11,4% des médecins posent des stérilets, dont 80% moins d'une fois par mois (13). Pourquoi une si grande différence alors que l'échantillon de cette étude est sensiblement le même que celui de notre enquête, respectivement 44 médecins (29 hommes/15 femmes) et 40 médecins (25 hommes/15 femmes) ? Les femmes vendéennes sont-elles moins demandeuses de ce mode de contraception ?

Alors que le retrait est un geste facile dès lors que l'on sait poser un spéculum, la pose est un geste délicat qui demande une formation spécifique et une expérience renouvelée régulièrement. Il faut connaître et savoir gérer les complications éventuelles qui peuvent survenir lors de la pose : malaise vagal, perforation de l'endomètre (rare)...Et savoir assurer le suivi des femmes après la pose.

❖ **La prescription de THS :**

Pratiquée par 62,5% des médecins mais ils déclarent avoir remis en cause cette prescription et avoir plus de difficultés à la mettre en place depuis l'étude WHI (7), dont les résultats, publiés en 2002, montrent que l'hormonothérapie substitutive de la ménopause à base d'œstrogènes équinés et de médroxyprogestérone entraîne un excès de risque d'événements tels que embolies pulmonaires, accidents coronariens, AVC et cancers du sein invasifs (8). Même si les hormones utilisées lors de cette étude américaine ne sont pas celles prescrites en France, il est prudent de prendre en compte ces résultats.

De plus, les patientes ont été informées par les médias et sont devenues réticentes à l'idée de commencer ou de continuer un tel traitement.

Pour aider les médecins, un rapport d'orientation a été mis au point en mai 2004 par l'ANAES et l'AFSSAPS et est disponible sur le site www.anaes.fr.

❖ **L'utilisation de l'Implanon®**

Familière pour seulement 35% des médecins. Ceci peut-être expliqué par la commercialisation récente de ce dispositif (commercialisé en France depuis mai 2001) et peut-être par la faible demande des

patientes. En effet, au cours de notre exercice, nous nous apercevons soit que les femmes ne connaissent pas ce moyen de contraception, soit qu'elles en ont entendu parler et qu'elles n'en veulent pas parce qu'elles connaissent "quelqu'un qui ne l'a pas supporté."

Une étude, menée en Guadeloupe (9), a montré que 75% des femmes porteuses de l'Implanon® signalaient des effets indésirables et ceux-ci mal tolérés entraînaient le retrait du dispositif dans 33% des cas. `

❖ **L'allaitement :**

Les médecins déclarent maîtriser la question à 72,5% ; reste à savoir si leurs connaissances et si les conseils qu'ils donnent sont adaptés...

A l'heure où l'allaitement n'est malheureusement plus un acte "naturel", n'est plus une pratique transmise au travers des générations (l'image de la femme n'est plus attachée à celle de la mère nourricière mais plutôt à la femme séductrice parce que les laboratoires ont su convaincre les mères d'utiliser les laits de substitution...), le rôle du médecin généraliste est important. Au moment de la grossesse, il informe les futurs parents puis, après l'accouchement, au moment où la mère et l'enfant se retrouvent à la maison, sans l'aide de l'équipe périnatale, il soutient la motivation de la mère et de l'entourage, apporte l'aide pratique nécessaire.

Mais, pour apporter un soutien , il faut un savoir et un savoir-faire et malheureusement, lors de la formation universitaire des médecins de l'enquête, peu de cours abordaient le sujet. Une thèse, menée en 1999, a enquêté auprès de médecins généralistes du Val-de-Marne . Cette étude a démontré que les savoirs des médecins étaient différents des conduites à tenir et des traitements préconisés dans les programmes ou ouvrages de formation des professionnels de santé anglais, américains, australiens,

canadiens et des programmes de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Unicef pour la conduite pratique de l'allaitement maternel.

C'est pourquoi les médecins généralistes ont un besoin de formation et cette formation pourrait se baser sur les savoirs, savoir-faire des femmes qui allaitent longtemps (11).

Le conseil pour allaitement est un paragraphe à "mettre à part" dans cette étude car ce n'est pas un geste technique comme réaliser un frottis. Ce n'est pas comparable à un suivi de grossesse, suivi qui est bien codifié et organisé autour d'examen échographiques et biologiques. L'allaitement est un sujet délicat, il est appréhendé avec plus ou moins de passion, différemment par chacun et pour chacune selon les représentations mentales et les croyances.

Remarques

Ce qui émerge des remarques formulées par les médecins en fin de questionnaire est le manque de formations universitaire et post-universitaire. La revendication majeure est le stage en gynécologie-obstétrique obligatoire .

En effet, ce stage de gynécologie-obstétrique fait partie de la "carte" des stages obligatoires depuis 1999 mais il est associé à celui de la pédiatrie. Les résidents ne peuvent pas réaliser les deux stages ; ils doivent donc faire un choix entre les deux disciplines...Il y a donc encore de jeunes médecins qui sortent de la faculté sans formation pratique en gynécologie-obstétrique...

C. L'ENQUETE N°3 AUPRES DES RESIDENTS

Population des résidents :

L'échantillon que nous avons obtenu est très réduit car les critères d'inclusion étaient très restrictifs ; nous voulions interroger seulement les étudiants qui étaient en fin de cursus car nous estimions que des étudiants en premier ou second semestre, par exemple, seraient difficilement à même de se projeter dans le rôle du remplaçant.

En effet, l'étudiant acquiert expérience, maturité et confiance en soi tout au long du cursus. Nous voulions donc des réponses qui soient en rapport avec un avenir le plus proche possible. Ces étudiants ont donc commencé leur résidanat en Novembre 2001.

Le stage de gynécologie-obstétrique :

Même si en théorie, ce stage fait partie des stages obligatoires, nous remarquons que près de la moitié des résidents (46%) n'a pas eu la possibilité de le faire. Et que pour ceux qui ont effectué ce stage (54%), ce dernier est loin de répondre aux mêmes critères. Par exemple, nous constatons la diversité du nombre de journées effectuées...Ou l'étudiant effectue 6 mois de stage, ou 3 mois, ou une journée par semaine (c'est-à-dire un maximum de 26 journées). La formation pratique de l'étudiant peut-elle être la même dans ces trois cas ?

Les 10 étudiants ont effectué leur stage chez le praticien ; nous rappelons qu'il s'agit d'un stage de 6 mois, effectué chez 3 médecins généralistes.

Ce stage peut être également très différent pour chaque étudiant, étant donné que tous les généralistes ne pratiquent pas la gynécologie-obstétrique.

Au terme de leur cursus

Le petit échantillon de résidents interrogé ne permet pas de tirer de conclusions mais seulement de pointer le doigt sur quelques problèmes.

Le premier et le plus préoccupant est que 46% des futurs médecins généralistes de cette promotion concernée ne mettront jamais les pieds dans un service de gynécologie-obstétrique.

Le second est que les stages proposés ne sont pas équivalents tant au niveau de l'enseignement qu'au niveau des possibilités de pratique. Ce qui traduit un manque d'objectif pédagogique de stage. Les réponses de l'étudiant ayant effectué son stage à raison d'une journée par semaine en sont le témoin .

L'enquête montre par ailleurs que certains gestes semblent être bien maîtrisés : l'examen mammaire, la prescription de la contraception orale, le frottis cervico-vaginal et le suivi de grossesse ; ces résultats sont équivalents à ceux de l'enquête faite auprès des généralistes.

En ce qui concerne la pose de DIU, les résidents en fin de cursus semblent plus formés et plus confiants que les médecins installés puisque 7 sur 10 déclarent maîtriser ce geste.

Il en est de même pour l'utilisation de l'Implanon® ; l'explication en est simple, les étudiants ont commencé leur résidanat après l'arrivée en France de ce dispositif. Ce geste a donc fait partie de leur formation.

En ce qui concerne le traitement substitutif (THS), les étudiants semble assez désorientés depuis les résultats de l'étude WHI et surtout devant la diversité des conduites tenues par les différents médecins rencontrés qu'ils soient gynécologues ou maîtres de stage.

L'allaitement est aussi un sujet peu maîtrisé car peu abordé lors de l'enseignement et surtout peu abordé lors du stage hospitalier puisque faisant peu partie des compétences du gynécologue mais plutôt de celles de la sage-femme, de la puéricultrice et éventuellement du pédiatre.

La totalité de cet échantillon répond que la formation est suffisante tant au niveau théorique que pratique .

L'étude menée par Nathalie Quatreboeuvs en 2000 (14) auprès d'étudiants du 3^{ème} cycle, au sujet de la contraception orale, montrait que 53% ne maîtrisaient pas la question et ces étudiants attribuaient leur manque de connaissance à une insuffisance des cours théoriques pour 88% d'entre-eux et une insuffisance de la formation pratique pour 70,5%.

Il s'agissait d'un échantillon de 32 étudiants ayant effectué le stage chez le praticien mais pas obligatoirement le stage de gynécologie obstétrique. Ce qui peut expliquer la non-concordance des résultats.

Remarques

Ce qui émerge des remarques formulées ouvertement par les étudiants, c'est un manque de pratique essentiellement pour l'obstétrique. Le suivi de grossesse n'est pas assez enseigné en stage et n'est donc pas maîtrisé. Il en va de même pour l'allaitement puisque très peu de résidents s'occupent des femmes en post-partum.

Les résidents ne sont pas tous mis en autonomie pour les gestes techniques comme la pose de DIU ou d'Implanom®.

Et les résidents sont manifestement perturbés par l'étude américaine WHI.

La formation des étudiants a changé :

La réforme d'octobre 2000 a apporté un grand changement pour la formation du médecin généraliste avec la mise en place en 2004 de l'ENC (Examen National Classant). Cet examen s'adresse à l'ensemble des étudiants en fin de deuxième cycle, qu'ils se destinent à une spécialité ou à la médecine générale. Cette réforme avait pour objectif de revaloriser la médecine générale en lui donnant sa place de spécialité.

Le programme de l'ENC répond aux objectifs officiels établis par la Commission Pédagogique Nationale de la réforme (17). Ce programme comporte 11 modules transdisciplinaires, le second de ces modules est intitulé " De la conception à la naissance" (Annexe 4) . La nouveauté de cette réforme et notamment du module 2 est la notion de transversalité entre les différentes disciplines.

L'enseignement au cours du deuxième cycle est bien entendu calqué sur le programme de l'ENC. Contrairement aux enseignements antérieurs à cette réforme, dispensés aux médecins installés et aux étudiants de notre enquête, celui-ci semble fournir des bases solides et plus adaptées à l'exercice de la médecine générale.

Parallèlement à l'enseignement traditionnel, la faculté de Nantes est le site pilote français pour l'intégration des contenus numériques dans l'enseignement. L'unité de recherche pédagogique basée à Nantes (Technologies de l'Information et de la Communication pour l'Enseignement en Médecine : TICEM) dirigée par le professeur PHILIPPE, créée en 2002, développe 11 campus numériques nationaux .

Les étudiants de Nantes ont accès depuis la rentrée 2003 au campus de gynécologie-obstétrique www.campus-gyneco-obst.org . Ce campus permet à l'étudiant d'enrichir ses connaissances en lui proposant essentiellement des cas cliniques qu'il peut résoudre en ligne. L'étudiant

peut comparer ses réponses avec celles validées par les professeurs et, en un simple clic, il peut passer d'un cours à l'autre, d'une discipline à l'autre (transversalité horizontale) et d'un cycle à l'autre (transversalité verticale) (16). L'étudiant bénéficie aussi d'un carnet de stage définissant la formation théorique et pratique qu'il doit acquérir.

IV.CONCLUSION

Le suivi gynécologique est un suivi médical particulier, l'avis de chaque femme à son sujet est différent selon son histoire personnelle. Le choix du médecin se fait en fonction de certains critères : la confiance, la relation privilégiée et pour beaucoup de patientes, la volonté de confier son intimité à une femme. Ce dernier point est un point essentiel sur lequel le corps médical ne pourra pas influencer. Avant que la population de gynécologues médicaux ne soit renouvelée, les patientes actuellement

suivies par les gynécologues médicaux vont rencontrer de plus en plus de difficultés pour obtenir un rendez-vous. Et les gynécologues obstétriciens ne pourront pas prendre en charge ces patientes étant donné leur nombre restreint.

La solution à ce problème pourrait être un suivi par les médecins généralistes puisque cette population se féminise.

Notre enquête nous amène à constater que les médecins généralistes installés considèrent que leur formation universitaire a été insuffisante mais ils ont su compléter leur formation pour offrir les meilleurs soins possibles à leurs patientes. Quant aux étudiants, un trop grand nombre n'a pas eu la possibilité de valider un stage de gynécologie au cours de son cursus. Cette enquête est antérieure à la mise en place de la réforme d'octobre 2000 et donc du premier Examen National Classant de 2004. Il faudra attendre au moins 2007 pour mener la même enquête auprès des étudiants en fin de cursus et interroger ensuite les nouveaux médecins installés ayant bénéficié de cette nouvelle formation puis comparer les résultats pour savoir si celle-ci est mieux adaptée à la pratique de la gynécologie en médecine générale. Si la formation théorique des étudiants a été repensée, il reste un effort à faire pour organiser pour tous les futurs généralistes un stage en gynécologie de qualité.

ANNEXE 1

Ce questionnaire a pour but d'étudier les raisons qui vous ont fait choisir soit un médecin généraliste, soit un médecin spécialiste pour votre suivi gynécologique.

Il s'agit d'un questionnaire anonyme que nous vous demandons de retourner à l'aide de l'enveloppe T ci-jointe sans repasser par l'intermédiaire de votre médecin traitant. Nous vous remercions de votre collaboration.

Afin de mieux vous connaître:

Cocher la (les) cases correspondante(s) à votre (vos) réponse(s)

- Votre médecin traitant exerce :
 - en zone rurale
 - dans une ville moyenne (de 10.000 à 100.000 habitants)
 - dans une grande ville (plus de 100.000 habitants)

- Votre âge:

- Votre profession:

Ouvrière	Sans profession
Artisan	Retraitée
Employée	Etudiante
Agricultrice	Autre _____
Cadre moyen	_____
Commerçante	
Cadre supérieur ou libérale	

- Votre niveau d'études:

Primaire
Classe de troisième
Baccalauréat
Etudes techniques (CAP-BEP)
Etudes supérieures

Si vous êtes suivie exclusivement par **un gynécologue**, répondez à la **partie I**

Si vous êtes suivie exclusivement par **votre médecin généraliste**, répondez à la **partie II**

Si vous voyez **un gynécologue et votre médecin traitant en alternance**, répondez à la **partie III**.

Il vous suffit de cocher la ou les cases qui correspondent à votre ou à vos réponses

I . VOUS ETES SUIVIE EXCLUSIVEMENT PAR UN GYNECOLOGUE .

- ❖ Il s'agit : d'un gynécologue médical
 d'un gynécologue accoucheur
 d'une femme d'un homme

- ❖ Vous consultez un gynécologue:
 depuis le début
 après avoir consulté votre médecin traitant

 Si c'est le cas ,c'est : depuis un problème gynécologique
 depuis une intervention chirurgicale
 après une grossesse
 parce-que la prise en charge assurée par
 votre médecin traitant ne vous convient pas.

- ❖ Quelle(s) raison(s) précise(s) vous a (ont) amenée(s) à choisir un spécialiste pour votre suivi gynécologique ?

- ❖ Vous êtes satisfaite de votre gynécologue parce que ? Oui Non
 - Il (elle) vous écoute
 - Il (elle) prend le temps
 - Il (elle) répond à vos questions
 - Ses explications sont claires
 - Son examen est fait avec délicatesse

- ❖ Combien de fois par an voyez vous votre gynécologue? _____

- ❖ S' il s'agissait d'une urgence vous feriez appel à: votre médecin traitant
 votre gynécologue
Pourquoi ? _____

ANNEXE 2

*****FEUILLE DE LECTURE OPTIQUE, COCHEZ LES CASES AU FEUTRE NOIR*****

 exemples : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 ||| ||| ||| ||| ||| ||| Très mauvais ————— Excellent

01-LIEUEXERC Urbain Semi-rural Rural
 02-SEXE Masculin Feminin
 03-AGE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 04-ANNEEXER 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 05-FORMUNIV Insuffisante Partielle Suffisante
 06-INSUFORMA Théoriques Pratiques
 07-FORMPRAT Gardes Stage d'étudiant Stage de résident
 08-FORMACOMP Aucune sur le terrain FMC stage volontaire en gynéco
 09-PRATIC1 prescrire C.O prescrire THS frottis pose DIU OT DIU
 10-PRATIC2 Implanon suivi grossesse examen des seins conseil allaitement
 11-RAISON Formation intérêt demande directe des patientes

LIBELLE DES RUBRIQUES

- 01-votre lieu d'exercice
- 02-Votre sexe
- 03-votre âge
- 04-nombre d'années d'exercice
- 05-votre formation universitaire pour une bonne pratique gynécologique était :
- 06-en cas de formation insuffisante, les manques étaient-ils :
- 07-votre formation pratique a consisté en des :
- 08-avez-vous effectué une formation complémentaire en gynécologie ?
- 09-Vous pratiquez avec aisance les actes suivants :
- 10-vous pratiquez avec aisance les actes suivants :
- 11-si vous ne pratiquez jamais de gynécologie, c'est par manque de :

REMARQUES

ANNEXE 3

Questionnaire destiné aux résidents qui terminent leur cursus et qui ont effectué le stage de gynécologie.

❖ Vous êtes : une femme un homme

❖ **Vous avez effectué votre stage en gynécologie lors de quel semestre ?**

 1 2 3 4 5 (entourer la bonne réponse)

❖ **Combien de temps a duré ce stage ?** _____

❖ **Avez- vous effectué votre stage chez le praticien ?** _____

❖ **Actuellement, vous sentez-vous prêt(e) à exercer en cabinet de médecine générale les actes suivants :**

Oui Non

Faire un frottis

Prescrire une contraception orale

Prescrire un traitement substitutif

Poser un stérilet

Retirer un stérilet

Poser et retirer un Implanon®

Faire un suivi de grossesse

Faire un examen mammaire

Donner des conseils lors de l'allaitement

Si vous avez répondu non à certaines questions, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

ANNEXE 4

Module 2 : “ De la conception à la naissance”

1-Objectifs généraux

L'étudiant doit connaître la contraception et les problèmes médicaux liés à la procréation, à la grossesse et à la naissance. Il doit participer à la prise en charge de la grossesse et de ses complications. Il doit connaître les problèmes posés par les principales maladies génétiques et participer à l'information de la famille et du malade.

2-Programme d'enseignement

15. Examen prénuptial.

16. Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte.

17. Principales complications de la grossesse :

- hémorragies génitales,
- interruption spontanée de grossesse,
- fièvre et grossesse,
- hypertension artérielle et grossesse,
- diabète et grossesse,
- menace d'accouchement prématuré

18. Grossesse extra-utérine.

19. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum.

20. Prévention des risques foetaux: infections, médicaments, toxiques, irradiation.

21. Prématurité et retard de croissance intra-utérin: facteurs de risque et prévention.

22. Accouchement, délivrance et suites de couches normales.

23. Évaluation et soins du nouveau-né.

24. Allaitement et complications.

25. Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours.

26. Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies.

27. Contraception.

28. Interruption volontaire de grossesse.

29. Stérilité du couple: conduite de la première consultation.

30. Assistance médicale à la procréation: principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques.

31. Problèmes posés par les maladies génétiques à propos :

- d'une maladie chromosomique : la trisomie 21,
- d'une maladie génique : la mucoviscidose,
- d'une maladie d'instabilité : le syndrome de l'X fragile

Bibliographie

- 1- In “ COHEN J, MADELENAT P, LEVY-TOLEDANO R. Gynécologie et santé des femmes : quel avenir en France ?”Paris : Ed ESKA 2000.
http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/co0.htm
- 2- CHABROL A. Polémique autour de la gynécologie. Bulletin de l'Ordre des médecins. Mai 2000 :10
- 3- In “La santé observée dans les Pays de la Loire” . Observatoire régional de la santé (ORS) et union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).Ed 2003-2004. 188 pages
- 4- Prescrire Rédaction “ Dépistage systématique du cancer du sein” Rev Prescr 2000 ; 20 (210) : 696-697.
- 5- BARTON MB et Coll. “ Does this patient have breast cancer ? The screening clinical breast examination : should it be done ? How ?” JAMA 1999 ; 282 (13) : 1270-1280.
- 6- FAIVRE-BIHI C. Evaluation de la qualité des frottis du col de l'utérus, pratiqués par les médecins généralistes en région lyonnaise. Thèse med. Lyon 2003. 129 pages.
- 7- Women's health initiative investigators “ Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial” JAMA 2002 ; 288 (3) : 321-333.
- 8- Prescrire Rédaction “Hormonothérapie substitutive de la ménopause”. Rev Prescr 2004 ; 24 (246) : 25-28.
- 9- LE BRIS C. Comment les femmes guadeloupéennes vivent-elles leur contraception par Implanon® ? Etude épidémiologique descriptive d'un échantillon de 100 femmes guadeloupéennes. Thèse med.Nantes, 2003. 93 pages.
- 10- LEBLANC B.Prescription au cabinet médical d'un contraceptif oral ou de son renouvellement lors d'une consultation pour un autre motif. Exercer 1996 ; spéciale Thèse : 24-27.

11- MARCHAND-LUCAS L, LUCAS E. Les généralistes favorisent-ils l'allaitement ? Rev Prat Med Gen 2000 ; 14 (510) : 1692-1701.

12- CHAMBONNET J-Y, SENAND R, COLLET N. Surveillance de la grossesse : que font les médecins généralistes ? Rev Prat Med Gen 1999 ; 13 (447) : 169-172.

13- PELTIER G. La pratique gynécologique et obstétricale en médecine générale, enquête auprès de 55 médecins généralistes de la région yonnaise. Mémoire de stage chez le praticien, novembre 2002-mai 2003. Nantes . 22 pages.

14- QUATREBOEUF N. Intérêt d'une étude statistique sur les motifs de recours en médecine libérale comme guide d'une restructuration pédagogique de l'enseignement médical initial à l'UFR de Nantes (à propos de l'étude du CREDES de novembre à octobre 1992). Thèse med. Nantes, 2000 : 100 pages.

15- SENAND R, LE MAUFF P. Comment la diminution de l'offre de soin peut-elle modifier l'exercice de la médecine générale ? Rev Prat MG 2004 ; 18 (660/661) : 929-932.

16- EL BALAA Z. Comment planifier un module d'enseignement en ligne des spécialités en médecine via un campus numérique ? mémoire de diplôme inter-universitaire et professionnel de pédagogie et communication médicales. Nantes, 2004 : 37 pages.

17- Enseignement Supérieur, Recherche et Technologie. Le Bulletin Officiel 30 août 2001. N° 31.

NOM : HUMEAU-AUBIN

PRENOM : SANDRINE

Titre de Thèse : **GYNÉCOLOGIE MÉDICALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

Etat des lieux et perspectives à partir d'une enquête menée auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154 patientes.

RESUME

Le constat d'une réduction considérable, dans les années à venir, des praticiens spécialisés en gynécologie médicale nous a conduit à nous interroger sur les rapports entre cette discipline et la pratique du médecin généraliste. Dans cet objectif, nous avons mené une étude conduite auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154 patientes. Nous avons observé que parmi les critères de choix du praticien, avancés par les patientes, ressortaient la compétence présumée, la confiance globalement accordée au praticien et pour deux tiers d'entre-elles, que ce médecin soit une femme. Par ailleurs, les autres facteurs influençant leur choix sont : la proximité et la disponibilité du médecin pour un tiers d'entre-elles. Les généralistes qui pratiquent la gynécologie estiment leur formation initiale insuffisante et inadaptée. Depuis la réforme d'octobre 2000, l'espoir d'une meilleure formation existe et ces effets mériteront d'être évalués à moyen terme.

MOTS-CLES

Gynécologie médicale- Médecine générale- Formation initiale- Troisième cycle-
Pratiques médicales.