

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de médecine générale

par

Marie de CASTELBAJAC de la CROIX épouse CASTEL

Née le 03 Juillet 1983 à Saint Michel (16)

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2014

**Evaluation de la formation des internes de médecine générale de Nantes à la
pose des dispositifs intra-utérins**

Président : Monsieur le Professeur Patrice LOPES

Directeur de thèse : Madame le Professeur Laure VANWASSENHOVE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrice LOPES,

vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Laure VANWASSENHOVE,

merci Laure pour ton aide, ta patience et tes conseils avisés.

Sois assurée de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Rémi SENAND,

vous me faites l'honneur de juger ce travail, soyez assuré de mon plus grand respect pour votre dévouement à l'enseignement.

A Monsieur le Docteur Bernard MESLE,

vous me faites l'honneur de participer au jugement de ce travail.

Soyez assuré de toute ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Matthieu ANEX,

merci Matthieu pour ton amitié, ta disponibilité et tes compétences en statistiques sans lesquelles ce travail n'aurait pu se faire.

A mes parents,

vous croyez en moi depuis toujours et m'avez toujours soutenue. Merci de m'avoir encouragée et aidée à aller au bout de mon rêve d'enfant.

A mes sœurs,

parce qu'à quatre on est drôlement plus fortes !

A ma famille et à ma belle-famille,

j'ai beaucoup de chance d'être si bien entourée.

A mon oncle Stéphane parti cette année,
tu me manques. J'aurais aimé savoir te sauver.

A mes amis de longue date, Anne-Claire, Bertrand, Claire, Fanette, Jessica, Julie, Lucie, Marion,
nous avons tant partagé ensemble, sans vous rien ne serait pareil ! Votre précieuse amitié compte tellement à mes yeux, merci pour tout ce que vous me donnez.

A mes belles rencontres pendant ces dernières années de médecine, Lucie, Marie, Matthieu, Mathieu, Nathalie, Pauline notamment,
la médecine nous a fait nous rencontrer, quelle chance !

Aux médecins maîtres de stage, aux cointernes, aux infirmières, aux aides-soignantes, aux personnels paramédicaux rencontrés pendant mon internat, vous m'avez marquée par votre gentillesse et votre envie de partager votre expérience. Tout simplement merci !

A Julien,
mon mari, mon Amour. La vie est si belle depuis toi, depuis nous. Que Dieu nous garde dans le creux de sa main, pour des dizaines d'années encore au moins ! Je t'aime.

A ma jolie Margaux,
ma fille, mon puits d'amour.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	5
TABLE DES ILLUSTRATIONS	7
ABREVIATIONS UTILISEES	8
I. INTRODUCTION	9
II. MATERIEL ET METHODES	12
A. Population cible	12
B. Détermination de l'outil	12
C. Exploitation statistique	13
D. Objectifs	13
1. Objectif principal	13
2. Objectifs secondaires	13
III. RESULTATS	14
A. Statistiques descriptives de la population	14
1. Caractéristiques générales de la population	14
2. Projet professionnel des internes interrogés	16
3. Place de la gynécologie dans leur future pratique	16
4. Formation à la pose d'un DIU	17
a. Lieu de formation à la pose d'un DIU	17
b. Type de formation	20
5. Désir de pose d'un DIU dans la pratique ultérieure des internes	23
6. Sentiment de compétence à la pose d'un DIU	25
7. Formation complémentaire	25
B. Statistique analytique	26
1. La pose d'un DIU, un geste de médecine générale ?	26
2. Quels facteurs influencent le désir de poser des DIU ?	26
3. Quels facteurs influencent la formation à la pose d'un DIU ?	29
4. Quels facteurs influencent le sentiment de compétence à la pose d'un DIU ?	30
5. Quelle formation à la pose d'un DIU est reçue dans chaque lieu de stage ?	34
a. Formation reçue chez le médecin généraliste	34
b. Formation reçue en gynécologie à l'hôpital	35
c. Formation reçue au planning familial	36
6. Quels sont les stages où la formation par supervision a lieu ?	37
IV. DISCUSSION	39
A. Discussion autour de la méthodologie.	39

B.	Réponse à l'objectif principal : état des lieux de la formation à la pose d'un DIU.....	40
1.	Une motivation réelle des internes pour la pose d'un DIU	40
2.	Les internes reçoivent une formation à la pose du DIU	41
3.	Comparaison des lieux de formation	42
4.	Formation et sentiment de compétence à la pose du DIU	43
C.	Réponses aux objectifs secondaires : quelles améliorations ?.....	44
1.	La formation chez le praticien de médecine générale : d'observation en supervision.....	44
2.	Ajustement de la maquette de l'internat de médecine générale	45
3.	Potentialiser le passage en gynécologie hospitalière	46
V.	CONCLUSION.....	47
	ANNEXES	49
	Annexe 1 : Questionnaire de l'étude	49
	Questionnaire sur la formation des internes de MG à la pose d'un DIU	49
	BIBLIOGRAPHIE	52

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Répartition des internes selon leur semestre d'internat.	15
Figure 2 : Répartition des internes selon leur projet professionnel	16
Figure 3 : Nombre d'internes formés par terrain de stage.....	19
Figure 4 : Répartition en % des internes selon le type de formation reçu à la pose d'un DIU.....	21
Figure 5 : Répartition des internes selon le type de formation reçue.....	22
Figure 6 : Nombre d'internes par motifs de refus de pose de DIU.	24
Figure 7 : Type de formation reçu chez le praticien de médecine générale	34
Figure 8 : Type de formation reçu en stage de gynécologie à l'hôpital.	35
Figure 9 : Type de formation reçu au planning.	36
Figure 10 : Répartition des internes ayant reçu une supervision dans les différents lieux de stage	37
Figure 11 : Nombre d'internes formés en supervision par lieux de stage.	38

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée	14
Tableau 2 : Répartition des internes selon leur lieu de formation à la pose d'un DIU	18
Tableau 3 : Répartition des internes selon les motifs de refus de pose d'un DIU	23
Tableau 4 : Etude des facteurs influençant le désir ultérieur de poser des DIU	27
Tableau 5 : Etude des facteurs influençant la formation à la pose d'un DIU	29
Tableau 6 : Etude des facteurs influençant le sentiment de compétence à la pose d'un DIU	30
Tableau 7 : Etude du sentiment de compétence en fonction de la formation	32
Tableau 8 : Etude du sentiment de compétence en fonction de la formation par supervision	33

ABREVIATIONS UTILISEES

AIMG : association nationale des internes en gynécologie médicale

ANSM : agence nationale du médicament et des produits de santé

CPEF : centre de planification et d'éducation familiale

DES : diplôme d'études spécialisées

DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires

DIU : dispositif intra-utérin

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FNCGM : fédération nationale des collèges de gynécologie médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : interruption volontaire de grossesse

MG : médecine générale

MSU : maître de stage universitaire

PMI : protection maternelle et infantile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

WONCA : World Organization of National Colleges Academies

I. INTRODUCTION

Le médecin généraliste est le premier contact habituel avec le système de soins. Il permet un accès aux soins ouvert et non limité aux usagers. Il peut prendre en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée⁽¹⁾.

Le champ d'action du médecin généraliste est large et pluridisciplinaire⁽²⁾, il gère des pathologies aiguës comme chroniques, des consultations de dépistage, de prévention.

Ainsi dans sa pratique quotidienne, la gynécologie trouve toute sa place⁽³⁾. La contraception, les examens de dépistage, le traitement substitutif de la ménopause, la grossesse sont autant de motifs de consultation pour lesquels le médecin généraliste peut être sollicité.

Selon une étude⁽⁴⁾ de 2008 réalisée à la demande de la Fédération nationale des Collèges de gynécologie médicale (FNCGM), 15% des femmes françaises sont prises en charge par leur médecin généraliste pour leur suivi gynécologique. Etant donné le nombre de plus en plus réduit de spécialistes gynécologues⁽⁵⁾ et l'importance des délais de consultation, on peut supposer que les médecins généralistes vont être davantage sollicités par leurs patientes.

En médecine générale, 35% des actes de gynécologie concernent la contraception⁽⁶⁾. La prescription d'une contraception est un sujet d'actualité, comme en témoignent, en 2012, les 222500 interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées dans notre pays⁽⁷⁾.

Chaque contraception est à adapter à la patiente⁽⁸⁾, en fonction de son âge, de ses antécédents, de ses souhaits.

La première méthode de contraception utilisée par les femmes françaises est la pilule⁽⁹⁾.

La contraception par dispositif intra-utérin (DIU) est utilisée davantage chez les femmes de plus de 40 ans, mais peut être proposée à tout âge. En 2010, 21 % des femmes en âge de procréer utilisent ce moyen de contraception⁽⁹⁾.

Depuis la fin de l'année 2012, des cas d'accidents thromboemboliques imputés à la prise de pilules œstro-progestatives chez des jeunes femmes ont créé la polémique autour des pilules de troisième et quatrième génération. La Haute Autorité de Santé (HAS) a alors fait un rappel sur les différents moyens contraceptifs disponibles et sur leur bon usage⁽¹⁰⁾.

Ces accidents thromboemboliques et leur médiatisation ont eu une forte influence sur un changement d'utilisation des contraceptifs. On a vu en 2013 une forte augmentation des

ventes des autres modes de contraception que la pilule⁽¹¹⁾, comme par exemple les ventes de DIU au cuivre qui ont progressé de 47%.

Le DIU représente donc une méthode de contraception d'actualité. La formation des médecins généralistes à la pose des DIU est indispensable si les médecins généralistes veulent pouvoir répondre aux besoins et demandes de leurs patientes.

Cela implique une formation adaptée. Le travail de thèse de Lauriane Michelet-Bretonneau en 2010, réalisé auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique, a montré que la moitié d'entre eux estime avoir reçu une formation insuffisante à la pose de DIU⁽¹²⁾.

Il nous a semblé intéressant de nous interroger sur la formation reçue par les jeunes médecins à la pose d'un DIU pendant leur internat à la faculté de médecine de Nantes.

L'interne de médecine générale réalise six semestres de stage pendant lesquels il doit acquérir la base indispensable et nécessaire à sa pratique future. Ces six semestres sont à effectuer selon une maquette, qui impose quatre semestres obligatoires et deux semestres « libres ».

Les semestres obligatoires comportent un semestre aux urgences, un semestre de médecine adulte polyvalente, un semestre de gynécologie ou de pédiatrie (stage mère-enfant), un semestre chez un praticien de médecine générale maître de stage universitaire (MSU), encore appelé « stage praticien de niveau 1 ».

Lors des deux semestres « libres », l'interne peut choisir d'effectuer un SASPAS (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) encore appelé « stage praticien de niveau 2 », c'est-à-dire un stage en autonomie avec une supervision par un médecin généraliste MSU. Pour pouvoir réaliser ce stage il faut avoir validé le stage praticien de niveau 1. Il peut aussi effectuer un stage de spécialité (cardiologie, psychiatrie, rhumatologie...), ou bien encore un stage pour valider une maquette de diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC).

Le stage praticien de niveau 1 chez le médecin généraliste vise à donner à l'interne une autonomie progressive en consultation de médecine générale, sous la supervision de l'un de ses pairs. L'interne assiste, si le patient est d'accord, à la consultation et y prend part. Le médecin peut lui apprendre des techniques et ils évoquent ensemble la prise en charge du patient. L'interne bénéficie du savoir-faire et de l'expérience du médecin qui l'accueille. Les premiers temps il est observateur, puis progressivement le médecin généraliste qui l'accompagne lui laisse de l'autonomie et le supervise. A la fin de son semestre, l'interne

réalise des consultations seul, consultations dont il peut ensuite débriefer sous forme de supervision indirecte avec le médecin généraliste.

A Nantes, lors du stage « mère enfant », l'interne choisit une formation en pédiatrie ou en gynécologie. Quelques lieux de stage permettent une formation dans les deux disciplines, de trois mois chacune.

L'accès au centre de planning familial est parfois possible, avec son maître de stage lors du stage praticien de niveau 1 ou lors du stage de gynécologie.

Ce sont les trois principaux moments de l'internat de médecine générale pendant lesquels l'interne peut acquérir des compétences en gynécologie.

Le médecin généraliste établit la base de son socle de compétences au cours de son internat. C'est pour cette raison que nous nous sommes intéressés à ce moment privilégié pour tenter de faire une évaluation de la formation des internes de médecine générale de Nantes à la pose d'un DIU.

Quelle formation reçoivent-ils pendant l'internat à la pose d'un DIU ? Quel est leur intérêt pour ce geste ? Quels sont les moments et lieux de cet apprentissage ? S'estiment-ils compétents à la fin de leur internat pour effectuer ce geste chez leurs futures patientes ?

II. MATERIEL ET METHODES

A. Population cible

Nous avons choisi d'interroger, entre le 03 novembre 2011 et le 30 avril 2012, l'ensemble des internes en cours de DES de médecine générale à la faculté de Nantes, ainsi que ceux ayant terminé leur internat depuis moins de six mois.

458 internes ont été recensés par l'intermédiaire du Département de Médecine Générale de Nantes.

B. Détermination de l'outil

Un questionnaire informatisé a été réalisé sur Google Documents* et diffusé sur Internet.

Celui-ci a été transmis par le bureau du Syndicat des Internes de Médecine Générale de l'Ouest (SIMGO) de Nantes à l'ensemble des internes concernés fin novembre 2011.

Les questionnaires ont été adressés par voie électronique. Une relance a été faite en mars 2012 pour maximiser le nombre de réponses.

Le questionnaire (annexe 1) a comporté seize questions.

Les questions ont été articulées autour :

- de données générales (sexe, semestre de DES en cours, stages effectués au cours de l'internat)
- du projet professionnel
- des éléments de formation reçus par l'interne à la pose d'un DIU et de son sentiment de compétence
- de leur projet de pratique future par rapport à la pose de DIU.

* Google, Mountain View, USA

C. Exploitation statistique

Les données ont été intégrées sous Microsoft Excel 2010[†] pour la partie descriptive. Les analyses statistiques ont été réalisées sous Systat 12[‡]. Les mesures d'associations entre les différentes variables ont été testées par le test du Chi 2 au seuil de 95% ou par le test exact de Fisher quand les conditions du Chi 2 n'étaient pas réunies.

Dans l'ensemble des tests effectués, la valeur de p inférieure à 0.05 a été retenue comme significative.

L'échantillon a été considéré comme représentatif de la population.

Les internes n'ayant fait ni le stage praticien ni le stage mère enfant ont été exclus de la base de données, ne pouvant avoir eu de formation à la pose du DIU. Il s'agit de trente-trois internes.

192 internes ont répondu au questionnaire.

159 questionnaires ont pu être exploités.

D. Objectifs

1. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est de faire une évaluation de la formation des internes de médecine générale à la pose de DIU : quelle formation reçoivent-ils à ce geste ? Cette formation leur donne-t-elle un sentiment de compétence suffisant pour pratiquer ce geste dans leur futur exercice de médecin généraliste ?

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires visent à déterminer comment cette formation peut être améliorée afin de donner aux internes un plus fort sentiment de compétence pour ce geste.

Il s'agit également d'essayer d'apporter des réponses afin d'enrichir l'internat en médecine générale à Nantes et de proposer des pistes pédagogiques chez les médecins formateurs.

[†] Microsoft Corporation, Redmond, USA

[‡] Systat Software Inc., Chicago, USA

III. RESULTATS

A. Statistiques descriptives de la population

1. Caractéristiques générales de la population

159 questionnaires ont été inclus dans l'étude.

Les caractéristiques de la population sont détaillées dans le Tableau 1.

	nombre d'internes	pourcentage
Sexe		
<i>féminin</i>	122	76,73%
<i>masculin</i>	37	23,27%
Semestre		
<i>1</i>	15	9,43%
<i>2</i>	2	1,26%
<i>3</i>	22	13,84%
<i>4</i>	6	3,77%
<i>5</i>	58	36,48%
<i>6</i>	14	8,80%
<i>internat terminé</i>	42	26,42%
Passage en stage mère enfant		
<i>oui</i>	147	93,00%
<i>non</i>	11	7,00%
Passage en stage de gynécologie hospitalière		
<i>oui</i>	68	42,80%
<i>non</i>	91	57,20%
Passage chez le praticien de médecine générale		
<i>oui</i>	111	69,80%
<i>non</i>	48	30,20%
Passage chez le gynécologue libéral		
<i>oui</i>	9	5,70%
<i>non</i>	149	94,30%

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée

Les femmes ont répondu de façon majoritaire à l'étude (76.7%).

Les internes de cinquième semestre sont plus nombreux que leurs collègues à avoir répondu (36.5%), ainsi que ceux ayant terminé leur internat (26.4%). Les internes de premier semestre et de quatrième semestre ont peu répondu (respectivement 1.26% et 3.77%).

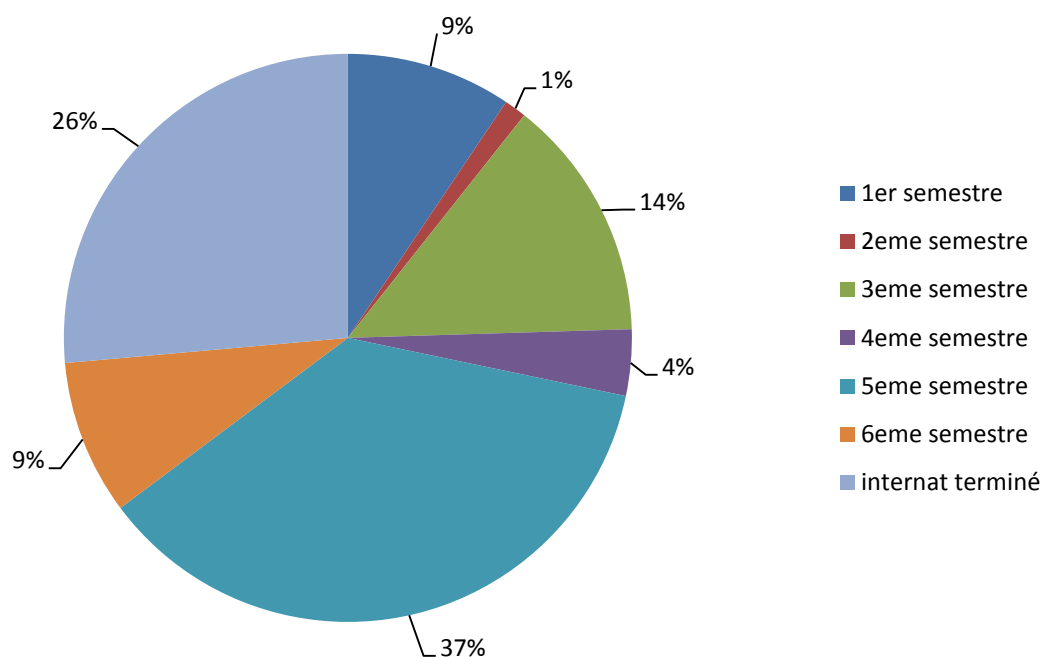


Figure 1 : Répartition des internes selon leur semestre d'internat

93% des internes ont effectué leur stage mère-enfant, 42.8% l'ont fait en gynécologie.

70% des internes ont effectué leur stage praticien chez le médecin généraliste.

5.7% déclarent avoir effectué un passage chez le gynécologue libéral.

2. Projet professionnel des internes interrogés

Ils sont 68% à vouloir pratiquer la médecine générale en libéral, 17.3% à désirer travailler en structure hospitalière, 2.7% en structure de PMI ou au centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), couramment appelé planning familial.

12% ont un projet professionnel autre, souvent alliant la médecine libérale à une pratique salariée en planning ou PMI. Certains se destinent également à une activité en santé publique, d'autres à la médecine vasculaire, à la nutrition, à la médecine légale ou encore à exercer en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

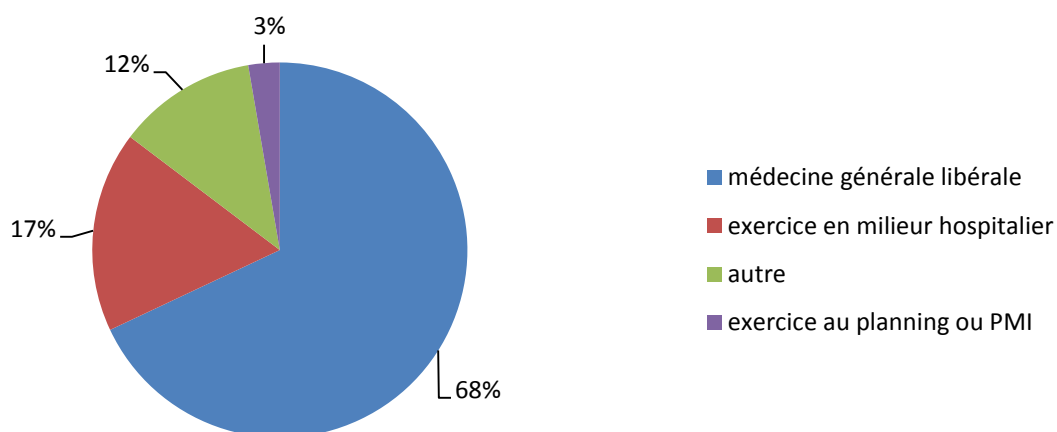


Figure 2 : Répartition des internes selon leur projet professionnel

3. Place de la gynécologie dans leur future pratique

85% désirent faire de la gynécologie dans leur pratique.

96% des internes considèrent que la pose d'un DIU est un geste de médecine générale.

72% désirent poser des DIU dans leur pratique ultérieure de médecin.

4. Formation à la pose d'un DIU

91% d'internes disent avoir reçu une formation à la pose du DIU.

a. Lieu de formation à la pose d'un DIU

Les internes qui disent avoir été formés à la pose du DIU ont pu préciser le lieu de leur formation.

Les possibilités de formation sont les suivantes :

- chez le médecin généraliste lors du stage praticien
- lors du stage de gynécologie à l'hôpital (stage mère-enfant)
- au planning familial (lors du stage chez le médecin généraliste ou du stage de gynécologie)
- chez le gynécologue libéral lors du stage chez le médecin généraliste
- lors d'autres stages non précisés (stages d'externat, formations organisées par la faculté...).

Le tableau ci-après montre la répartition des internes en fonction du lieu de formation à la pose du DIU.

LIEU DE FORMATION	Nombre d'internes	Nombre d'internes en pourcentage
Gynécologie hospitalière	33	27.28%
Praticien de médecine générale	21	17.65%
Gynécologie hospitalière + planning	10	8.4%
Praticien de MG + gynécologie hospitalière	9	7.6%
Autre lieu non précisé	9	7.6%
Planning	7	5.88%
Praticien de MG + planning	6	5.04%
Praticien de MG + gynécologie hospitalière + planning	5	4.2%
Praticien de MG + gynécologie hospitalière + gynécologue libéral	3	2.52%
Praticien de MG + planning + autre lieu non précisé	3	2.52%
Gynécologie hospitalière + planning + autre lieu non précisé	3	2.52%
Gynécologie hospitalière + autre lieu non précisé	2	1.68%
Praticien de MG + planning + autre lieu non précisé	2	1.68%
Gynécologie hospitalière + gynécologue libéral + planning	2	1.68%
Gynécologue libéral	1	0.84%
Praticien de MG + gynécologue libéral + autre lieu non précisé	1	0.84%
Gynécologie hospitalière + gynécologue libéral	1	0.84%
Praticien de MG + gynécologue libéral	1	0.84%

Tableau 2 : Répartition des internes selon leur lieu de formation à la pose d'un DIU

119 internes ont répondu sur le lieu de formation ; 71 internes ont déclaré un lieu de formation, 32 internes ont déclaré deux lieux de formation et 16 internes ont déclaré trois lieux de formation.[§]

Nous avons 183 réponses sur le lieu de formation.

- 68 internes ont été formés en gynécologie hospitalière et/ou ailleurs et seulement 33 qu'en gynécologie hospitalière
- 51 internes déclarent avoir été formés chez le praticien de médecine générale et/ou dans d'autres lieux et seulement 21 n'ont été formés que chez le praticien de médecine générale
- 35 au planning et/ou ailleurs et 7 au planning exclusivement
- 9 chez le gynécologue libéral et/ou dans d'autres stages et 1 chez le gynécologue libéral exclusivement
- 20 ont été formés dans d'autres lieux de stage et 9 dans d'autres lieux de stage exclusivement.

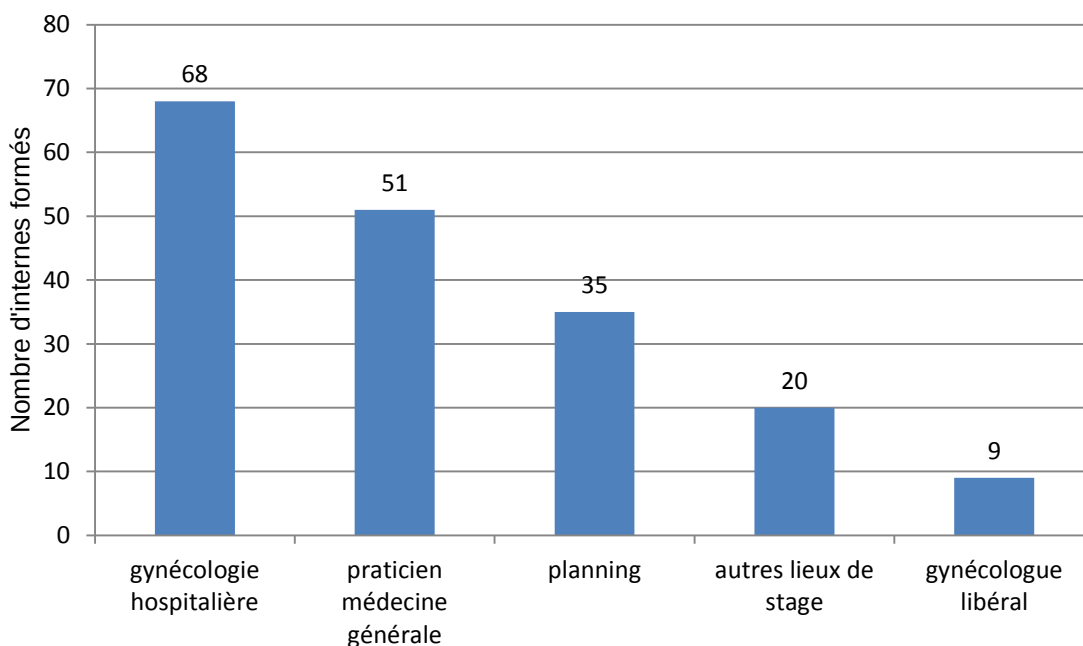


Figure 3 : Nombre d'internes formés par terrain de stage

[§] Plusieurs réponses ont pu être données par l'interne s'il a été formé dans plusieurs lieux de stage.

b. Type de formation

Nous les avons interrogés sur leur type de formation reçue. Celle-ci pouvait être :

- théorique, apprise en cours magistral ou sur un référentiel médical,
- une observation d'un autre médecin pratiquant ce geste,
- pratique sur des mannequins,
- en situation réelle sous la supervision d'un médecin accompagnateur.

La figure ci-après montre la répartition des internes selon la formation reçue.

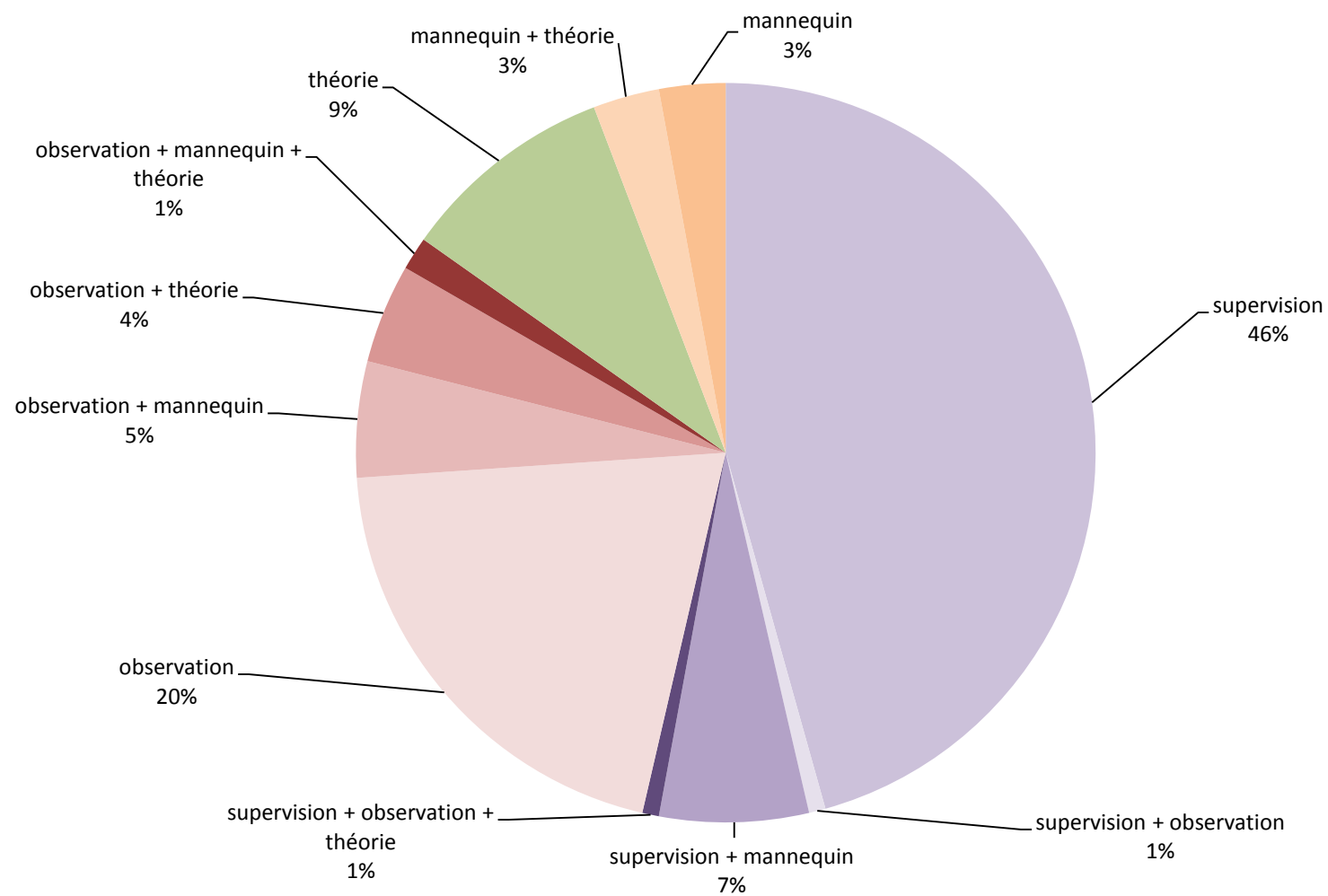


Figure 4 : Répartition en % des internes selon le type de formation reçu à la pose d'un DIU

55 % des internes déclarent avoir eu dans leur formation au moins une supervision. Il s'agit d'une consultation où ils ont pu être supervisés et poser le DIU eux-mêmes sous contrôle du médecin les accompagnants. C'est la formation majoritaire.

20% sont formés uniquement par observation, de leur praticien de médecine générale, du gynécologue avec lequel ils travaillent.

19% des internes disent avoir reçu au moins une fois une formation sur mannequin.

9% n'ont reçu qu'une formation théorique.

Dans 22% des cas, le type de formation est multiple.

138 internes ont répondu sur le lieu de formation^{**} : 108 internes ont déclaré un type de formation, 27 ont déclaré deux types de formation et 3 ont déclaré trois types de formation.

Nous avons 171 réponses sur le type de formation.

- 74 internes déclarent avoir été formés par supervision et/ou par d'autres méthodes et 63 n'ont été formés que par supervision
- 45 internes déclarent avoir été formés par observation et/ou par d'autres méthodes et 28 n'ont été formés que par observation
- 26 internes déclarent avoir reçu une formation théorique et/ou une autre formation et 13 n'ont reçu qu'une formation théorique exclusivement.
- 26 internes déclarent avoir été formés sur mannequins et/ou d'autres méthodes et 4 sur mannequins exclusivement.

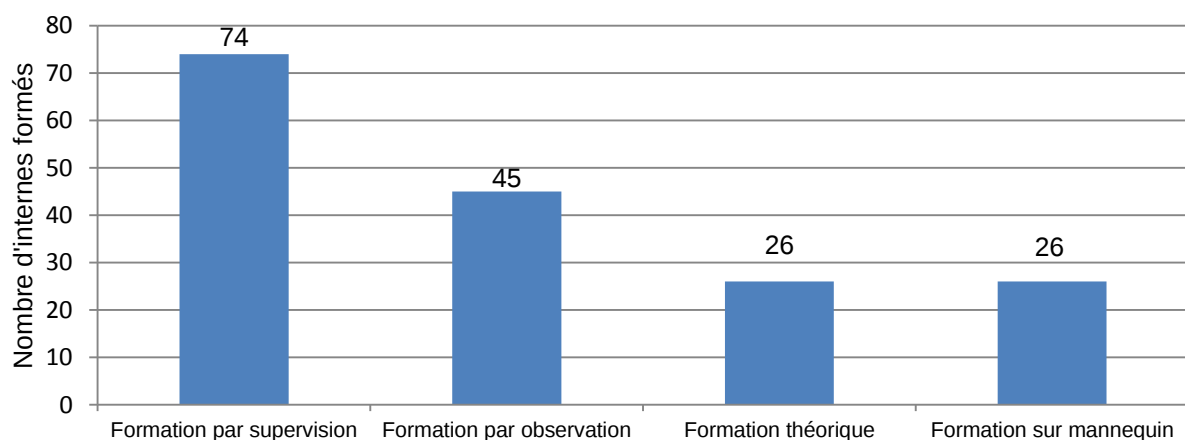


Figure 5 : Répartition des internes selon le type de formation reçu

^{**} Les internes ont pu donner plusieurs réponses à cette question

5. Désir de pose d'un DIU dans la pratique ultérieure des internes

148 internes ont répondu à cette question.

72.3% internes désirent poser des DIU dans leur pratique ultérieure.

27.7% ne désirent pas le faire.

43 internes ont précisé leurs motifs de refus de poser des DIU dans leur pratique future.

MOTIFS DE REFUS	Nombre d'internes	Pourcentage d'internes
Autre motif	11	25.59%
Besoin d'une formation complémentaire + maîtrise insuffisante du geste	7	16.28%
Besoin d'une formation complémentaire	2	4.65%
Maîtrise du geste insuffisante	4	9.30%
Opposé à cette contraception	4	9.30%
Peur	3	6.98%
Peur + maîtrise insuffisante du geste + besoin d'une formation complémentaire	3	6.98%
Peur + maîtrise insuffisante du geste + nécessité d'un matériel de réanimation	3	6.98%
Peur + maîtrise insuffisante du geste	2	4.65%
Besoin d'une formation complémentaire + opposé à cette contraception	1	2.33%
Besoin d'une formation complémentaire + peur	1	2.33%
Peur + opposé à cette contraception	1	2.33%
Geste trop long à exécuter	1	2.33%

Tableau 3 : Répartition des internes selon les motifs de refus de pose d'un DIU

Nous avons recueilli 67 réponses ^{††} : 25 internes ont donné un motif de refus, 12 internes ont donné deux motifs, 6 internes ont donné trois motifs.

Les résultats sont résumés dans la Figure 6.

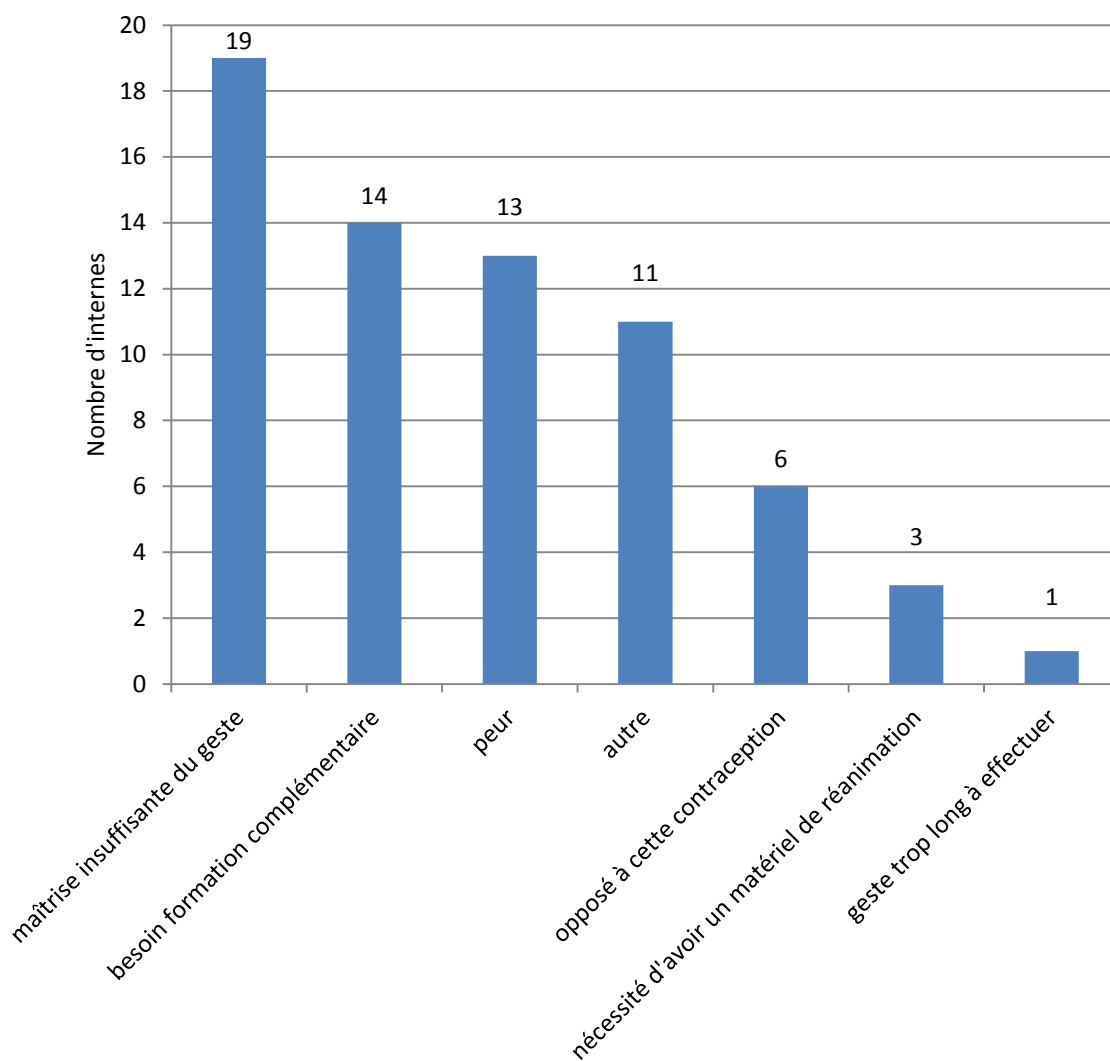


Figure 6 : Nombre d'internes par motifs de refus de pose de DIU

^{††} Plusieurs motifs ont pu être cités par l'interne

Les internes ayant répondu « autre » (25.59% des internes) ont pu compléter leur réponse :

- 8 ont répondu qu'ils ne pratiqueraient pas ce geste dans leur projet professionnel : urgences, médico-légal, gériatrie, soins palliatifs, éducation thérapeutique, nutrition
- 1 interne a répondu que l'assurance est trop onéreuse
- 2 ont répondu qu'ils manquent trop de pratique.

Dans la case « autre » les internes ont surtout déclaré vouloir avoir une autre pratique que la médecine générale en cabinet libéral et que pour cette raison ils n'effectueraient pas ce geste.

6. Sentiment de compétence à la pose d'un DIU

Nous constatons que 66.4% des internes interrogés ne se sentent pas compétents au geste de la pose d'un DIU.

7. Formation complémentaire

76% des internes sont motivés par une formation complémentaire quels que soient leur sentiment de compétence et leur projet professionnel.

B. Statistique analytique

1. La pose d'un DIU, un geste de médecine générale ?

96% des internes interrogés considèrent la pose d'un DIU comme faisant partie des gestes de médecine générale, 72.3% ont un désir de pose dans leur pratique ultérieure.

Si l'on étudie plus précisément les internes dont le projet professionnel est la médecine générale (68% des internes interrogés), ce souhait augmente à 81.82%.

2. Quels facteurs influencent le désir de poser des DIU ?

Le tableau ci-après étudie les facteurs pouvant avoir une influence sur le désir de pose d'un DIU des internes dans leur future pratique.

Facteurs influençant le désir de pose ultérieure de DIU	p-value	Significativité
Sexe <i>Hommes : 57.58% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>Femmes : 76.52% désirent poser un DIU ultérieurement</i>	0.032 ^{##}	oui
Désir de faire de la gynécologie ultérieurement <i>Oui : 84 % désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>Non : 8.7 % désirent poser un DIU ultérieurement</i>	<0,001 ^{##}	oui
Projet professionnel <i>Hospitalier : 32% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>MG libéral : 82,18% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>PMI/Planning : 100% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>Autre : 66.67% désirent poser un DIU ultérieurement</i>	<0.001 ^{##}	oui
La pose d'un DIU est un geste de MG <i>Oui : 74.47% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>Non : 16.67% désirent poser un DIU ultérieurement</i>	0.007 ^{ss}	oui
Le fait d'avoir eu une formation à la pose du DIU <i>Oui : 75.56% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>Non : 38.46% désirent poser un DIU ultérieurement</i>	0.008 ^{ss}	oui
Sentiment de compétence <i>Oui : 89.80% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>Non : 63.27% désirent poser un DIU ultérieurement</i>	0.001 ^{##}	oui
Passage en stage Gynécologie <i>Oui : 79,41% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>Non : 66.25% désirent poser un DIU ultérieurement</i>	0.075 ^{##}	non
Semestre <i>1^{er} : 66.67% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>2^{ème} : 100.00% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>3^{ème} : 68.42% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>4^{ème} : 66.67% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>5^{ème} : 71.93% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>6^{ème} : 78.5% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>Internat terminé : 73.17% désirent poser un DIU ultérieurement</i>	0.963 ^{##}	non
Passage en stage chez le praticien de médecine générale <i>Oui : 73.39% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>Non : 69.23% désirent poser un DIU ultérieurement</i>	0.618 ^{##}	non
Passage chez le gynécologue libéral <i>Oui : 88.89% désirent poser un DIU ultérieurement</i> <i>Non : 71.01% désirent poser un DIU ultérieurement</i>	0.445 ^{ss}	non

Tableau 4 : Etude des facteurs influençant le désir ultérieur de poser des DIU

^{##} La significativité est testée par le test du Chi-2, les conditions du test étant réunies.

^{ss} La significativité est testée par le test exact de Fisher, les effectifs étant faibles.

Le désir de pose est significativement plus fort chez les femmes.

Les internes exprimant le souhait de faire de la gynécologie dans leur pratique ultérieure ont un désir de pose de DIU très nettement supérieur.

Le projet professionnel ultérieur influence le désir de poser des DIU. Ceux désirant faire une carrière en médecine générale ou au planning ont un désir de pose significativement supérieur à ceux voulant exercer en hospitalier ou à ceux dont le projet professionnel est autre.

91% des internes ont répondu avoir reçu une formation à la pose du DIU, et nous pouvons constater que **le fait d'avoir reçu une formation influence le désir ultérieur de poser des stérilets.**

Le sentiment de compétence à la pose d'un DIU augmente le désir de pratiquer ce geste.

Le semestre n'a pas d'influence sur le désir de pose, ni le fait d'avoir fait son stage en gynécologie, chez le médecin généraliste ou chez un gynécologue libéral.

3. Quels facteurs influencent la formation à la pose d'un DIU ?

De la même manière nous avons cherché quels facteurs influencent le fait de recevoir une formation à la pose d'un DIU.

Facteurs influençant la formation à la pose d'un DIU	p-value	Significativité
Sexe <i>Hommes : 82,35% ont eu une formation à la pose d'un DIU</i> <i>Femmes : 93,96% ont eu une formation à la pose d'un DIU</i>	0.075 ^{ss}	non
Désir de faire de la gynécologie ultérieurement <i>Oui : 92,91% ont eu une formation à la pose d'un DIU</i> <i>Non : 82,61% ont eu une formation à la pose d'un DIU</i>	0.116 ^{ss}	non
Projet professionnel <i>Hospitalier : 76.92% ont eu une formation à la pose d'un DIU</i> <i>MG libéral : 94.12% ont eu une formation à la pose d'un DIU</i> <i>PMI/Planning : 100% ont eu une formation à la pose d'un DIU</i> <i>Autre : 94.44% ont eu une formation à la pose d'un DIU</i>	0,038 ^{††}	oui
La pose d'un DIU est un geste de MG <i>Oui : 91,61% ont eu une formation à la pose d'un DIU</i> <i>Non : 83,33% ont eu une formation à la pose d'un DIU</i>	0.427 ^{ss}	non

Tableau 5 : Etude des facteurs influençant la formation à la pose d'un DIU

Si nous étudions **les internes de médecine générale ayant pour projet professionnel de travailler en structure hospitalière** (urgences, gériatrie, soins palliatifs, médecine légale), nous constatons qu'ils **sont moins formés que les autres internes**.

Le désir ultérieur de faire de la gynécologie n'influence pas le fait de recevoir une formation à la pose du DIU.

Le sexe n'influence pas le fait de recevoir une formation à la pose du DIU. Les internes hommes ne sont pas plus ou moins formés que les internes femmes.

Le fait de considérer la pose d'un DIU comme geste de médecine générale n'influence pas le fait de se former.

4. Quels facteurs influencent le sentiment de compétence à la pose d'un DIU ?

Nous étudions à présent les facteurs influençant le sentiment de compétence à la pose du DIU.

Facteurs influençant le sentiment de compétence à la pose d'un DIU	p-value	Significativité
Sexe <i>Hommes : 20.59 % se sentent compétents</i> <i>Femmes : 37.39 % se sentent compétents</i>	0.068 ^{††}	non
Désir de faire de la gynécologie ultérieurement <i>Oui : 37.3% se sentent compétents</i> <i>Non : 13.04% se sentent compétents</i>	0.023 ^{††}	oui
Projet professionnel <i>Hospitalier : 11.54% se sentent compétents</i> <i>MG libéral : 34.65% se sentent compétents</i> <i>PMI/Planning : 50% se sentent compétents</i> <i>Autre : 55.56% se sentent compétents</i>	0.018 ^{††}	oui
La pose d'un DIU est un geste de MG <i>Oui : 34.51% se sentent compétents</i> <i>Non : 16.67 % se sentent compétents</i>	0.365 ^{††}	non
Le fait d'avoir eu une formation à la pose du DIU <i>Oui : 36.77% se sentent compétents</i> <i>Non : 0% se sentent compétents</i>	0.005 ^{ss}	oui
Désir d'une formation ultérieure <i>Non : 41.18% se sentent compétents</i> <i>Oui : 27.10% se sentent compétents</i>	0.120 ^{ss}	non
Passage en stage Gynécologie hospitalière <i>Oui : 58.82 % se sentent compétents</i> <i>Non : 12.35% se sentent compétents</i>	<0.001 ^{††}	oui
Passage en stage chez le praticien de médecine générale <i>Oui : 33.03 % se sentent compétents</i> <i>Non : 35 % se sentent compétents</i>	0.821 ^{††}	non
Semestre <i>1^{er} : 44.44 % se sentent compétents</i> <i>2^{ème} : 0% se sentent compétents</i> <i>3^{ème} : 45.0% se sentent compétents</i> <i>4^{ème} : 33.33% se sentent compétents</i> <i>5^{ème} : 32.14% se sentent compétents</i> <i>6^{ème} : 21.43% se sentent compétents</i> <i>Internat terminé : 33.33% se sentent compétents</i>	0.726 ^{††}	non

Tableau 6 : Etude des facteurs influençant le sentiment de compétence à la pose d'un DIU

Le passage en stage de gynécologie hospitalière influence le sentiment de compétence. En effet, 58.8% des internes se sentent compétents s'ils sont passés en gynécologie hospitalière, et 33% s'ils sont passés en stage praticien ($p < 0.001$).

Le désir de vouloir pratiquer la gynécologie dans sa pratique ultérieure influence le sentiment de compétence.

Le sentiment de compétence est relié au projet professionnel : ceux voulant exercer la médecine générale en libéral se sentent plus compétents que ceux voulant exercer en milieu hospitalier.

Les internes ayant répondu avoir reçu une formation à la pose d'un DIU se sentent plus compétents.

Le lieu de formation à la pose d'un DIU influence le sentiment de compétence : ceux ayant été formés uniquement en gynécologie hospitalière se sentent plus compétents que ceux ayant été formés uniquement chez le médecin généraliste.

Le sexe des internes n'est pas un facteur influençant le sentiment de compétence, tout comme le semestre.

Le passage en stage chez le médecin généraliste n'influence pas le sentiment de compétence.

Le sentiment de compétence n'est pas influencé par le fait de déclarer que la pose d'un DIU est un geste de médecine générale, ni par le souhait de vouloir recevoir une formation ultérieure.

Nous avons cherché également si le type de formation influence le sentiment de compétence :

	Sentiment de compétence		
Type de formation	Non	Oui	TOTAL d'internes
Supervision	21	42	63
Supervision + observation	1	0	1
Supervision + mannequin	3	6	9
Supervision + observation + théorique	1	0	1
Mannequin	4	0	4
Mannequin + observation	5	1	6
Mannequin + théorique	4	0	4
Mannequin + observation + théorique	2	0	2
Observation	27	1	28
Observation + théorique	6	0	6
Théorique	13	0	13
TOTAL d'internes	87	50	137

Tableau 7 : Etude du sentiment de compétence en fonction de la formation

Nous regroupons la formation par supervision et nous la comparons à toutes les autres réunies :

Type de formation	Sentiment de compétence		TOTAL d'internes
	non	oui	
Nombre d'internes ayant eu au moins une supervision	26	48	74
Nombre d'internes ayant eu une autre formation	61	2	63
TOTAL d'internes ayant eu une formation	87	50	137

Tableau 8 : Etude du sentiment de compétence en fonction de la formation par supervision

54% des internes déclarant avoir reçu une formation ont eu au moins une supervision dans leur formation.

65% des internes ayant eu une supervision se disent compétents à la pose d'un DIU.

4% des étudiants qui ont eu une formation théorique et/ou par observation et/ou sur mannequin se sentent compétents.

La formation supervisée sur patiente augmente très nettement le sentiment de compétence à la pose d'un DIU ($p < 0.001$).

5. Quelle formation à la pose d'un DIU est reçue dans chaque lieu de stage ?

Afin d'appréhender les formations reçues sur chaque terrain de stage, on sélectionne les internes n'ayant déclaré qu'un seul terrain de stage comme lieu de formation.

Pour chaque lieu de stage, on ne sélectionne que les étudiants ayant déclaré ce stage comme lieu de formation et ce stage uniquement. Cela exclut les réponses multiples.

a. Formation reçue chez le médecin généraliste

17.6% des internes (21 internes) ont déclaré avoir été formés exclusivement chez le praticien de médecine générale.

Leur formation se répartit de la sorte :

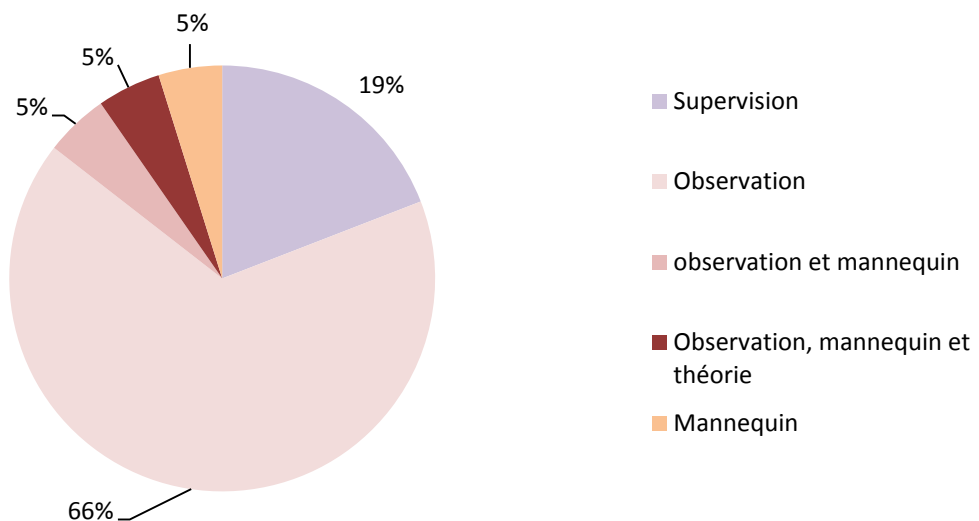


Figure 7 : Type de formation reçu chez le praticien de médecine générale

Pour les internes ayant exclusivement été formés chez le praticien de médecine générale, la formation dominante est l'observation à 66%.

19% des internes formés chez le praticien de médecine générale déclarent avoir reçu une formation avec une supervision.

b. Formation reçue en gynécologie à l'hôpital

27.28% des internes (33 internes) ont déclaré avoir été formés exclusivement lors de leur stage de gynécologie hospitalière.

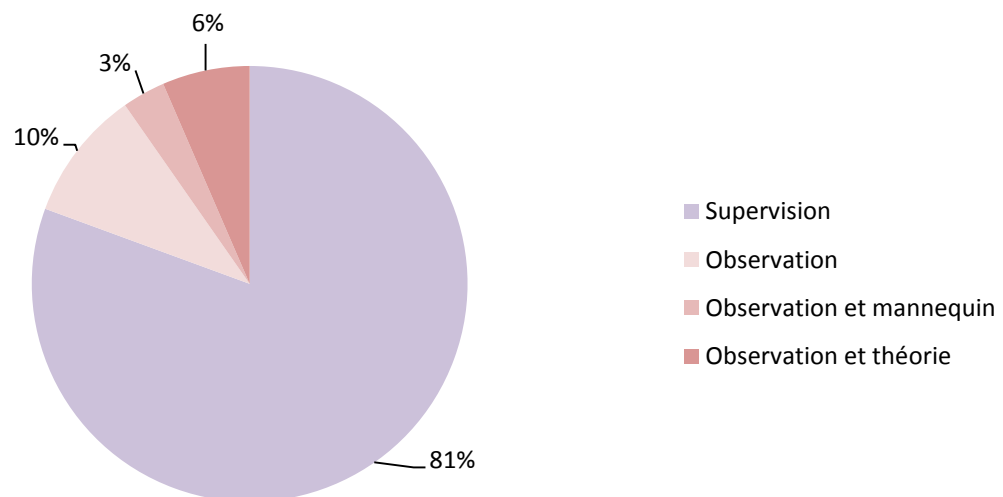


Figure 8 : Type de formation reçu en stage de gynécologie à l'hôpital

Lors du stage de gynécologie à l'hôpital, 81% des internes sont formés par une supervision par médecin référent.

En second plan nous retrouvons la formation par simple observation d'un autre médecin effectuant ce geste.

c. Formation reçue au planning familial

6% des internes (7 internes) déclarent avoir été formés exclusivement au planning familial.

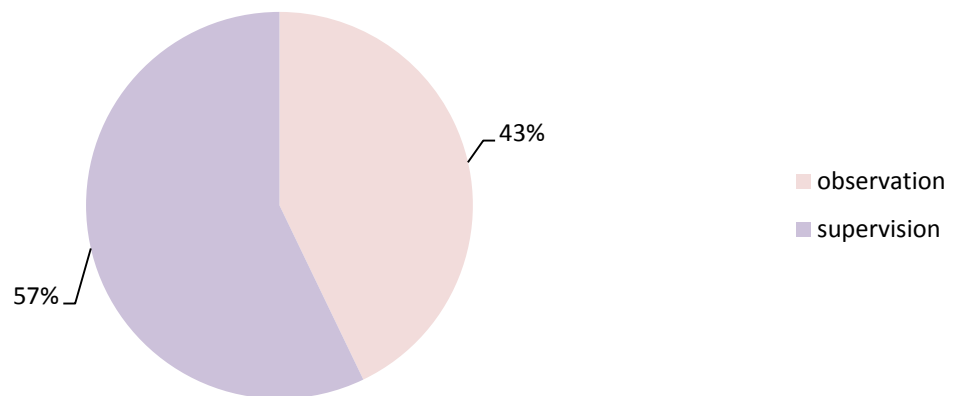


Figure 9 : Type de formation reçu au planning

Pour les internes déclarant avoir été formés exclusivement lors de leur passage au planning familial, ils sont à 57% formés grâce à la supervision par le médecin accompagnant, en situation réelle.

Pour des raisons d'effectif insuffisant, nous ne pouvons pas étudier la formation reçue lorsque les internes sont passés exclusivement chez le gynécologue libéral (un seul interne).

6. Quels sont les stages où la formation par supervision a lieu ?

Nous avons sélectionné uniquement les internes ayant eu au moins une supervision lors de leur formation à la pose d'un DIU (74 internes) et nous avons regardé lors de quels stages ils ont été formés.

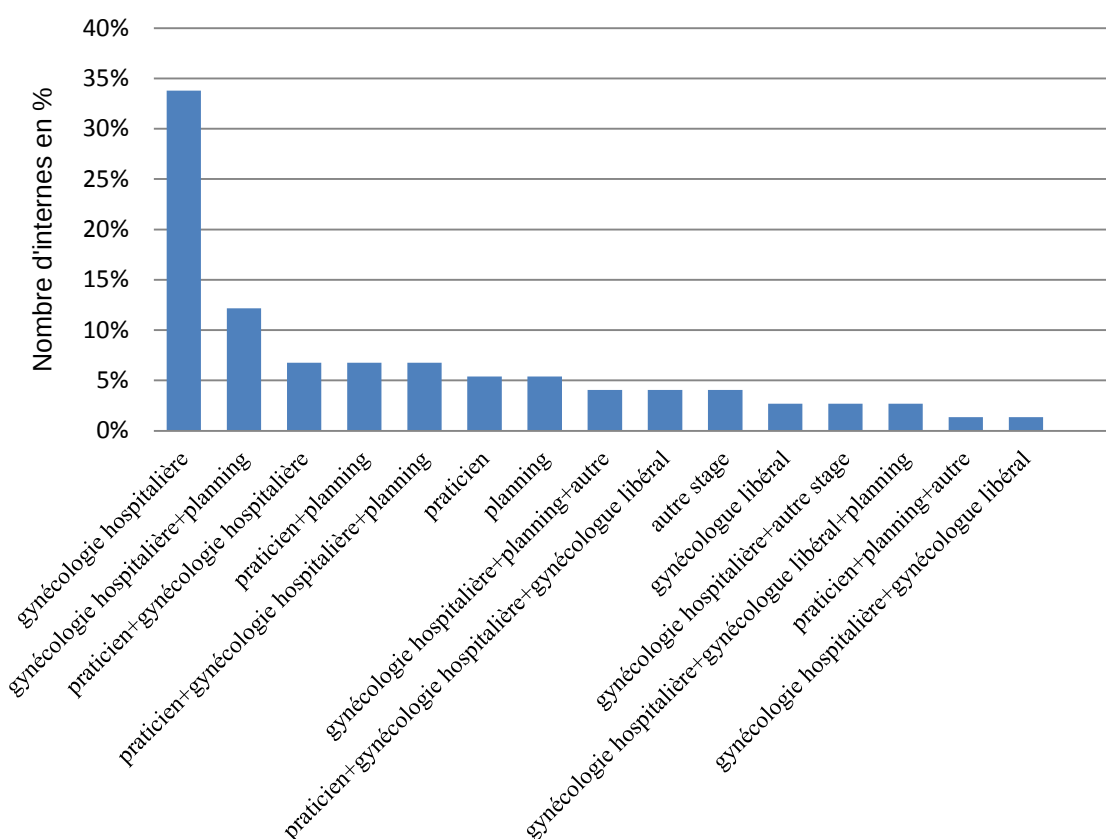


Figure 10 : Répartition des internes ayant reçu une supervision dans les différents lieux de stage

74 internes ont eu au moins une supervision.

38 internes ont répondu qu'un lieu de stage de supervision, 22 internes deux lieux, 14 internes trois lieux.

Nous avons donc 124 réponses^{***}.

Nous avons effectué des effectifs cumulés.

55 internes donnent la gynécologie hospitalière comme lieu de formation supervisée,

29 internes ont été supervisés au planning,

23 internes ont été supervisés chez le praticien de médecine générale,

9 internes dans d' « autres lieux »,

8 internes chez le gynécologue libéral.

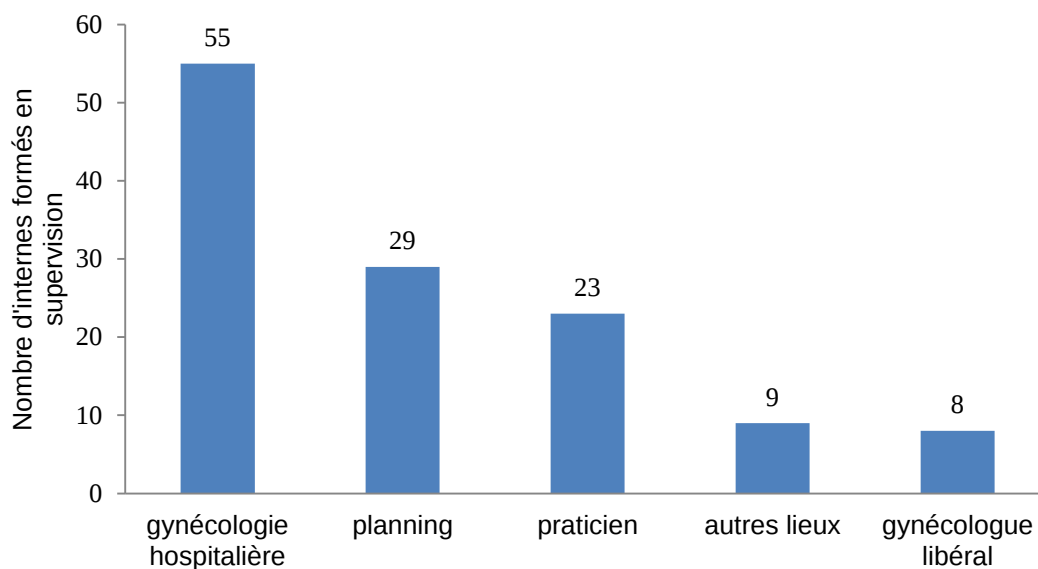


Figure 11 : Nombre d'internes formés en supervision par lieux de stage

La supervision se fait surtout lors du passage en stage de gynécologie hospitalière, puis au planning, puis lors du stage chez le médecin généraliste.

^{***} Plusieurs réponses ont pu être données par l'interne.

IV. DISCUSSION

A. Discussion autour de la méthodologie.

L'étude a recueilli 192 questionnaires dont 159 analysables, entre novembre 2011 et avril 2012, sur une population de 458 internes.

Le critère d'exclusion a été basé sur le fait que les internes n'étant passés ni en stage praticien de niveau 1 ni en gynécologie ne pouvaient avoir été formés à la pose du DIU pendant l'internat. Leurs réponses n'ont donc pas été comptabilisées.

La méthode utilisée de l'envoi de questionnaire par mail aux internes grâce à la mailing liste du SIMGO a été jugée la plus pertinente pour interroger le maximum d'internes en cours d'internat et ayant fini leur internat. Cependant, certains internes ont refusé de donner leur mail au SIMGO ou ne sont pas inscrits à l'association, ceux-ci n'ont donc pas pu être joints. Il s'agit d'un biais de sélection.

La possibilité pour l'interne de répondre par mail nous a semblé être la méthode pouvant permettre le maximum de réponses car rapide, immédiate et actuelle. Elle laisse la personne interrogée libre de choisir son moment pour répondre.

Le taux de réponse des internes est de 39.5%.

Les questions concernant le lieu de stage de formation, le type de formation reçu et les motifs de refus à la pose d'un DIU pouvaient donner lieu à des réponses multiples. Cela a rendu plus difficile l'analyse des réponses sur un plan statistique. Nous avons choisi d'exprimer les réponses en effectifs bruts pour plus de clarté quand il s'agissait de faire des effectifs cumulés. En effet, il nous semblait difficile de raisonner en pourcentage sur l'effectif d'internes, et en pourcentage également sur le nombre de réponses.

Pour pouvoir comparer la formation à la pose du DIU selon les terrains de stage, nous avons dû sélectionner uniquement les internes n'ayant déclaré qu'un seul terrain de stage de formation. Cela a diminué la puissance statistique de notre travail, mais c'était la seule possibilité pour savoir quelle formation avait lieu dans quel lieu de stage. A posteriori il aurait été préférable de préciser la question posée en demandant dans quel stage l'interne a été « le plus formé », pour permettre une réponse unique.

Le nombre d'internes passés en gynécologie libérale était insuffisant pour tirer une conclusion. Cela est dû au fait que le passage chez un gynécologue libéral venait de se mettre en place et que peu d'internes l'avait expérimenté.

B. Réponse à l'objectif principal : état des lieux de la formation à la pose d'un DIU.

1. Une motivation réelle des internes pour la pose d'un DIU

Les internes de Nantes considèrent à 96% la pose d'un DIU comme un geste de médecine générale. Cela rejoint la définition de la médecine générale : le médecin généraliste fait de la gynécologie et se doit d'en connaître les gestes techniques⁽¹⁾.

Dans notre étude, deux tiers des internes sont intéressés par la pratique d'une activité de médecin généraliste en libéral. Parmi eux 85% ont le désir de pratiquer la gynécologie.

La motivation pour ce pan de la discipline est donc réelle auprès des internes, comme en témoignent le souhait qu'ils émettent, à 72%, de poser des DIU, et la volonté de faire si possible une formation complémentaire (76%). Cela rejoint le désir exprimé par les médecins généralistes d'une formation aux gestes techniques comme l'a montré en 2005 Levasseur⁽¹⁴⁾.

Les internes non motivés pour ce geste ont pu expliquer leurs motifs de refus de pose de DIU. Les plus fréquemment cités sont la maîtrise insuffisante du geste puis un besoin de formation complémentaire, ce qui se rejoint assez fortement. Ces motifs sont aussi retrouvés par Pauline Bidet dans son travail étudiant la pratique des gestes et techniques de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil⁽¹⁵⁾.

Les non-intéressés par la pose d'un DIU sont dans l'ensemble des internes qui ne pratiqueront pas la médecine générale en libéral.

Aucun interne n'a déclaré que ce geste ne le concernait pas ou ne l'intéressait pas.

Certains internes ont déclaré être opposés à cette contraception sur un plan éthique et/ou religieux. Nous retrouvons cette réponse chez six internes. Il n'est pas précisé si ces internes adresseront à l'un de leur confrère ou si cette méthode de contraception n'est pas abordée par ces médecins, à cause de convictions personnelles qui viendraient se mêler à leur pratique professionnelle.

Le désir de poser des DIU est donc réel pour les internes. Il existe un paradoxe entre ce fort désir de pose et un refus de le faire par manque de formation, ce qui conduit à se poser la question de l'optimisation de la formation.

2. Les internes reçoivent une formation à la pose du DIU

La formation à ce geste technique est donc indispensable au cours de l'internat de médecine générale car les internes ont dans leur projet professionnel de poser des DIU, et ceux qui déclarent avoir reçu une formation poseront davantage de DIU que leurs confrères.

A Nantes, cette formation existe, puisque 91% des internes répondent « oui » à la question « avez-vous reçu une formation à la pose du DIU ? ».

De nombreux travaux de thèses ont étudié la formation reçue en gynécologie-obstétrique au cours de l'internat⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁵⁾ de médecine générale, et tous ont montré que la formation aux gestes pratiques comme la pose d'un DIU est insuffisante pendant l'internat.

Les médecins généralistes installés déplorent eux-mêmes le fait d'avoir eu une formation insuffisante, qui ne leur permet pas de pratiquer ce geste⁽¹²⁾.

En Loire-Atlantique, Michelet-Bretaudeau a montré que 20% des médecins généralistes interrogés pratiquent la pose de DIU⁽¹²⁾, alors que dans notre travail, 72% des internes ont le souhait de poser des DIU dans leur pratique ultérieure.

Dans notre étude nous nous sommes interrogés plus précisément sur le type de formation reçu, ce qui n'avait pas été encore fait à notre connaissance.

Nous avons montré que les internes sont surtout formés par la méthode de supervision, puis par la simple observation, et à égalité par formation théorique et formation sur mannequin.

Pour un interne sur cinq, la formation qu'il reçoit est multiple.

Ce qui peut être relevé comme surprenant, c'est le fait que les internes déclarent une formation par supervision sans noter en même temps qu'ils ont été formés par observation (0.73% déclarent les deux). Or nous pouvons raisonnablement imaginer qu'une supervision ne peut pas se faire d'emblée, et que l'interne a nécessairement observé auparavant un médecin poser un DIU pour imiter son geste dans un second temps.

Le nombre d'internes qui se disent formés à Nantes est donc très important, cependant ils sont bien moins nombreux à se sentir compétents.

Notre travail nous a permis de chercher si un type de formation était davantage associé au sentiment de compétence.

3. Comparaison des lieux de formation

Dans sa thèse⁽¹⁶⁾, L. Baranger montre que le principal lieu d'apprentissage de la gynécologie est par ordre décroissant : le stage hospitalier de gynécologie obstétrique, le centre de planification familiale, les stages ambulatoires en médecine générale et les stages ambulatoires en gynécologie obstétrique.

Dans notre travail, il ressort également que le premier lieu de formation est la gynécologie hospitalière. Mais en deuxième position c'est le stage ambulatoire de médecine générale qui forme le plus d'internes, puis le planning et le stage chez le gynécologue libéral.

Lors du stage de gynécologie hospitalier, la formation reçue majoritairement est supervisée.

Chez le médecin généraliste, lors du stage praticien de niveau 1, la formation majoritaire est l'observation. Il y a un enjeu important à optimiser la formation en stage praticien de niveau 1 en impliquant l'interne plus comme acteur qu'observateur.

Un autre lieu de stage est associé à la formation par supervision, il s'agit du planning familial. L'observation y est également très courante. Les internes peuvent aller au planning familial lors du passage chez le médecin généraliste (un des médecins généralistes accueillant l'interne en stage réalise des vacations au planning), mais aussi lors du passage en stage de gynécologie à l'hôpital.

Le détail des circonstances de leur passage au planning n'a pas été demandé aux internes lors du questionnaire.

Le taux de consultation ayant pour motifs la pose d'un DIU est nettement plus faible en médecine générale qu'en gynécologie hospitalière ou au planning. Cependant, en 2002, une étude prospective⁽¹⁹⁾ a montré qu'il n'y avait pas de différence de compétence entre les gynécologues et les médecins généralistes dans la pose de DIU, sous réserve d'une pratique suffisante.

Il est évident que les occasions de pouvoir réaliser ce geste sont beaucoup moins nombreuses chez le médecin généraliste. Il faut d'autant plus rappeler que si le maître de stage qui reçoit l'interne pose des DIU dans son exercice de la médecine, il faut aussi que ce geste ait lieu le jour où l'interne l'accompagne. On pourrait donc proposer au médecin généraliste de poser ses DIU le jour où il reçoit son interne en formation.

Les différents lieux de formation ne donneront donc pas aux internes la même formation, et donc un niveau de compétence différent.

4. Formation et sentiment de compétence à la pose du DIU

Les gestes techniques de gynécologie comme la pose du stérilet requièrent une formation différente, qu'il est à priori difficile d'acquérir dans les livres.

Pour appuyer ce propos, nous remarquons qu'aucun des internes ayant eu une formation théorique ne se sent compétent.

En étudiant chaque type de formation, nous avons remarqué que seule la formation par supervision était associée significativement à un sentiment de compétence plus fort. Or, seul le sentiment de compétence est associé significativement au désir de poser des DIU.

Un travail effectué par Gardon⁽¹⁷⁾ a montré l'intérêt d'un atelier pratique en gynécologie lors du troisième cycle des études médicales. Cependant, dans notre étude, la formation sur mannequin n'a pas pu être associée au sentiment de compétence, même si 19% (soit un interne sur cinq) a déclaré avoir été formé sur mannequin.

Il est à noter que la formation par observation simple n'est pas associée au sentiment de compétence, ni au désir de poser des DIU ultérieurement. Il ne suffit pas de regarder pour acquérir un savoir-faire, le geste pratique est indispensable. Sur un plan pédagogique, il serait donc souhaitable que les médecins prenant en charge des internes en soient informés.

Seulement deux tiers des internes se sentent compétents pour accomplir ce geste alors que 91% des internes se disent formés et 72% désirent poser des DIU.

Notre étude montre finalement que le sentiment de compétence à la pose d'un DIU est influencé par quatre critères principaux qui sont :

- vouloir faire de la gynécologie dans la pratique future
- vouloir exercer en libéral
- avoir été formé à la pose du DIU lors du passage en stage de gynécologie à l'hôpital
- avoir reçu une formation par supervision.

C. Réponses aux objectifs secondaires : quelles améliorations ?

1. La formation chez le praticien de médecine générale : d'observation en supervision.

Chez le médecin généraliste, presque un interne sur deux déclare avoir été formé à la pose d'un DIU. La formation principalement reçue est une observation du médecin généraliste réalisant ce geste. Or nous avons vu que ce n'est pas une formation associée à un sentiment de compétence plus fort.

Les médecins généralistes réalisant ce geste pourraient être motivés à laisser davantage l'interne poser le DIU lui-même. Il ne s'agit pas ici d'un manque de pratique du médecin à la pose du DIU, puisque l'interne peut être observateur.

Il serait donc intéressant de savoir pourquoi les médecins généralistes ne supervisent pas davantage leur interne en stage : existe-il un refus de la part de leurs patientes ?

Il pourrait s'agir également d'un manque de temps : la consultation pour poser un DIU est souvent longue, et les plannings des médecins déjà chargés. Pratiquant ce geste peu souvent, il requiert davantage de temps, et encore davantage lors d'une supervision.

Nous pourrions prendre également en considération la satisfaction des patientes : celles non satisfaites pourraient quitter la patientèle.

Enfin, pour une patiente, se faire poser un DIU est déjà souvent vécu comme un évènement stressant, et parfois il peut être compliqué de demander à une patiente anxieuse de laisser faire un débutant.

Il serait donc indispensable, pour former un maximum d'internes compétents, de tout faire pour augmenter le nombre de formation en supervision, notamment lors du passage chez le médecin généraliste.

2. Ajustement de la maquette de l'internat de médecine générale

Aujourd'hui, lors de la formation des internes de MG à Nantes il faut choisir entre le passage en gynécologie et le stage de pédiatrie. Seuls les stages de gynécologie-pédiatrie à Fontenay le Comte et aux Sables d'Olonne permettent de faire trois mois dans chacune des disciplines⁽²⁰⁾.

Si le stage chez le médecin généraliste n'a pas pu apporter de compétences en gynécologie et que l'interne est passé en pédiatrie, il peut ne pas avoir reçu de formation à la pose de DIU.

Dans sa thèse, Odile Angot⁽²¹⁾ questionne les internes de DES de médecine générale sur leur vision du DES, trois ans après sa mise en place. Elle confirme que les internes de médecine générale souhaiteraient avoir une formation à la fois en pédiatrie et en gynécologie.

Il serait souhaitable qu'un temps de formation pendant l'internat soit réservé à la pratique de la gynécologie, et que le choix, souvent difficile, entre pédiatrie et gynécologie n'ait pas à se faire. Imaginer de plus nombreux terrains de stage permettant d'effectuer trois mois en gynécologie hospitalière, et trois mois en pédiatrie pourrait se révéler intéressant.

Lors du stage praticien de niveau 1, des lieux de stage chez un gynécologue libéral sont de plus en plus recherchés. Le faible nombre d'internes passés chez un gynécologue libéral ne nous a pas permis de tirer de conclusion sur la formation reçue dans ce lieu de stage.

Ceci est regrettable car il serait intéressant de savoir si ce terrain de stage va permettre une supervision à la pose du DIU. Ce geste étant vraisemblablement plus courant chez un gynécologue que chez un médecin généraliste, il faut néanmoins que le gynécologue « laisse faire » l'interne. Peut-être sera-t-il alors confronté aux mêmes soucis de temps ou de refus de patientes qu'un médecin généraliste ? Néanmoins, il semble important que les gynécologues recevant des internes de médecine générale soient informés de la nécessité de laisser « faire » l'interne pour lui permettre de se sentir compétent dans cette pratique, et de tout mettre en œuvre pour ne pas le laisser qu'observateur.

Depuis le 10 août 2010, date du dernier arrêté fixant la réglementation du DES de médecine générale⁽²²⁾, il est possible de valider le semestre de gynécologie-pédiatrie dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline de médecine générale en ambulatoire. Ceci a été mis en place à Toulouse dès la rentrée universitaire 2009-2010 par un enseignement intégré composé de modules d'enseignement théorique, d'une formation aux gestes techniques et d'un stage pratique. Une partie de ce stage pratique se déroule chez un médecin généraliste maître de stage universitaire et contient en complément des stages dits « annexes » c'est-à-dire soit en planning familial, et/ou en consultation avec des sages-femmes, et/ou chez des

gynécologues libéraux et/ou hospitaliers et/ou en maternité. Ainsi à la rentrée 2009/2010, de nouveaux terrains de stage ont été mis en place. Ils se composent d'un temps de présence de deux jours par semaine au cabinet libéral chez des maitres de stage ayant une activité importante reconnue dans ces deux spécialités, et d'un temps de présence de deux à trois jours par semaine dans des terrains de stages « annexes ». La thèse de Brès⁽¹⁸⁾ montre que ces terrains de stage sont formateurs dans certains domaines de la gynécologie comme le suivi de grossesse, le dépistage par frottis cervico-utérin, mais les internes ne sont pas mieux formés à la pose du DIU, car ce geste reste un motif peu fréquent de consultation. Elle insiste sur le besoin de maintenir des ateliers pratiques, mais décrit aussi qu'une bonne acquisition passe par la pratique fréquente de ces gestes⁽¹⁸⁾.

3. Potentialiser le passage en gynécologie hospitalière

La gynécologie hospitalière ressort comme étant le stage où les internes sont le plus formés, et notamment par la méthode de supervision. Il serait intéressant de faire « valider » le stage de gynécologie par la pose d'un DIU : ce stage étant celui qui permet le plus de donner un sentiment de compétence, il faudrait que l'interne en sorte avec cet acquis technique.

De plus, à Nantes, le stage en gynécologie hospitalière permet de passer du temps au planning familial, qui est également un lieu où la supervision peut se faire.

V. CONCLUSION

A l'heure où la contraception par DIU est mise sur le devant de la scène par la controverse sur la pilule œstro-progestative, il est intéressant d'étudier de quelle manière les médecins de demain sont formés à la pose du DIU.

La formation existe, elle reste perfectible. Notre travail n'a pas eu pour but d'exprimer une insatisfaction, mais plutôt de préciser quelles méthodes et lieux de formation apportent un sentiment de compétence, sentiment nécessaire pour pratiquer ce geste en médecine générale.

Des travaux de thèse ont précédemment montré que les médecins généralistes, une fois installés, ne pratiquent pas la pose de DIU, car ils estiment leur formation insuffisante. Par ailleurs, ne réalisant pas ce geste régulièrement, ils ne se sentent pas suffisamment compétents.

Les internes qui ont participé à notre étude expriment le désir de pratiquer la gynécologie et de poser des DIU dans leur future pratique de médecin généraliste. Ils considèrent que la pose d'un DIU est un geste de médecine générale. Ils doivent donc bénéficier de la meilleure formation possible, pour ceux qui le désirent.

L'internat reste le moment privilégié de la formation à ce geste car l'apprentissage par supervision est possible.

Notre étude a montré que cette méthode est meilleure que les ateliers pratiques sur mannequin, qui restent cependant une alternative utile et reproductible en formation médicale continue, car elle est associée à un plus grand sentiment de compétence.

La formation à la pose du DIU par la supervision doit être améliorée et rendue plus accessible. La supervision se fait notamment lors du passage en gynécologie hospitalière et malheureusement le passage dans ce lieu de stage ne peut se faire que pour les internes qui renoncent à faire un stage de pédiatrie.

Il serait souhaitable que le choix entre pédiatrie et gynécologie n'ait plus à se faire pour permettre l'accès à des compétences dans les deux spécialités. Ainsi, pourquoi ne pas imaginer davantage de lieux de stage permettant de faire trois mois dans chacune des deux disciplines.

Les médecins généralistes MSU, ainsi que tous les médecins gynécologues hospitaliers et libéraux, devraient être informés du bénéfice de la formation par supervision auprès des

internes qu'ils sont amenés à prendre en charge et à former. Leur rôle pédagogique est essentiel et s'ils en ont la possibilité, ils doivent travailler « à quatre mains » avec leurs internes.

Les internes qui ont le désir de pratiquer la pose de DIU doivent savoir que l'observation simple de médecins réalisant ce geste les familiarisera dans un premier temps avec cette technique, mais ne leur apportera pas une compétence suffisante pour le pratiquer à leur tour ultérieurement.

Beaucoup d'internes déclarent vouloir se former après l'internat à ce geste, même s'ils s'estiment compétents. Les journées de formation continue en gynécologie sont le plus souvent théoriques, avec parfois des ateliers sur mannequins pour s'entraîner à la pose du DIU. Nous avons montré dans notre étude que ces méthodes de formation n'ont pas fait leurs preuves, mais peuvent entretenir un savoir-faire pour le médecin, car le manque de pratique du geste est souvent regretté par les médecins généralistes.

Enfin, les centres de planification restent des lieux ouverts aux médecins, pour se former de façon efficace. Peut-être pourrait-on envisager que les médecins généralistes qui le souhaitent puissent solliciter auprès de leurs confrères qui travaillent dans ces centres quelques heures de consultation en binôme, ce qui leur permettrait d'être supervisés pour la pose de DIU. La réalisation de consultation avec des confrères gynécologues pourrait aussi s'envisager.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

Questionnaire sur la formation des internes de MG à la pose d'un DIU

Etat des lieux de notre formation pendant notre internat de médecine générale : Les internes de Médecine générale sont-ils formés à la pose du stérilet (dispositif intra-utérin DIU) pendant leur internat ? Comment ? Le passage dans le stage de gynécologie influence-t-il la pratique des futurs médecins généralistes ?

***Obligatoire**

Etes-vous un homme ou une femme ? *

En quel semestre d'internat êtes-vous ? *

- ☐ premier
- ☐ deuxième
- ☐ troisième
- ☐ quatrième
- ☐ cinquième
- ☐ sixième
- ☐ vous venez de terminer votre internat

Avez-vous effectué votre stage de mère/enfant ? *

- ☐ oui
- ☐ non

Avez-vous effectué ce stage en gynécologie ? *

- ☐ oui
- ☐ non

Avez-vous fait votre stage praticien niveau 1 ? *

- ☐ oui
- ☐ non

Etes-vous passé chez un gynécologue libéral pendant votre stage prat ?

- ☐ oui
- ☐ non

Si vous avez répondu NON à ces 4 dernières questions, merci d'envoyer directement votre questionnaire. (touche ENVOYER à la fin du questionnaire)

Avez-vous le désir de faire de la gynécologie dans votre pratique future ?

- ☐ oui
- ☐ non

Quel est votre projet professionnel ?

- ☐ exercice libéral de la médecine générale
- ☐ exercice hospitalier (urgences, gériatrie...)
- ☐ activité salariée en PMI, planning familial....
- ☐ autre

Si vous avez répondu "autre", pouvez-vous préciser :

Pensez-vous que la pose du stérilet soit un geste de médecine générale ?

- ☐ oui
- ☐ non

Avez reçu une formation à la pose du DIU ?

- ☐ oui
- ☐ non

La pose du stérilet est : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ un geste appris pendant le stage de gynéco
- ☐ un geste appris chez le praticien médecin généraliste
- ☐ un geste appris pendant le stage prat chez un gynécologue
- ☐ un geste appris lors d'un autre stage ou formation de votre internat
- ☐ un geste appris en centre de planification pendant un de vos stages
- ☐ un geste auquel vous n'avez jamais été formé

Vous estimez que votre formation à la pose du DIU a été : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ théorique uniquement
- ☐ pratique, sur des mannequins
- ☐ pratique, sur des femmes, avec supervision par un autre médecin
- ☐ vous n'avez pu qu'être observateur d'un médecin pratiquant ce geste sur une patiente
- ☐ pas eu de formation

La pose du stérilet, c'est un geste pour lequel vous vous sentez compétent ?

- ☐ oui
- ☐ non

Existe-il un désir chez vous de poser des DIU dans votre pratique ultérieure ?

- ☐ oui
- ☐ non

Si non, vous n'en poserez pas parce que : plusieurs réponses possibles

- ☐ geste trop long à exécuter
- ☐ geste qui vous fait peur sur le plan médico-légal (perforation, infection, absence de contrôle immédiat de la pose...)
- ☐ nécessité d'être équipé au cabinet médical d'un matériel de réanimation
- ☐ geste que vous maîtrisez trop peu
- ☐ vous êtes opposé à cette contraception
- ☐ besoin d'une formation complémentaire
- ☐ autre

Si vous avez répondu "autre", pouvez- vous préciser ?

Vous vous formerez à la pose du DIU après votre internat si cela est possible

- ☐ oui
- ☐ non

BIBLIOGRAPHIE

1. Nicodème R, Deau X. *Document de références en médecine générale*. 2008. Disponible sur : <http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/referentiemg.pdf>
2. Code de la santé publique - Article L4130-1.
3. Le Goaziou M-F. *Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie*. Rev Prat En Médecine Générale, 1999;(13).
4. Institut BVA. *Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique*. 2008. Disponible sur: http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologique.pdf
5. ONDPS. *Compte-rendu de l'Audition des gynécologues médicaux du 2 février 2011*. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Comptere rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
6. Cohen J, Madelenat P, Levy R. *Gynécologie et santé des femmes. L'offre de soins. Prise en charge gynécologique*. 2000. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
7. Archimède L. *Le nombre d'IVG est resté stable en France en 2011 et fin 2012*. Le Quotidien du Medecin. Disponible sur : <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/sante-publique/le-nombre-d-ivg-est-rete-stable-en-france-en-2011-et-fin-2012>
8. INPES. *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit*. 2007.
9. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?* Sept 2012. Disponible sur: http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/49903/telechargement_fichier_fr_publi_pdf1_492.pdf
10. HAS. *Contraception : prescriptions et conseils aux femmes*. 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/fiche_contraception_conditions_prescription.pdf
11. Ministère des Affaires sociales et de la santé. *Pilules de 3ème et 4ème générations : un an après, le message des autorités sanitaires a été entendu*. 2014. Disponible sur : <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,2322/pilules-de-3eme-et-4eme,17017.html>
12. Michelet-Bretonneau L. *Dispositifs intra-utérins : analyse des pratiques des médecins généralistes et des gynécologues médicaux de Loire-Atlantique* ; Thèse de médecine générale, Nantes, 2010.
13. WONCA. La définition Européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>
14. Levasseur, Bagot, Honnorat. L'activité gynécologique. 2005;17(1):109-119.
15. Bidet P. *Pratique des gestes et techniques de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil* ; Thèse de médecine générale, Créteil; 2013.
16. Baranger-Royer L. *Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire : enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS de mai à octobre 2010* ; Thèse de médecine générale, Angers, 2011.

17. Gardon S. *Mise en place d'un atelier pratique de gynécologie dans la formation des étudiants de troisième cycle de médecine générale* ; Thèse de médecine générale, Université de Bourgogne, 2001.
18. Brès A-L. *Pratique clinique en gynécologie-obstétrique des internes en médecine générale lors des stages « annexes » du stage de gynécologie-pédiatrie chez le praticien* ; Thèse de médecine générale, Toulouse, 2012.
19. Marret H, Golfier F, Vollerin F, Le Goaziou M-F, Raudrant D. *Dispositif intra-utérin en médecine générale : à propos d'une étude prospective sur 300 poses*. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2002;31(5):465-470.
20. SIMGO. SIMGO Nantes - le DES de médecine générale. 2011. Disponible sur: <http://www.simgonantes.com/module-pagesetter-viewpub-tid-2-pid-15.html>
21. Angot O. *Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création* ; Thèse de médecine générale, Toulouse, 2009.
22. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

Nom : **de CASTELBAJAC de la CROIX, épouse CASTEL**

Prénom : **Marie**

Titre de Thèse :

EVALUATION DE LA FORMATION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE NANTES A LA POSE DES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS

RÉSUMÉ

Le dispositif intra-utérin (DIU) est actuellement un mode de contraception incontournable. La récente controverse sur les pilules de troisième et quatrième génération a provoqué une forte augmentation du nombre de pose de DIU depuis 2012.

La pose d'un DIU est un geste pouvant être effectué en médecine générale, à condition que le médecin ait bien reçu une formation adaptée.

Nous avons choisi d'interroger par questionnaire les internes de médecine générale de Nantes, afin d'évaluer la formation reçue à cette pratique au cours de leur internat.

159 questionnaires ont pu être exploités. Il en résulte notamment que les lieux de formation sont les stages en gynécologie hospitalière, au planning familial et chez le médecin généraliste maître de stage. Les formations reçues se font principalement par observation d'un médecin réalisant ce geste et par supervision. La supervision se réalise davantage lors du passage en gynécologie hospitalière. Seule cette dernière méthode d'apprentissage par supervision est associée à un sentiment de compétence selon notre étude.

En conclusion, la formation à la pose du DIU existe, cependant elle reste perfectible pour donner notamment un plus grand sentiment de compétence pour ce geste et en faire un acte aisément réalisé en médecine générale. Ce sentiment de compétence passe notamment par l'apprentissage de ce geste sous la supervision d'un médecin maîtrisant cette technique. Il serait intéressant qu'elle se développe encore davantage lors du stage chez le médecin généraliste.

MOTS-CLÉS

Formation - médecine générale - dispositif intra-utérin - supervision - compétence