

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

N° 025

T H È S E

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Marion Grégoire
Née le 11 juin 1986 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 2015

**Évaluation de la formation pratique initiale et continue
à la pose des dispositifs intra-utérins,
des médecins généralistes de Loire-Atlantique,
en activité depuis 10 ans et moins**

Président de jury : Professeur Patrice LOPES
Directeur de thèse : Docteur Bernard MESLÉ
Membres du jury : Professeur Stéphane PLOTEAU
Professeur Jean-Paul CANÉVET
Docteur Patrick DRÉNO

Remerciements

À Monsieur le Professeur Patrice LOPES, Président du jury,

Merci pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Bernard MESLÉ, Directeur de thèse,

Merci beaucoup d'avoir accepté de diriger ce travail et d'y avoir apporté ton éclairage.
Merci pour ta disponibilité, tes encouragements et tes conseils avisés.

À Monsieur le Professeur Jean-Paul CANÉVET,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Merci pour votre engagement au sein du département de médecine générale et pour votre disponibilité pour les étudiants.

À Monsieur le Professeur Stéphane PLOTEAU,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je suis très reconnaissante de votre présence.

À Monsieur le Docteur Patrick DRÉNO,

Merci beaucoup d'avoir accepté de prendre part à ce travail.

Merci pour votre disponibilité, votre réactivité et vos précieux conseils. Merci pour votre engagement au sein du département de médecine générale.

Je suis très reconnaissante de votre présence.

À mes parents,

vous qui avez toujours cru en moi et qui m'avez soutenue depuis le début. Merci de m'avoir toujours encouragée et même parfois « reboostée » dans les moments un peu plus difficiles. Un énorme merci à tous les deux.

À Mélanie (Nanie), ma grande-sœur,

Merci pour ta présence, ton écoute et tes encouragements. Merci de m'avoir portée et supportée (moi compliquée, même pas vrai ;)) et de continuer à le faire.

À Antoine (Tonio), mon petit frère,

que mes heures passées dans les bouquins n'ont pas démotivées. Merci pour ta bonne humeur (enfin pas tous les jours), ton optimisme et ton soutien. Dans deux ans c'est ton tour !!!

À Fabien mon beau-frère,

Merci pour ton soutien et ton aide dans ce domaine qu'on appelle informatique.

À Estéban (Doudou), mon petit neveu,

Merci pour ta joie de vivre et le bonheur que tu m'apportes.

À mes grands-parents,

Merci à tous les deux pour votre soutien et vos encouragements. Merci pour votre présence et votre disponibilité pour vos petits-enfants.

À Céline, ma cousine,

Merci pour ton écoute et ton soutien. Merci aussi pour ces pauses café entre deux cours.

À toute ma famille,

J'ai de la chance d'être si bien entourée, merci à tous.

À Marietta (Riri), ma meilleure amie,

Merci d'avoir toujours été présente depuis 16 ans (et oui déjà !!!). Merci pour tous les moments partagés, de stress et de doutes parfois mais aussi de joie et de fous rires (tu connais froufrou ?). Merci pour ta très précieuse amitié !

À Sabri, mon meilleur ami,

Merci pour ta présence, ton écoute et tes conseils avisés. Au fait quand m'emmènes-tu découvrir ta Tunisie ? Et puis (avec juste un petit jour de retard) encore joyeux anniversaire !!!!

À Sonia,

Merci pour ta présence et ton soutien pendant toutes ces années. Même si les aléas de la vie nous ont un peu éloignées, l'amitié reste intacte.

À mes amis Fontenaisiens, à Claire, Marie, Marianne, Jérôme et Marc,

Merci pour ces 3 années d'amitié et pour les supers moments partagés. J'ai vraiment énormément de chance de vous avoir rencontré. Comme quoi la Vendée, ça crée des liens ;))
Merci pour votre présence et votre soutien car tout ça c'est aussi en grande partie grâce à vous. J'espère que notre amitié perdurera. À très vite pour de nouvelles aventures !!!

À mes amis Nantais d'adoption, à Cécile, Simon, Alice, Anne-clé...,

Merci pour tous les très bons moments passés à vos côtés, des soirées, des anniversaires en passant par nos séances « groupe de travail ». Un grand merci à vous et à très vite pour d'autres supers moments !!!

À Maud, Carine, Brigitte, Frédérique « les super-women » du CPEF,

Merci pour les moments partagés. Merci pour votre bonne humeur, votre courage et votre écoute.

Et cet apéro/resto on se le fait quand ?

Au Docteur Caroline Vincent,

À vous qui m'avez fait découvrir une belle médecine et qui avez su me (re)donner l'envie et la force de me lancer dans l'aventure. Merci infiniment pour tout.

Et merci à tous **les patients**, toutes **les équipes médicales, paramédicales** que j'ai pu rencontrer tout au long de mes études.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Remerciements | 1 |
| Table des matières..... | 4 |
| Table des illustrations | 6 |
| Table des tableaux..... | 6 |
| Table des figures..... | 7 |
| Liste des abréviations..... | 8 |
| 1 Introduction..... | 9 |
| 2 Matériel et Méthode | 16 |
| 2.1 Type d'étude..... | 16 |
| 2.2 Population étudiée et mode de recrutement..... | 16 |
| 2.3 Détermination de l'outil et de sa diffusion..... | 17 |
| 2.4 Analyse statistique..... | 17 |
| 3 Résultats..... | 19 |
| 3.1 Statistiques descriptives..... | 19 |
| 3.1.1 Comparaison de l'échantillon de médecins généralistes avec la population de médecins généralistes en activité depuis ≤ 10 ans en Loire-Atlantique..... | 19 |
| 3.1.2 Participation à l'étude..... | 19 |
| 3.1.3 Description de la population étudiée : caractéristiques générales..... | 20 |
| 3.1.4 Les médecins généralistes (en activité depuis ≤ 10 ans en Loire-Atlantique) et le(s) DIU..... | 24 |
| 3.1.5 Formation pratique des médecins généralistes à la pose de DIU..... | 29 |
| 3.1.6 Sentiment de compétence à la pose de DIU..... | 38 |
| 3.1.7 Difficultés rencontrées lors de la pose de DIU et conditions pour rester performant..... | 39 |
| 3.1.8 Besoins de formation à la pose de DIU et propositions..... | 40 |
| 3.2 Statistiques analytiques..... | 42 |
| 3.2.1 Facteurs pouvant influencer sur la formation pratique à la pose de DIU au cours de la formation initiale (internat) et de la formation continue (post-internat)..... | 42 |
| 3.2.2 Formation et sentiment de compétence à la pose de DIU : Quels facteurs peuvent intervenir dans le sentiment de compétence ?..... | 45 |
| 3.2.3 Formation et pratique : Quels facteurs peuvent intervenir dans le fait de pratiquer (ou non) la pose de DIU ?..... | 52 |
| 3.2.4 Formation pratique, sentiment de compétence et pose de DIU : Y a-t-il une corrélation entre la formation pratique, le sentiment de compétence et le fait de poser des DIU ?..... | 58 |
| 4 Discussion..... | 62 |
| 4.1 Discussion de la méthode..... | 62 |
| 4.1.1 Le questionnaire et sa diffusion..... | 62 |
| 4.1.2 Population étudiée et sujet : choix et profil..... | 62 |
| 4.2 Discussion des résultats..... | 65 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.2.1 | Activité de gynécologie et de contraception des médecins généralistes de Loire-Atlantique en activité depuis ≤ 10 ans. | 65 |
| 4.2.2 | Les médecins généralistes de Loire-Atlantique en activité depuis ≤ 10 ans et le(s) DIU. | 66 |
| 4.2.3 | Formation pratique des médecins généralistes de Loire-Atlantique en activité depuis ≤ 10 ans à la pose de DIU. | 68 |
| 4.2.4 | Sentiment de compétence et Pose de DIU. | 74 |
| 4.2.5 | Corrélations possibles entre formation pratique, sentiment de compétence et pose de DIU dans la pratique (tableaux 15, 20, 25 et 26)..... | 79 |
| 4.3 | Perspectives et Propositions d'amélioration de la formation pratique à la pose de DIU | 80 |
| 5 | Conclusion | 84 |
| 6 | Références bibliographiques | 86 |
| 7 | Annexes..... | 90 |
| | Annexe 1 : Questionnaire. | 90 |
| | Annexe 2 : Figure 18 : MG ayant une/des activité(s) annexes et répartition en fonction du type d'activité annexe..... | 95 |
| | Annexe 3 : Figure 19 : MG ayant réalisé un stage de gynécologie durant leur DES de médecine générale. | 95 |
| | Annexe 4 : Figure 20: Nombre de MG formés par lieu/méthode de FPI..... | 96 |
| | Annexe 5 : Figure 21 : Nombre de MG formés par type de formation..... | 96 |

Table des illustrations

Table des tableaux.

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Répartition des MG de Loire-Atlantique en activité depuis ≤ 10 ans et des MG de l'échantillon selon le genre. | 19 |
| Tableau 2 : Activité de gynécologie et de contraception des médecins généralistes..... | 24 |
| Tableau 3 : Part de l'activité de gynécologie en fonction du genre. | 24 |
| Tableau 4 : Part de l'activité de gynécologie en fonction de l'âge. | 25 |
| Tableau 5 : Répartition des MG selon le(s) type(s) de contraception prescrit(s). | 25 |
| Tableau 6 : Répartition des MG selon la réalisation ou non d'une FPI..... | 30 |
| Tableau 7 : Répartition des MG selon le(s) lieu(x)/méthode(s) de FPI..... | 31 |
| Tableau 8 : Réalisation d'une FPI à la pose de DIU et opinion sur la qualité de celle-ci. | 32 |
| Tableau 9 : Répartition des MG selon la réalisation ou non d'une FPC. | 33 |
| Tableau 10 : Répartition des MG selon la(les) méthode(s) de FPC. | 35 |
| Tableau 11 : Type(s) de formation à la pose de DIU..... | 37 |
| Tableau 12 : Sentiment de compétence et formation pratique à la pose de DIU..... | 38 |
| Tableau 13 : Facteurs influant sur le fait de recevoir une formation pratique initiale (= FPI) à la pose de DIU. | 42 |
| Tableau 14 : Facteurs pouvant influencer sur le fait de se former à la pose de DIU en post-internat (= FPC)..... | 43 |
| Tableau 15 : Facteurs pouvant influencer sur le fait de se sentir compétent pour la pose de DIU. ... | 46 |
| Tableau 16 : Comparaison de l'influence des modes de formation pratique sur le sentiment de compétence..... | 49 |
| Tableau 17 : Influence du type de formation sur le sentiment de compétence..... | 50 |
| Tableau 18 : Influence des lieux/méthodes de formation pratique initiale sur le sentiment de compétence..... | 51 |
| Tableau 19 : Influence des méthodes de formation pratique continue sur le sentiment de compétence..... | 51 |
| Tableau 20 : Facteurs pouvant influencer sur le fait de poser des DIU chez les médecins généralistes..... | 52 |
| Tableau 21 : Comparaison de l'influence des modes de formation pratique sur le fait de poser des DIU. | 54 |
| Tableau 22 : Influence du type de formation sur le fait de poser des DIU..... | 55 |
| Tableau 23 : Influence des lieux/méthodes de formation pratique initiale sur le fait de poser des DIU. | 56 |
| Tableau 24 : Influence des méthodes de formation pratique continue sur le fait de poser des DIU. | 57 |
| Tableau 25 : Comparaison de l'influence du mode de formation pratique : initiale et/ou continue et/ou absence de formation sur le sentiment de compétence/faits de poser des DIU. | 58 |
| Tableau 26 : Formation pratique, sentiment de compétence, pose de DIU et facteurs d'influence. | 60 |

Table des figures.

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Répartition des MG par genre. | 20 |
| Figure 2 : Répartition des MG par classe d'âge (en pourcentages)..... | 20 |
| Figure 3 : Répartition des MG par classe d'âge (en nombre). | 21 |
| Figure 4 : Répartition des MG par genre et âge. | 21 |
| Figure 5 : Répartition des MG selon l'ancienneté d'activité. | 22 |
| Figure 6 : Répartition des MG selon leur Faculté de formation (en pourcentages). | 22 |
| Figure 7 : Répartition détaillée des MG selon leur Faculté de formation (en nombre)..... | 23 |
| Figure 8 : Répartition des MG selon leur mode, leur lieu et leur type d'exercice. | 23 |
| Figure 9 : Nombre de MG par type(s) de contraception prescrit(s). | 26 |
| Figure 10 : Rapport des MG vis-à-vis des DIU. | 27 |
| Figure 11 : Non réalisation de pose de DIU : raisons évoquées par les médecins généralistes. .. | 28 |
| Figure 12 : À qui les médecins généralistes qui ne posent pas de DIU, adressent-ils leurs patientes ?..... | 29 |
| Figure 13 : Réalisation d'une FPC en fonction de l'opinion sur la « qualité » de la FPI..... | 33 |
| Figure 14 : Réalisation d'une FPC en fonction de la réalisation d'une FPI. | 34 |
| Figure 15 : Nombre de médecins généralistes formés en post-internat par lieu/méthode de formation. | 36 |
| Figure 16 : Types de difficultés rencontrées lors de la pose de DIU..... | 39 |
| Figure 17 : Conditions exprimées par les MG pour rester performant dans l'activité de pose de DIU. | 40 |
| Figure 18 : MG ayant une/des activité(s) annexes et répartition en fonction du type d'activité annexe. | 95 |
| Figure 19 : MG ayant réalisé un stage de gynécologie durant leur DES de médecine générale. .. | 95 |
| Figure 20 : Nombre de MG formés par lieu/méthode de FPI. | 96 |
| Figure 21 : Nombre de MG formés par type de formation. | 96 |

Liste des abréviations

| | | |
|--------|---|---|
| AMM | : | Autorisation de mise sur le marché |
| ANSM | : | Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé |
| CI | : | Contre-indication |
| CNGOF | : | Conseil National de Gynécologie Obstétrique Français |
| COC | : | Contraceptifs oraux combinés |
| CPEF | : | Centres de Planification et d'Éducation Familiale |
| DES | : | Diplôme d'Études Spécialisées |
| DESC | : | Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires |
| DIU | : | Dispositif intra-utérin |
| DMG | : | Département de Médecine Générale |
| DPC | : | Développement Professionnel Continu |
| DU | : | Diplôme Universitaire |
| FCV | : | Frottis cervico-vaginal |
| FMC | : | Formation Médicale Continue |
| FNCGM | : | Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale |
| FPC | : | Formation pratique continue = Formation pratique post-internat |
| FPI | : | Formation pratique initiale = Formation pratique durant l'internat |
| HAS | : | Haute Autorité de Santé |
| LNG | : | Lévonorgestrel |
| OMS | : | Organisation mondiale de la Santé |
| MG | : | Médecin(s) généraliste(s) |
| SASPAS | : | Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée |
| SIMGO | : | Syndicat des Internes de Médecine Générale de l'Ouest |
| WONCA | : | World Organization of National Colleges, Academic Associations of General Practitioners/Family physicians |

1 Introduction

La médecine générale est définie par la World Organization of National Colleges, Academic Associations of General Practitioners/Family physicians (WONCA) comme : « une spécialité clinique orientée vers les soins primaires » (1 ; 2).

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours, le premier contact avec le système de soins, quel que soit l'âge, le sexe et le problème de santé du patient.

La prise en charge du patient est globale. Il gère non seulement des pathologies aiguës, chroniques, mais joue également un rôle important dans le dépistage et la prévention.

Son champ d'action est ainsi large et pluridisciplinaire, déterminé par les besoins et demandes des patient(e)s.

Basé sur la définition européenne de la médecine générale de la WONCA, le référentiel métiers et compétences des médecins généralistes (3) explique que la prise en charge spécifique des femmes fait bien partie des compétences attendues du médecin généraliste.

Il a donc une place légitime dans le suivi gynécologique des femmes qui le consultent.

Le Conseil National de Gynécologie Obstétrique Français (CNGOF) précise que : « les spécialistes de la gynécologie-obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens systématiques et de dépistage, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause » (4).

Cependant selon une étude de 2008 réalisée à la demande de la Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM), seules 15 % des femmes françaises (sur les 85 % déclarant avoir un suivi gynécologique) étaient prises en charge par leur médecin généraliste pour leur suivi gynécologique (5).

Par ailleurs, nous assistons actuellement à une diminution continue des effectifs de l'ensemble des médecins spécialistes en gynécologie médicale (médecin spécialiste en gynécologie médicale et obstétrique et médecin spécialiste en gynécologie médicale). Selon l'Atlas de la Démographie Médicale en France, au 1^{er} janvier 2014 (6), on comptait 2869 médecins spécialistes en gynécologie médicale, avec respectivement 1513 médecins spécialistes en gynécologie médicale et obstétrique et 1356 médecins spécialistes en gynécologie médicale. Ceci correspondait à une diminution des effectifs entre 2007 et 2014 de 30,5 % pour les premiers et de 21,9 % pour les seconds. À cela s'ajoutait des pyramides des âges préoccupantes puisque une très large majorité avait plus de 55 ans.

Les projections de l'Atlas de la Démographie Médicale sur la période 2013-2018 sont inquiétantes (7 ; 8). Elles prévoient une diminution des effectifs des spécialistes de gynécologie médicale de 22 % et de 16 % des spécialistes en gynécologie médicale et obstétrique (7 ; 8).

Concernant la région Pays-de-la-Loire, l'Atlas 2013 de la région Pays-de-la-Loire (9) recensait en juin 2013, 96 médecins spécialistes en gynécologie médicale, dont 49 en Loire-Atlantique. En terme de densité, ceci correspond à 0,5 médecin gynécologue pour 10000 femmes en région Pays-de-le-Loire et 0,8 au niveau du département de Loire-Atlantique (9). Ainsi, il est constaté une diminution des effectifs de 15 % sur la période 2008-2013 (10). Une tendance qui semble vouloir se confirmer, puisque les projections sur la période 2013-2018 prévoient une diminution de 12 % de ces effectifs (10).

Ainsi, devant cette « pénurie » annoncée de leurs confrères gynécologues et plus particulièrement des gynécologues médicaux, les médecins généralistes vont voir augmenter leur activité de gynécologie.

Différents travaux expliquent que le fait d'être une femme médecin favoriserait l'activité gynécologique en médecine générale (11 ; 12). Ainsi la féminisation de la profession de médecin généraliste pourrait être un élément de réponse parmi d'autres pour pallier à cette diminution des effectifs de gynécologues et répondre aux besoins des patientes (6 ; 7).

Quoiqu'il en soit, ceci montre l'importance d'une formation aux actes de gynécologie adaptée afin que les médecins généralistes puissent répondre aux besoins et demandes des patientes.

En médecine générale, plus d'un tiers des actes de gynécologie réalisés est lié à la contraception (13).

La contraception faisant partie des soins primaires, le médecin généraliste a une place prépondérante, en particulier dans l'information et l'aide au choix de la méthode contraceptive la plus adaptée et ce, afin d'améliorer l'observance et l'efficacité du traitement contraceptif. L'information, la sensibilisation et la formation des médecins généralistes dans ce domaine sont donc indispensables.

Différentes méthodes de contraception sont disponibles. Celle qui sera prescrite doit être adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne et des éventuelles contre-indications (14 ; 15 ; 16).

Ces dernières années, on note une évolution des pratiques contraceptives. Entre 2000 et 2010, on constate un recul du recours à la pilule ou contraceptif oral (contraceptifs oraux combinés (COC) toutes générations confondues et contraceptifs oraux progestatifs seuls) (17), qui s'est accentué suite au débat de fin 2012 - début 2013 sur les COC de 3^e et 4^e génération. Ainsi, selon l'étude Fécond 2013 (18), depuis début janvier 2013, une femme sur cinq déclare avoir changé de moyen de contraception. Le recours à la pilule a baissé, passant de 50 % à 41 % entre 2010 et 2013.

Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (19), il a été observé une diminution globale des ventes de contraceptifs oraux combinés (COC), toutes générations confondues estimée à 5,6 % de janvier 2013 à décembre 2013 et de janvier 2014 à avril 2014 comparativement aux ventes sur les mêmes périodes de 2012, avec une forte diminution de 48 % des ventes de COC de 3^e et 4^e génération et une augmentation de 32 % des COC de 1^{er} et 2^e génération.

Dans le même temps, on note une diminution de 15 % des ventes d'œstroprogestatifs non oraux (dispositifs transdermiques et anneaux vaginaux), une augmentation de 8,1 % des ventes de contraceptifs oraux progestatifs seuls, mais surtout une augmentation marquée de 26 % des ventes d'autres dispositifs : implants, dispositifs intra-utérin (DIU) avec et sans progestatif. Il est à noter que la plus forte augmentation concerne les DIU au cuivre avec une augmentation de 45 %. La vente des DIU hormonaux et implants a quant à elle augmenté de 16 %.

Pour rappel, les DIU ou stérilets sont une des méthodes contraceptives de première intention. Il s'agit de contraceptifs de longue durée d'action, réversibles à l'arrêt. Leur efficacité est grande, avec selon l'OMS, un indice de Pearl compris entre 0,1 et 0,6 % en utilisation préventive optimale, et entre 0,1 et 0,8 % en utilisation courante (20 ; 21).

À noter que les DIU ne sont pas contre-indiqués chez la patiente nullipare.

Il existe deux grandes catégories de DIU : les DIU au cuivre et les DIU hormonaux au lévonorgestrel (LNG).

Concernant le DIU au cuivre, son mode d'action est mixte, à savoir empêcher la nidation mais aussi empêcher la fécondation en ayant une action toxique sur les spermatozoïdes.

Le choix doit toujours porter, en première intention, sur le dispositif avec le plus faible taux d'échec et de plus longue durée d'utilisation, à savoir les TTCu380.

En effet, il existe plusieurs types de DIU au cuivre variant notamment selon leur surface de cuivre (minimum 375 mm²), leur forme, leur taille (standard ou short) et leur durée d'efficacité.

Le DIU au cuivre peut être laissé en place pendant 5 ans et jusqu'à 10 ans pour le TTCu380.

Les indications des DIU au cuivre sont la contraception intra-utérine usuelle et la contraception d'urgence dans un délai de pose inférieur à 120 heures (5 jours) après un rapport non protégé.

Les contre-indications (CI) à la pose d'un DIU au cuivre comprennent essentiellement : les antécédents ou l'existence de pathologies (dont certaines anomalies) utérines ou trophoblastiques ; les pathologies vaginales récentes ou en cours, saignements vaginaux/génitaux inexpliqués ; les situations à risque infectieux (IST, infection génitale haute [en cours, datant de moins de 3 mois ou récurrente], infection puerpérale en post-partum, avortement septique, valvulopathies) ; l'hypersensibilité à l'un des composants ; une grossesse suspectée ou avérée ; le post-partum (entre 48 h et 4 semaines [d'après l'OMS]).

Concernant le DIU hormonal, son mode d'action est double, il agit au niveau endométrial entraînant une atrophie de l'endomètre le rendant impropre à la nidation, et induisant une oligoménorrhée ; et au niveau cervical en entraînant une altération de la glaire cervicale la rendant impropre à la capacitation des spermatozoïdes.

Ils sont commercialisés en France depuis 1995 sous le nom de MIRENA® pour le modèle de taille standard et depuis 2013 pour le modèle taille « short/mini » sous le nom de JAYDESS® (22) car non seulement la taille est réduite mais la quantité d'hormone délivrée est également 4 fois moindre.

Le DIU au LNG a une durée d'efficacité de 5 ans pour le MIRENA® et de 3 ans pour le JAYDESS®.

Les indications des DIU au LNG sont la contraception intra-utérine usuelle et le traitement des ménorragies fonctionnelles.

Les contre-indications du DIU hormonal au LNG combinent les contre-indications des DIU au cuivre et celles d'une contraception progestative. Ainsi les contre-indications spécifiques des DIU au LNG sont : une thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire actuelle ; un cancer du sein actuel ou en rémission depuis moins de 5 ans ; les migraines avec symptômes neurologiques ; les cardiopathies ischémiques actuelles ; les affections hépatiques (hépatites, cirrhose décompensée, tumeurs hépatiques bénignes ou malignes).

Pour le DIU en général « au regard de sa très bonne efficacité et de son taux d'utilisation en France paradoxalement assez faible chez les femmes jeunes, le groupe de travail (de l'HAS) recommande, afin que l'accès au DIU soit facilité, que son utilisation soit mieux connue et que les bonnes pratiques de pose fassent l'objet d'un enseignement, notamment dans le cadre des organisations professionnelles » (20).

Ainsi, devant cet essor de demandes de pose (19) combiné à la diminution continue des effectifs

des gynécologues médicaux (6 ; 7), les médecins généralistes vont devoir faire face aux sollicitations croissantes de patientes désireuses d'une pose de DIU. Pour ce faire et afin de ne pas « priver » les patientes d'un moyen de contraception efficace et bien toléré, les médecins généralistes doivent avoir été convenablement formés (20).

Le travail de thèse de Lauriane Michelet-Bretau en 2010, réalisé auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique, a montré que seuls 19,4 % des médecins généralistes interrogés déclaraient poser des DIU (23). Les raisons évoquées étaient essentiellement le manque de pratique professionnelle, le manque d'expérience mais aussi le manque de formation. Près de 70 % « des médecins poseurs estimaient n'avoir reçu qu'une formation de qualité insuffisante ».

Dans un autre travail de thèse réalisé en 2011 par Alice De Verbizier, auprès de médecins généralistes en Lorraine, est mis en avant le manque de formation initiale et continue comme freins à la prescription et à la pose de DIU (24).

Le travail de thèse de Marie de Castelbajac (25) en 2014, réalisé auprès des internes de médecine générale de Nantes entre novembre 2011 et avril 2012, a montré qu'une formation à la pose de DIU pendant l'internat existe, mais qu'elle reste largement perfectible et très hétérogène. Elle rapportait également que 72,3 % des internes interrogés exprimaient le désir de pratiquer la gynécologie et la pose de DIU dans leur pratique future et que 76 % déclaraient vouloir se former après l'internat. Ce dernier point peut lui aussi traduire le caractère perfectible de la formation initiale (25).

Tout ceci montre donc bien l'importance d'une formation initiale et continue adaptée des médecins généralistes à la pratique de la gynécologie, et notamment à la réalisation des actes techniques tels que la pose de DIU.

La pose de DIU est un geste technique qui nécessite un apprentissage pratique sur le « terrain » (pouvoir réaliser soi-même le geste dans les conditions les plus proches de la réalité) et un entretien de la technique (maintien des compétences et participation à des mises à jour régulières) (20) pour rester performant, d'où l'importance d'une formation pratique initiale et continue de qualité et notre parti pris d'insister sur le caractère pratique de la formation (par opposition à la théorie).

Concernant la formation en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes, nous pouvons

schématiquement la diviser en deux temps : la formation « initiale » correspondant à l'internat et la formation « continue » réalisée en post-internat.

En ce qui concerne la formation « initiale », actuellement encore, le DES de médecine générale se déroule sur 3 ans avec une maquette qui comprend six semestres de stage, dont quatre semestres imposés et deux semestres dits « libres » (26 ; 27 ; 28).

Les semestres imposés se composent d'un semestre en médecine adulte polyvalente, un semestre dans un service de médecine d'urgence, un semestre en gynécologie et/ou pédiatrie (un semestre dans l'une des deux spécialités ou si possible, un trimestre de chaque mais les terrains de stage étant peu nombreux ceci reste souvent impossible), et d'un semestre chez un praticien de médecine générale en cabinet de ville agréé. L'étudiant pourra alors, selon l'activité de son/ses maître(s) de stage, avoir une « formation complémentaire » en gynécologie et notamment concernant l'apprentissage de certains gestes techniques comme la réalisation d'un frottis cervico-vaginal, la pose et le retrait de DIU et/ou d'implant. Certains, dont le maître de stage fait des vacations dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), pourront avoir la chance de l'accompagner et enrichir ainsi leur pratique de la gynécologie.

S'agissant des deux semestres « libres », l'interne peut choisir d'effectuer un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS), stage qui pourra lui permettre là encore, selon l'activité de son/ses maître(s) de stage, d'avoir une « formation complémentaire » en gynécologie. Hélas les places sont limitées et tous ne peuvent en bénéficier. Il peut également choisir d'effectuer un stage dans une autre spécialité médicale ou un stage nécessaire à la validation d'un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC).

Depuis 2 ans, une réforme du troisième cycle des études médicales est en réflexion au niveau national (29). Elle prévoit une harmonisation des DES avec la mise en place d'une organisation commune en 3 phases successives : la phase socle, la phase intermédiaire, la phase de mise en responsabilité ; avec une évaluation des compétences à l'issue de chacune d'elles. En ce qui concerne le DES de médecine générale (30 ; 31), la mise en place de la réforme est envisagée à partir de novembre 2016. Dans un premier temps, elle concernera le déroulement de la maquette de stage du DES qui sera organisée comme suit :

- en première année : stage médecin généraliste niveau 1 et stage aux urgences
- en deuxième année : stage médecine adulte et stage mère/enfant
- en troisième année : SASPAS pour tous les internes et stage libre selon le projet professionnel.

L'idée de la mise en place d'une quatrième année est encore à l'étude.

En ce qui concerne la formation « continue » (post-internat), chaque médecin généraliste peut choisir de parfaire, approfondir et/ou entretenir sa formation dans divers domaines. Ceci étant, ils doivent néanmoins choisir parmi une liste d'offres restreintes, lesquelles varient selon les

régions et dont la qualité n'est pas toujours égale, mais aussi tenir compte de certaines contraintes inhérentes à leur propre activité.

Ainsi, on note l'existence de différents Diplômes Universitaires (DU) ou Inter-Universitaires (DIU) ouverts aux médecins généralistes, dont les DIU de formation complémentaire en gynécologie ainsi que diverses Formations Médicales Continues (FMC) dont des FMC sur le thème de la contraception. Ces FMC peuvent être incluses ou non dans un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) qui est un dispositif de formation réglementé dédié aux professionnels de santé (32).

De ces constats est née l'idée de notre travail dont l'objectif principal est de faire un état des lieux de la formation pratique initiale (internat) et continue (post-internat) à la pose de DIU, des médecins généralistes de Loire-Atlantique en activité depuis ≤ 10 ans et de la mettre en parallèle avec leur ressenti quant à leur compétence à réaliser ce geste et leur pratique de ce dernier dans leur activité quotidienne au cabinet de médecine générale.

Dans un second temps, nous essaierons de mettre en évidence si des besoins de formation pratique dans le domaine de la pose des DIU existent et d'y apporter le cas échéant des pistes d'amélioration.

Il s'agit d'essayer de faire des propositions de nouvelles formes de formation.

2 Matériel et Méthode

2.1 Type d'étude.

Pour répondre à notre objectif, nous avons décidé de réaliser une enquête descriptive, quantitative, déclarative à l'aide d'un auto-questionnaire électronique, transmis par courriel aux médecins généralistes de Loire-Atlantique, en activité depuis dix ans et moins, entre septembre et novembre 2014.

2.2 Population étudiée et mode de recrutement.

Nous avons choisi d'interroger les médecins généralistes de Loire-Atlantique, en activité depuis dix ans et moins, autrement dit inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique entre janvier 2004 et décembre 2013, pour lesquels nous avons une adresse internet disponible.

Nous avons délibérément fait le choix de cette période de dix ans et moins d'activité car elle permettait d'avoir le recul suffisant et nécessaire pour étudier à la fois la formation initiale (internat) et la formation continue (post-internat) des médecins généralistes à la pose de DIU.

476 médecins généralistes ont été recensés sur cette période, à partir d'une analyse minutieuse des bulletins trimestriels d'inscription à l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique, récupérés aux archives du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique.

A partir de cette liste de 476 médecins généralistes et par croisement avec différents listings d'adresses internet de médecins généralistes (obtenus auprès d'anciens internes y ayant eu recours pour la réalisation de leur propre thèse), nous avons pu récupérer 199 adresses internet de médecins généralistes.

Les critères d'inclusion étaient :

- les médecins généralistes de Loire-Atlantique inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique.
- les médecins généralistes en activité depuis ≤ 10 ans.
- les médecins généralistes pour lesquels une adresse internet a pu être récupérée.

Les critères d'exclusion étaient :

- les médecins généralistes non-inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique.
- les médecins généralistes en activité depuis > 10 ans.
- les médecins généralistes pour lesquels aucune adresse internet n'a pu être récupérée.
- les questionnaires incomplets ou mal complétés.

Au final

- 199 questionnaires ont été envoyés.

2.3 Détermination de l'outil et de sa diffusion.

Un questionnaire électronique a été réalisé et mis en ligne à l'aide de l'application Google Drive. Celui-ci a comporté vingt-huit questions (*annexe 1*).

Les questions ont été articulées autour de 4 points :

- des données générales, d'ordre socio-démographique.
- des données portant sur l'activité de gynécologie et contraception, notamment sur la pratique de la pose de DIU, des médecins généralistes de Loire-Atlantique, en activité depuis dix ans et moins.
- des éléments concernant la formation pratique initiale (FPI) reçue au cours de l'internat et la/les formation(s) pratique(s) continue(s) (FPC) réalisée(s) par la suite.
- des éléments portant sur leur sentiment de compétence et sur leurs propositions pour améliorer la/les formation(s) pratiques à la pose de DIU.

Le questionnaire a été envoyé par courriel, aux 199 adresses internet de médecins généralistes.

Il a été envoyé à 3 reprises, le premier envoi ayant eu lieu le 15/09/14. Une première relance a été faite deux semaines après, puis une deuxième à un mois du premier envoi, afin de maximiser le nombre de réponses.

Il était accompagné d'un texte explicatif.

2.4 Analyse statistique.

Les données recueillies par questionnaire ont été analysées grâce au logiciel OpenOffice Calc. et avec l'aide du site internet d'analyse statistique BiostaTGV.

Nous avons d'abord analysé les données de façon descriptive avec le calcul de pourcentages.

Puis nous avons effectué des comparaisons entre variables grâce au test du Chi² avec un risque α

de 5 % ou au test exact de Fisher quand les conditions du χ^2 n'étaient pas réunies (quand les effectifs ne permettaient pas d'appliquer un test du χ^2).

Pour l'ensemble des tests effectués, la valeur de p inférieure à 0,05 a été retenue comme significative.

3 Résultats

3.1 Statistiques descriptives.

3.1.1 Comparaison de l'échantillon de médecins généralistes avec la population de médecins généralistes en activité depuis ≤ 10 ans en Loire-Atlantique.

En Loire-Atlantique, 476 médecins généralistes en activité depuis ≤ 10 ans ont été recensés sur la période comprise entre janvier 2004 et décembre 2013. Notre échantillon comportait 84 médecins généralistes, dont 57 femmes et 27 hommes.

Tableau 1 : Répartition des MG de Loire-Atlantique en activité depuis ≤ 10 ans et des MG de l'échantillon selon le genre.

| Genre | MG de Loire-Atlantique | | MG de l'échantillon | | pvalue | Significativité |
|--------|------------------------|------|---------------------|------|---------|-----------------|
| | N | % | N | % | | |
| Femmes | 322 | 67,6 | 57 | 67,9 | 0,96972 | Non |
| Hommes | 154 | 32,4 | 27 | 32,1 | | |
| Total | 476 | 100 | 84 | 100 | | |

Après application du test Chi², nous n'avons pas noté de différence significative entre les deux populations quant au genre.

3.1.2 Participation à l'étude.

Sur les 199 questionnaires envoyés, nous avons reçu 90 réponses.

6 questionnaires ont été exclus car incomplets ou mal complétés.

Au total 84 questionnaires ont été inclus dans l'étude, soit un taux de réponse de 42,2 %.

3.1.3 Description de la population étudiée : caractéristiques générales.

3.1.3.1 Genre, âge et ancienneté d'activité.

3.1.3.1.1 Répartition par genre.

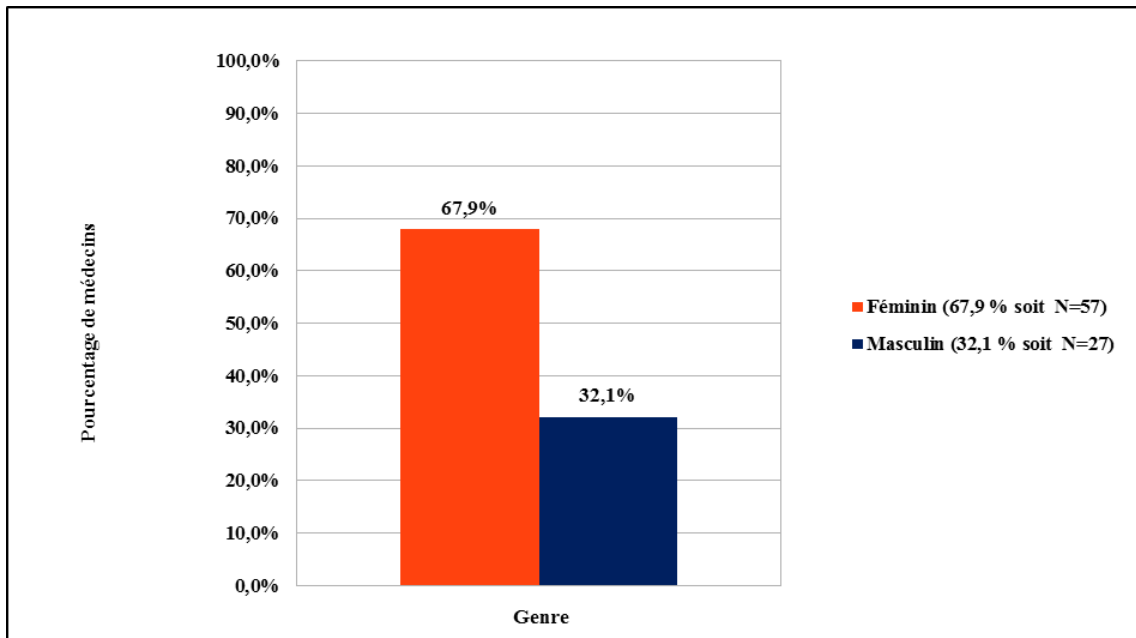


Figure 1 : Répartition des MG par genre.

Le sexe ratio F/H était de 2.

3.1.3.1.2 Répartition par âge.

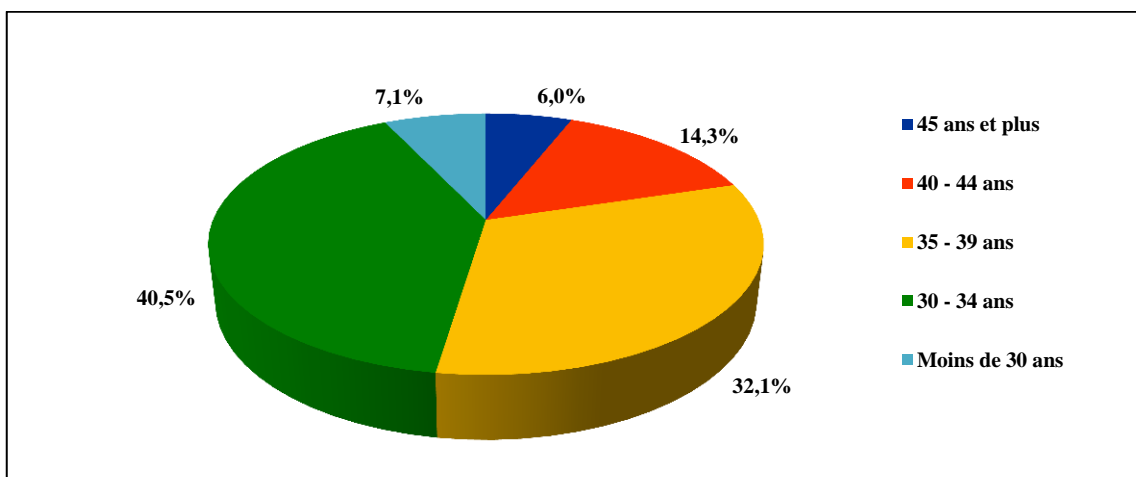


Figure 2 : Répartition des MG par classe d'âge (en pourcentages).

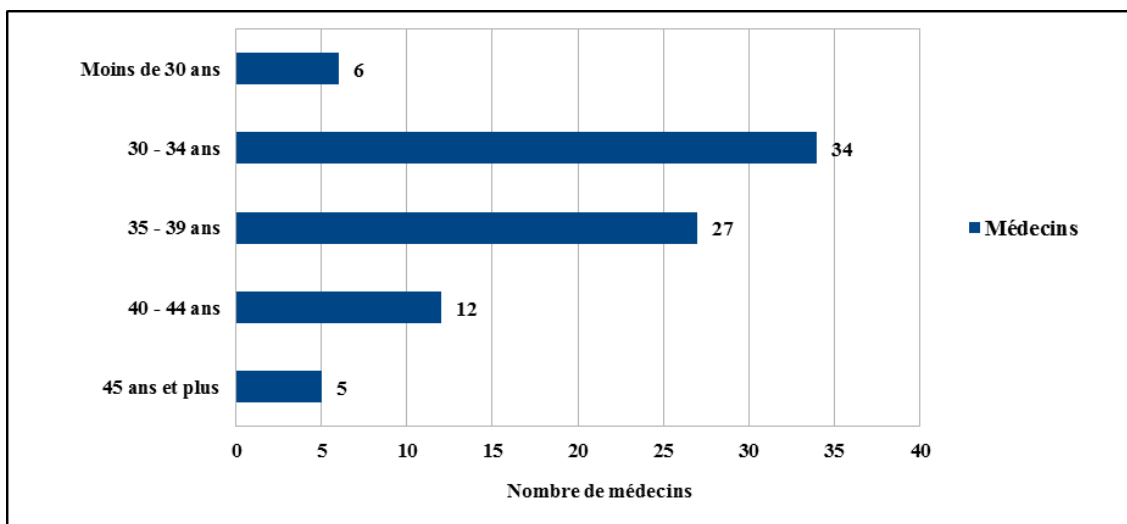


Figure 3 : Répartition des MG par classe d'âge (en nombre).

Près de la moitié des médecins interrogés (47,6 %) avait moins de 35 ans.

La moyenne d'âge était de 35,8 ans, avec un écart type de 4,9. Le plus jeune avait 28 ans et le plus âgé avait 54 ans.

3.1.3.1.3 Répartition selon le genre et l'âge.

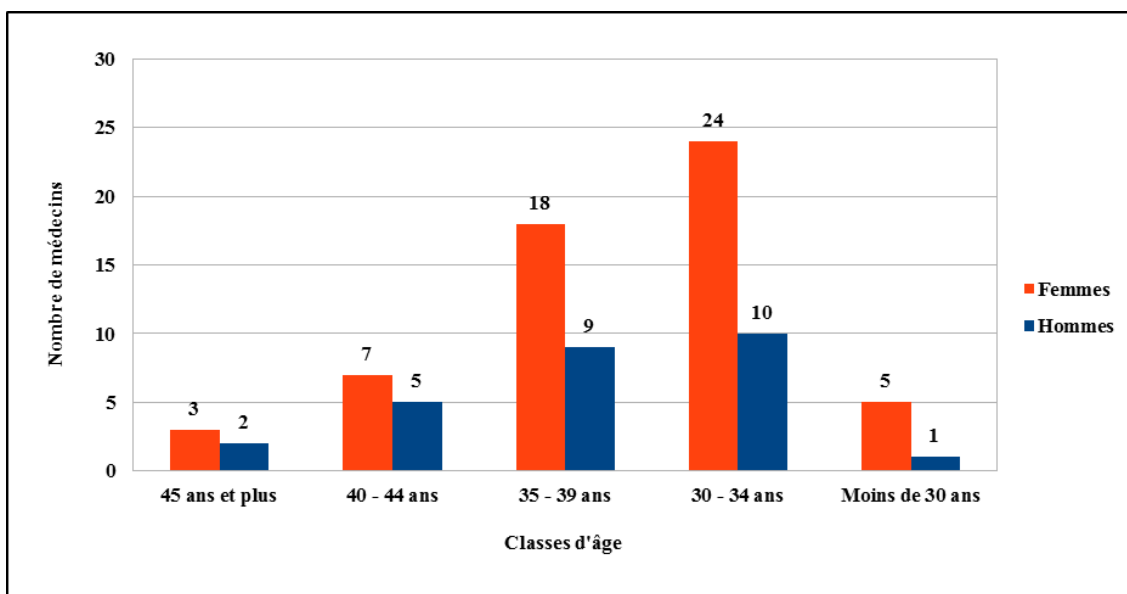


Figure 4 : Répartition des MG par genre et âge.

Les femmes avaient en moyenne 35,4 ans et les hommes 36,9 ans, avec des écarts-types respectifs de 4,9 pour les femmes et 4,6 pour les hommes.

3.1.3.1.4 Répartition selon l'ancienneté d'activité.

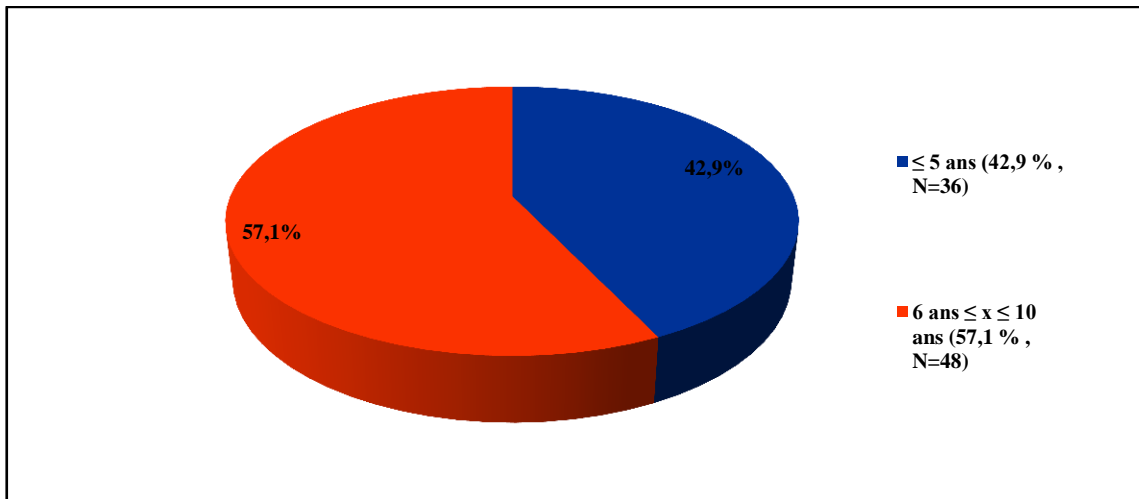


Figure 5 : Répartition des MG selon l'ancienneté d'activité.

L'ancienneté d'activité était en moyenne de 6,1 ans, avec un écart-type de 2,9 ; soit respectivement une ancienneté d'activité moyenne de 5,7 ans pour les femmes avec un écart-type 2,8 et de 6,9 ans pour les hommes avec un écart-type 2,9.

3.1.3.2 Faculté(s) de formation.

Les figures 6 et 7 ci-dessous représentent la répartition des MG selon leur Faculté de formation.

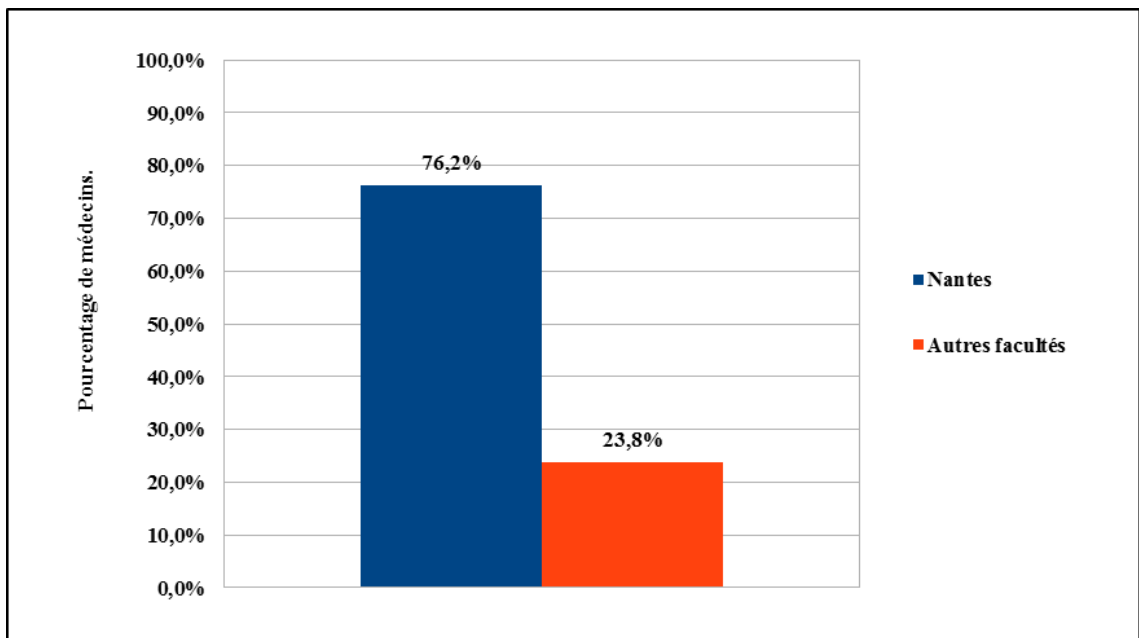


Figure 6 : Répartition des MG selon leur Faculté de formation (en pourcentages).

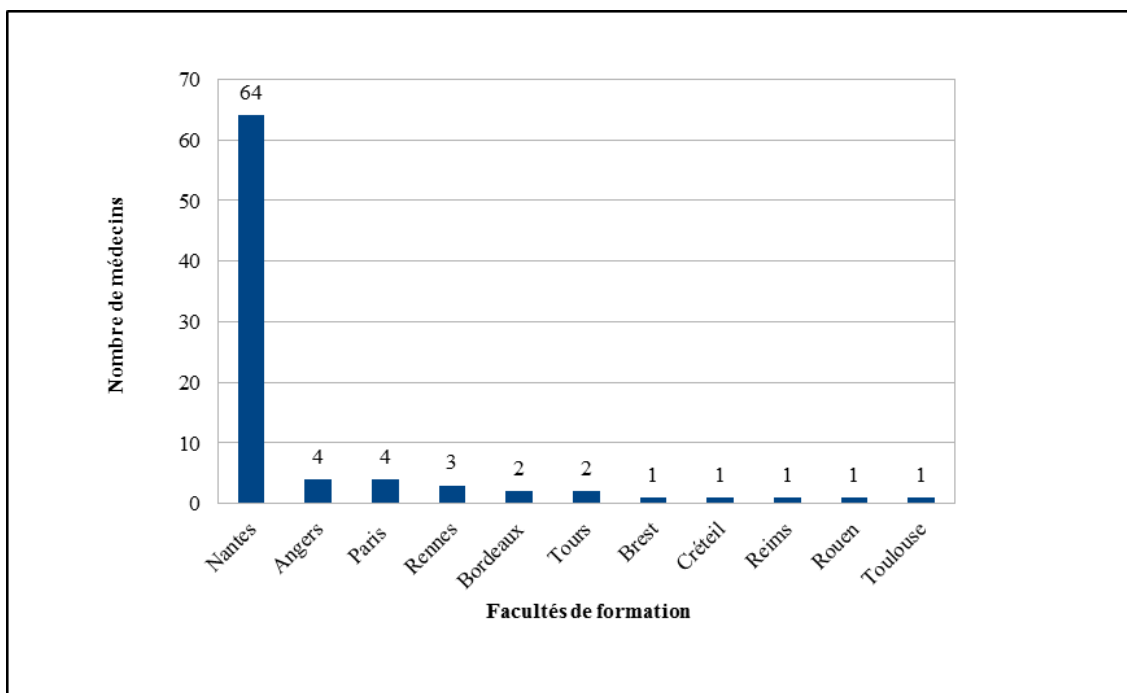


Figure 7 : Répartition détaillée des MG selon leur Faculté de formation (en nombre).

3.1.3.3 Mode, lieu et type d'exercice.

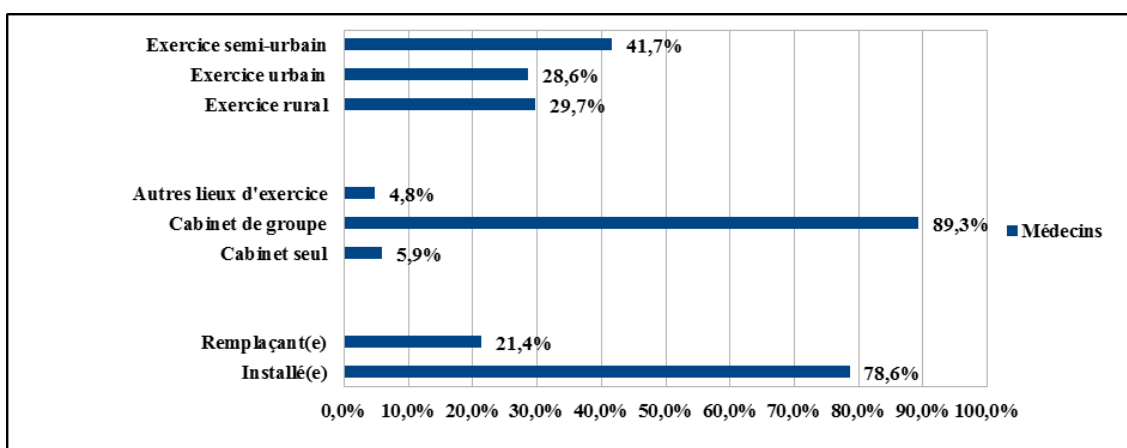


Figure 8 : Répartition des MG selon leur mode, leur lieu et leur type d'exercice.

La figure 8 ci-dessus représente la répartition des MG interrogés selon leur mode (installé ou remplaçant), leur lieu (cabinet seul/cabinet de groupe/autres) et leur type d'exercice (rural/urbain/semi-urbain).

3.1.3.4 Activité(s) annexe(s) à la médecine générale.

21,4 % (N=18) des médecins interrogés avaient une activité annexe à la médecine générale. Ces activités sont variées et répertoriées dans la *figure 18 en annexe 2*.

3.1.4 Les médecins généralistes (en activité depuis ≤ 10 ans en Loire-Atlantique) et le(s) DIU.

3.1.4.1 Description de l'activité de gynécologie et de contraception des médecins généralistes.

3.1.4.1.1 Activité de gynécologie et de contraception des médecins généralistes.

Tableau 2 : Activité de gynécologie et de contraception des médecins généralistes.

| | Nombre de médecins généralistes (N=84) | Pourcentages de médecins généralistes |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|
| Activité de gynécologie : | 84 | 100 % |
| - oui | 0 | 0 % |
| - non | | |
| Part d'activité de gynécologie : | | |
| - importante | 28 | 33,3 % |
| - moyenne | 35 | 41,7 % |
| - faible | 21 | 25,0 % |
| - nulle | 0 | 0 % |
| Activité de contraception : | 84 | 100 % |
| - oui | 0 | 0 % |
| - non | | |
| Total | 84 | 100 % |

Tableau 3 : Part de l'activité de gynécologie en fonction du genre.

| Part d'activité de gynécologie | Médecins généralistes par genre (N=84) | | Total médecins généralistes (N=84) |
|--------------------------------|--|---------------|------------------------------------|
| | Femmes (N=57) | Hommes (N=27) | |
| Importante | 28 | 0 | 28 |
| Moyenne | 27 | 8 | 35 |
| Faible | 2 | 19 | 21 |
| Nulle | 0 | 0 | 0 |
| Total MG | 57 | 27 | 84 |

Concernant les femmes, 49,1 % (28/57) d'entre elles déclaraient avoir une activité de gynécologie importante, 47,4 % moyenne (27/57) et seulement 3,5 % (2/57) l'estimaient faible.

Concernant les hommes, **c'est l'inverse** ; 70,4 % d'entre eux (19/27) déclaraient avoir une activité de gynécologie faible, 29,6 % (8/27) moyenne et aucun ne l'estimait importante.

Les femmes étaient significativement plus nombreuses à avoir une activité importante et/ou moyenne (96,5 %) que leurs homologues masculins (29,6 %), $p = 3,86129^E-11$ ($p < 0,05$).

Tableau 4 : Part de l'activité de gynécologie en fonction de l'âge.

| Part d'activité de gynécologie | Médecins généralistes par âge (N=84) | | Total médecins généralistes (N=84) |
|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------|------------------------------------|
| | < 35 ans (N=40) | ≥ 35 ans (N=44) | |
| Importante | 13 | 15 | 28 |
| Moyenne : | 17 | 18 | 35 |
| Faible | 10 | 11 | 21 |
| Nulle : | 0 | 0 | 0 |
| Total médecins généralistes | 40 | 44 | 84 |

Concernant les < 35ans, 32,5 % (13/40) déclaraient avoir une activité de gynécologie importante, 42,5 % moyenne (17/40) et 25 % (10/40) l'estimaient faible.

Concernant les ≥ 35 ans, **la répartition était similaire**, 34,1 % (15/44) déclaraient avoir une activité de gynécologie importante, 40,9 % moyenne (18/44) et 25 % (11/44) l'estimaient faible.

Il n'y avait pas de différence significative en fonction de l'âge, $p = 0,98578$ ($p > 0,05$).

3.1.4.1.2 Prescriptions de contraception par les médecins généralistes.

Tableau 5 : Répartition des MG selon le(s) type(s) de contraception prescrit(s).

| Type(s) de contraception prescrit(s) | Nombre de médecins généralistes (N=84) | Pourcentages de médecins généralistes |
|--|--|---------------------------------------|
| Pilule seule | 12 | 14,3 % |
| Pilule + DIU hormonal | 1 | 1,2 % |
| Pilule + Implant | 5 | 5,9 % |
| Pilule + DIU hormonal + Implant | 1 | 1,2 % |
| Pilule + DIU hormonal + DIU cuivre | 8 | 9,5 % |
| Pilule + DIU hormonal + DIU cuivre + Implant | 40 | 47,6 % |
| Pilule + DIU hormonal + DIU cuivre + Autre | 1 | 1,2 % |
| Pilule + DIU hormonal + DIU cuivre + Implant + Autre | 16 | 19,1 % |
| Total : | 84 | 100 % |

Le tableau 5 ci-dessus et la figure 9 ci-dessous montrent la répartition des médecins généralistes selon le(s)type(s) de contraception prescrit(s).

Parmi les médecins généralistes de notre étude, 12 (soit 14,3 %) déclaraient ne prescrire qu'un type de contraception, 6 (soit 7,1 %) déclaraient prescrire deux types de contraception, 9 (soit 10,7 %) déclaraient trois types de contraception, 41 (soit 48,8 %) en déclaraient quatre types et enfin 16 (soit 19,1 %) d'entre eux déclaraient prescrire cinq types de contraception.

La pilule faisait toujours partie de l'arsenal des méthodes contraceptives prescrites par les médecins généralistes.

85,7 % (N=72) d'entre eux avaient au minimum deux types de contraception dans leur arsenal de prescription.

Parmi ces derniers :

- 100 % (N=84) prescrivaient la pilule et/ou au moins un autre type de contraception et seulement 14,3 % (N=12) ne prescrivaient que la pilule.
- 79,8 % (N=67) prescrivaient le DIU et au moins un autre type de contraception, avec respectivement 79,8 % (N=67) de DIU hormonal et 77,4 % (N=65) de DIU au cuivre. Aucun d'entre eux ne prescrivait exclusivement de DIU. Les médecins qui prescrivaient le DIU au cuivre comptaient tous le DIU hormonal dans leur trousse de prescription.
- 73,8 % (N=62) prescrivaient l'implant et au moins un autre moyen de contraception. Aucun d'entre eux ne prescrivait exclusivement l'implant.
- 20,2 % (N=17) prescrivaient d'autres moyens de contraception (anneau, patch, préservatif, contraception définitive) avec au moins un autre type de contraception.

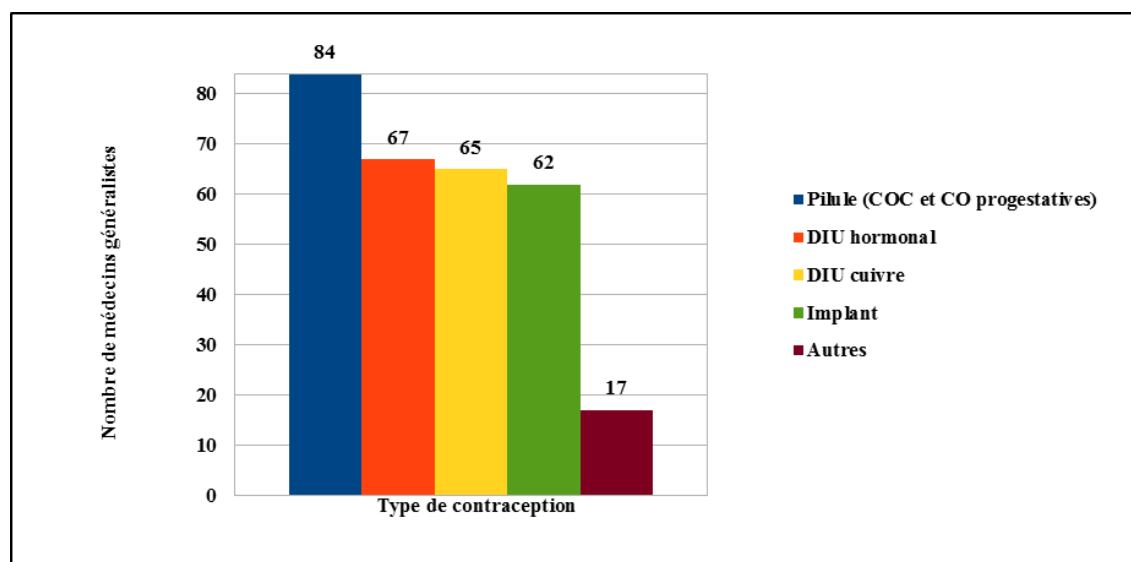


Figure 9 : Nombre de MG par type(s) de contraception prescrit(s).

3.1.4.2 Description du rapport des médecins généralistes avec le DIU (figure 10).

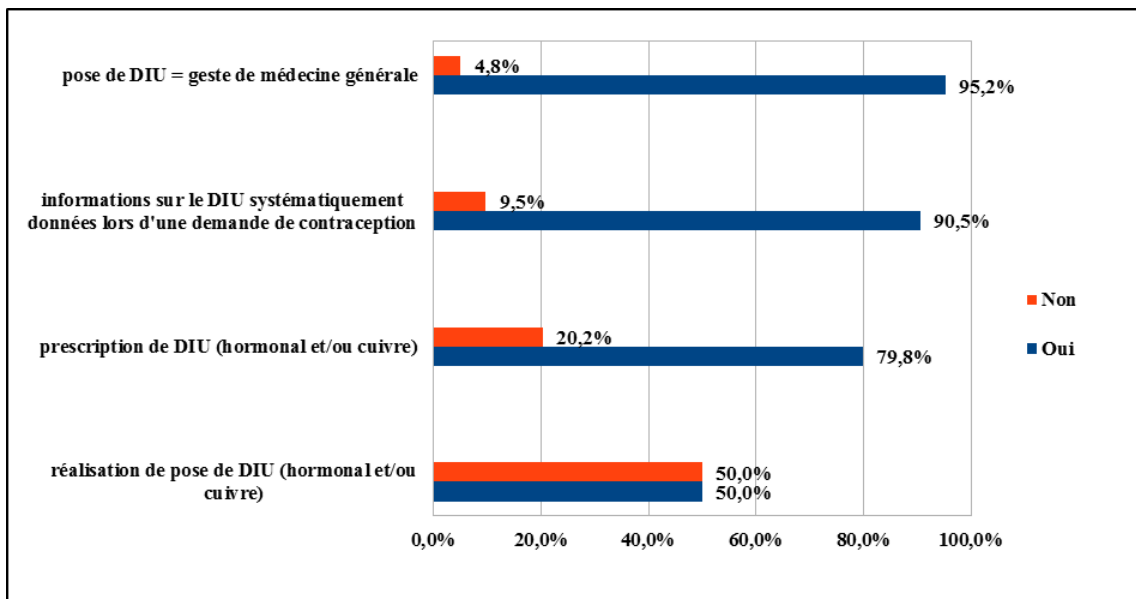


Figure 10 : Rapport des MG vis-à-vis des DIU.

3.1.4.2.1 Avis sur la pose de DIU, est-ce un geste de médecine générale ? Information donnée sur le DIU.

- 95,2 % (N=80) des médecins de notre étude considéraient que la pose de DIU est un geste de médecine générale.

- 90,5 % (N=76) déclaraient donner systématiquement des informations sur le DIU lors d'une demande de contraception.

3.1.4.2.2 Prescription et pose de DIU.

- 79,8 % (N=67) disaient prescrire le DIU.

La majorité (N=65) prescrivait les deux types de DIU, 2 prescrivait exclusivement le DIU hormonal, aucun ne prescrivait exclusivement le DIU au cuivre.

Parmi eux, 50 femmes et 17 hommes déclaraient prescrire le DIU et 42 (42/67, soit 62,7 %) déclaraient poser eux-mêmes les DIU prescrits.

- 50 % (N=42) déclaraient poser eux-mêmes des DIU.

Parmi eux, 33 femmes et 9 hommes déclaraient poser eux-mêmes des DIU.

Ceux qui déclaraient poser eux-mêmes des DIU étaient les mêmes que ceux qui disaient les prescrire. Ceux qui n'en prescrivait pas n'en posaient pas non plus.

3.1.4.2.3 Raisons évoquées quant à la non pose de DIU (figure 11).

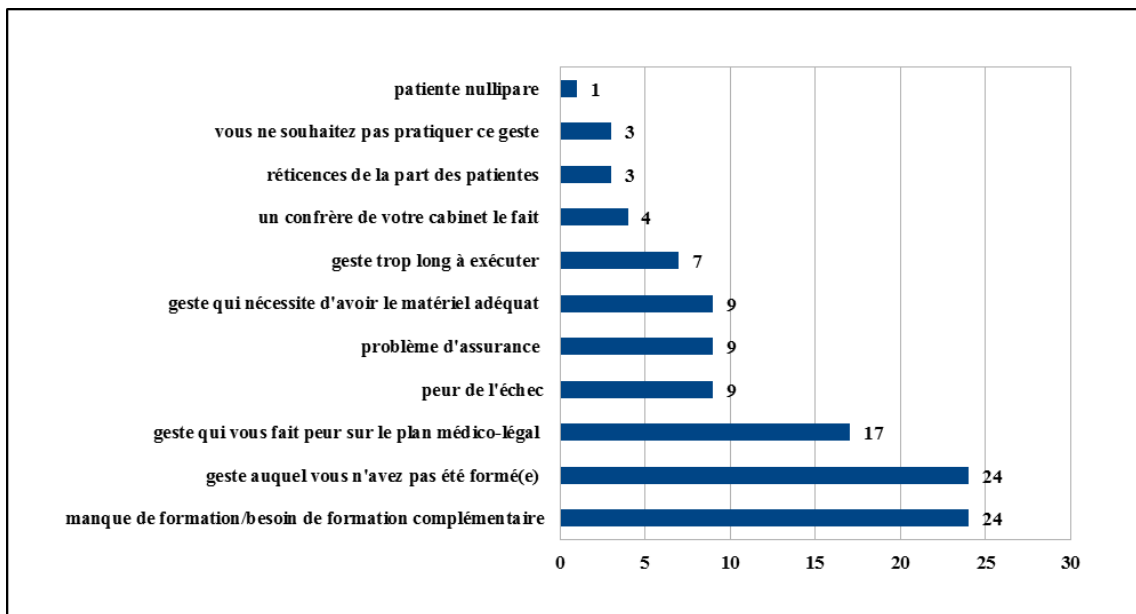


Figure 11 : Non réalisation de pose de DIU : raisons évoquées par les médecins généralistes.

Diverses raisons étaient évoquées pour expliquer le fait de ne pas pratiquer la pose de DIU.

Ainsi, parmi les 42 médecins généralistes qui déclaraient ne pas poser de DIU :

- 24 (soit 57,1 %) évoquaient un manque de formation/besoin de formation complémentaire.
- 24 (soit 57,1 %) disaient ne pas y avoir été formés.

Ils étaient 35 (83,3 %) à évoquer un manque de formation/besoin de formation complémentaire et/ou à dire ne pas y avoir été formés.

- 17 (soit 40,5 %) déclaraient avoir peur sur le plan médico-légal (peur du risque de complications : perforation, infection ; absence de contrôle immédiat après la pose).
- 9 (soit 21,4 %) évoquaient la peur de l'échec ou des problèmes d'assurance ou bien encore l'absence de matériel adéquat.
- 7 (soit 16,7 %) évoquaient un geste trop long à exécuter.
- 4 (soit 9,5 %) disaient s'en remettre à un confrère de leur cabinet.
- 3 (soit 7,1 %) évoquaient des réticences de la part des patientes et le manque de demande ou bien tout simplement ne pas souhaiter pratiquer ce geste.
- 1 médecin généraliste (soit 2,4 %) disait ne pas poser de DIU mais uniquement chez les nullipares.

La grande majorité des médecins généralistes évoquait plusieurs raisons associées.

3.1.4.2.4 À qui les médecins généralistes qui ne posent pas de DIU adressent-ils leurs patientes ?

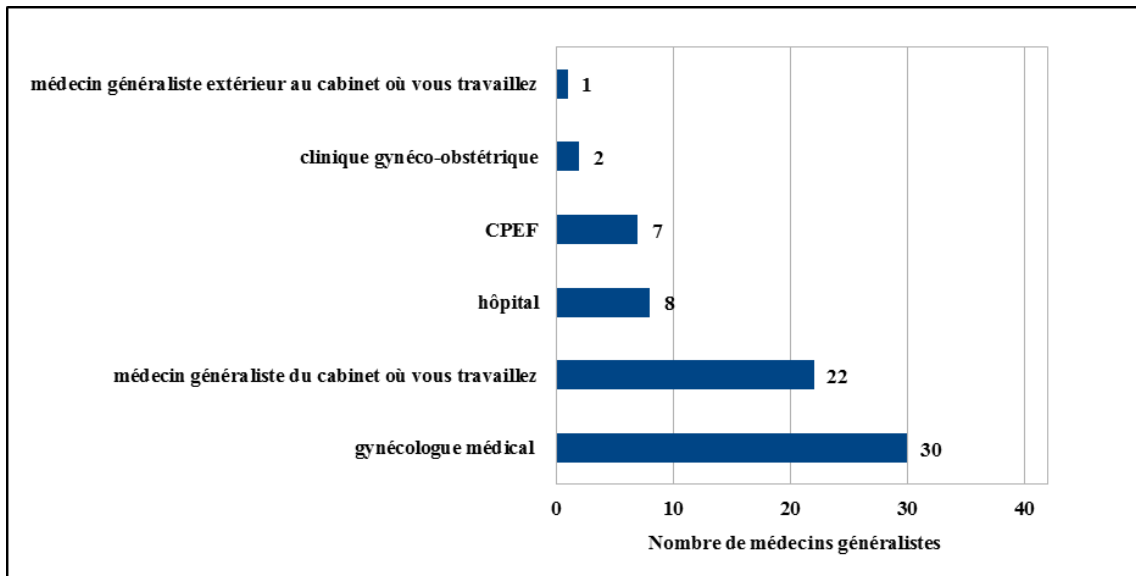


Figure 12 : À qui les médecins généralistes qui ne posent pas de DIU, adressent-ils leurs patientes ?

La figure 12 ci-dessus représente les médecins et/ou lieux à qui, les 42 médecins généralistes ne posant pas de DIU, disaient adresser leurs patientes.

3.1.5 Formation pratique des médecins généralistes à la pose de DIU.

68 médecins généralistes déclaraient avoir eu une formation pratique à la pose de DIU (**formation pratique initiale (= FPI) et/ou formation pratique continue (= FPC)**).

Parmi eux : 13 déclaraient avoir reçu une formation pratique initiale (= FPI) exclusivement, 23 s'être formés en post-internat (= FPC) exclusivement, 32 avoir reçu une formation pratique initiale ET une formation pratique post-internat (= FPI ET FPC).

3.1.5.1 Formation pratique initiale (internat) des médecins généralistes (FPI).

3.1.5.1.1 Formation initiale et stage de gynécologie.

Répartition des médecins généralistes selon la réalisation ou non d'un stage de gynécologie durant leur DES.

54,8 % (N=46) des médecins généralistes interrogés n'avaient pas fait de stage de gynécologie, figure 19 en annexe 3.

Pour quelle(s) raison(s) certains médecins généralistes n'ont-ils pas fait de stage de gynécologie ?

Parmi les 46 médecins généralistes n'ayant pas fait de stage de gynécologie :

- 33 (soit 71,7 %) déclaraient ne pas avoir fait de stage de gynécologie car leur maquette de DES leur imposait de faire un choix entre gynécologie ou pédiatrie.
- 12 (soit 26,1 %) disaient ne pas en avoir eu la possibilité, sans donner d'autres précisions.
- 1 (soit 2,2 %) disait avoir préféré faire deux stages en cabinet de médecine générale.

3.1.5.1.2 Formation initiale et formation pratique à la pose de DIU.

Répartition des médecins généralistes selon qu'ils aient bénéficié ou non d'une formation pratique à la pose de DIU pendant leur internat (FPI).

Tableau 6 : Répartition des MG selon la réalisation ou non d'une FPI.

| Formation pratique à la pose de DIU pendant l'internat (FPI) | Nombre de médecins généralistes (N=84) | Pourcentages de médecins généralistes |
|--|--|---------------------------------------|
| Oui | 45 | 53,6 % |
| Non | 39 | 46,4 % |
| Total | 84 | 100 % |

53,6 % (N=45) des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir bénéficié d'une formation pratique à la pose de DIU durant leur formation initiale.

Sur ces 45 médecins généralistes, 13 ont reçu exclusivement une formation pratique initiale (FPI) et 32 ont eu à la fois une formation pratique initiale ET une formation pratique post-internat (FPI ET FPC).

Lieu(x)/Méthode(s) de formation pratique à la pose de DIU durant l'internat.

Les médecins généralistes qui disaient avoir été formés à la pose de DIU durant l'internat, apportaient des précisions sur le(s) lieu(x) de formation.

Les possibilités de formation pratique à la pose de DIU étaient les suivantes :

- chez le médecin généraliste en cabinet, lors du stage praticien niveau 1.
- lors du stage de gynécologie à l'hôpital (= stage mère-enfant), au cours de consultations.
- au cours de consultations au Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) lors du stage de gynécologie ou du stage praticien.
- chez le médecin généraliste en cabinet, lors du stage SASPAS.
- réalisation du Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de formation complémentaire en gynécologie.
- lors de stage en PMI.
- participation à des groupes de FMC non précisés.
- lors de cours (sans précision sur le lieu ni si théorique et/ou pratique).

Le tableau 7 ci-dessous montre la répartition des médecins généralistes en fonction du lieu/méthode de formation pratique à la pose de DIU durant l'internat.

Tableau 7 : Répartition des MG selon le(s) lieu(x)/méthode(s) de FPI.

| Lieu(x)/Méthode(s) de formation pratique à la pose de DIU | Nombre de médecins généralistes (N=45) | Pourcentages de médecins généralistes. |
|--|--|--|
| Médecin Généraliste : stage praticien niveau 1 | 12 | 26,7 % |
| Stage de gynécologie à l'hôpital | 12 | 26,7 % |
| Consultations au CPEF | 3 | 6,7 % |
| DIU de gynécologie | 3 | 6,7 % |
| Médecin Généraliste : SASPAS | 2 | 4,4 % |
| Groupes de FMC | 1 | 2,2 % |
| Médecin Généraliste : stage praticien niveau 1 + Consultations au CPEF | 2 | 4,4 % |
| Médecin Généraliste : SASPAS + Consultations au CPEF | 1 | 2,2 % |
| Stage de gynécologie à l'hôpital + Médecin Généraliste : SASPAS + Stage en PMI + Cours | 1 | 2,2 % |
| Pas de précision sur le(s) lieu(x)/méthode(s) de formation pratique à la pose de DIU | 8 | 17,8 % |
| Total | 45 | 100 % |

45 ont répondu avoir reçu une FPI ; parmi eux 33 déclaraient un lieu de formation, 3 déclaraient deux lieux de formation, 1 déclarait quatre lieux de formation et 8 n'ont pas donné de précision sur le(s) lieu(x) de formation pratique à la pose de DIU.

Parmi ces médecins généralistes (*figure 20 en annexe 4*) :

- 14 (soit 31,1 %) déclaraient avoir été formés chez le médecin généraliste en cabinet, lors du stage praticien niveau 1 +/- un autre lieu, et 12 (soit 26,7 %) uniquement chez le médecin généraliste en cabinet, lors du stage praticien niveau 1.
- 13 (soit 28,9 %) déclaraient avoir été formés lors du stage de gynécologie à l'hôpital +/- un autre lieu et 12 (soit 26,7 %) uniquement lors du stage de gynécologie à l'hôpital.
- 6 (soit 13,3 %) disaient avoir eu une formation pratique lors de consultations au CPEF +/-

autre lieu et 3 (soit 6,7 %) uniquement lors de consultations au CPEF.

- 4 (soit 8,9 %) déclaraient avoir été formés chez le médecin généraliste en cabinet, lors d'un stage SASPAS +/- ailleurs, et 2 (soit 4,4 %) uniquement chez le médecin généraliste en cabinet, lors d'un stage SASPAS.

- 3 (soit 6,7 %) disaient avoir eu une formation pratique au cours du Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de formation complémentaire en gynécologie exclusivement.

- 1 (soit 2,2 %) disait avoir été formé lors de participations à des groupes de FMC exclusivement.

- 1 (soit 2,2 %) disait avoir reçu une formation lors de stage en PMI en plus d'autres lieux de formation, aucun uniquement lors de stage en PMI.

- 1 (soit 2,2 %) disait avoir été formé lors de cours (sans précision sur le lieu ni si théorique et/ou pratique) en plus de d'autres lieux de formation, aucun uniquement lors de cours.

Opinion des médecins généralistes sur la qualité de leur formation initiale pratique (FPI) à la pose de DIU.

Parmi les 84 médecins généralistes de notre étude :

13,1 % (N=11) des médecins généralistes estimaient avoir reçu une formation pratique initiale suffisante, 46,4 % (N=39) l'estimaient insuffisante et 40,5 % (N=34) inexistante.

Le tableau 8 ci-dessous représente l'opinion des médecins généralistes sur la qualité de leur formation pratique initiale (FPI) à la pose de DIU selon qu'ils aient déclaré avoir reçu ou non une formation initiale.

Tableau 8 : Réalisation d'une FPI à la pose de DIU et opinion sur la qualité de celle-ci.

| Opinion sur la qualité de la formation pratique initiale à la pose de DIU | Formation pratique initiale à la pose de DIU | | | | Total médecins généralistes (N=84) |
|---|--|------|-----|------|------------------------------------|
| | Oui | | Non | | |
| | N | % | N | % | |
| Suffisante | 11 | 100 | 0 | 0 | 11 |
| Insuffisante | 32 | 82,1 | 7 | 17,9 | 39 |
| Inexistante | 2 | 5,9 | 32 | 94,1 | 34 |
| Total médecins généralistes (N=84) | 45 | | 39 | | 84 |

3.1.5.2 Formation pratique continue (post-internat) des médecins généralistes à la pose de DIU (FPC).

3.1.5.2.1 Répartition des médecins généralistes.

Le tableau 9 ci-dessous représente la répartition des médecins généralistes de l'étude selon qu'ils se soient formés ou non à la pose de DIU en post-internat.

Tableau 9 : Répartition des MG selon la réalisation ou non d'une FPC.

| Formation pratique à la pose de DIU en post-internat (FPC) | Nombre de médecins généralistes (N=84) | Pourcentages de médecins généralistes |
|--|--|---------------------------------------|
| Oui | 55 | 65,5 % |
| Non | 29 | 34,5 % |
| Total | 84 | 100 % |

65,5 % (N=55) des médecins généralistes disaient s'être formés à la pose de DIU en post-internat contre 34,5 % (N=29) qui déclaraient ne pas s'y être formés.

Sur ces 55 médecins généralistes, 23 se sont formés exclusivement en post-internat (FPC) et 32 ont eu à la fois une FPI ET une FPC.

Les figures 13 et 14 ci-dessous illustrent la répartition des médecins généralistes s'étant ou non formés à la pose de DIU en post-internat en fonction de leur opinion sur la qualité de leur formation pratique initiale d'une part et selon qu'ils aient reçu ou non une formation pratique initiale d'autre part.

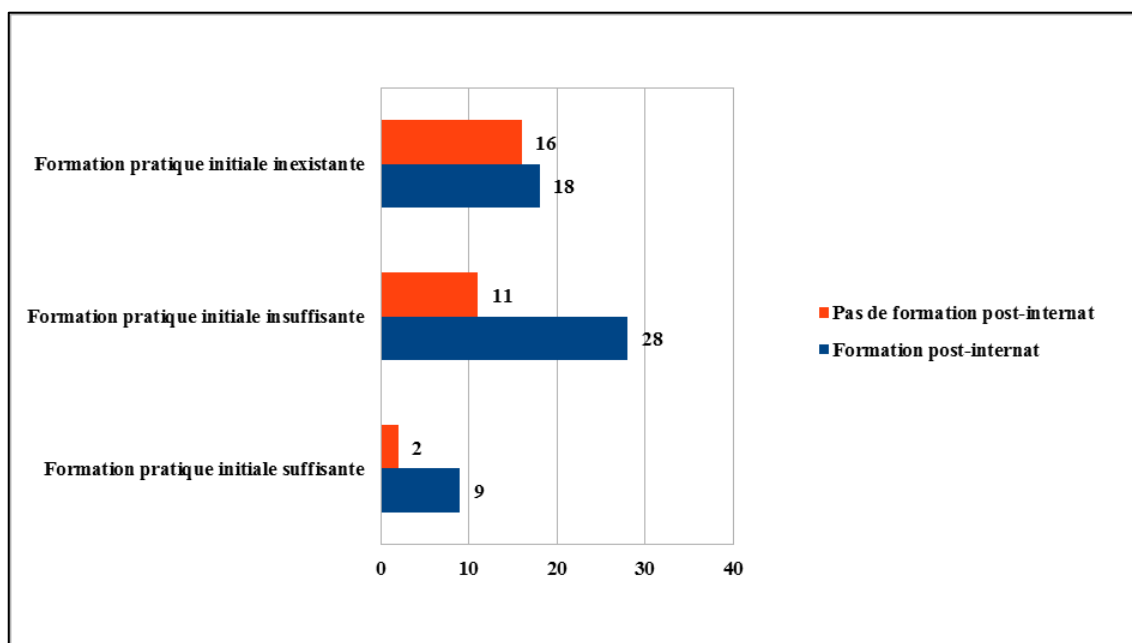


Figure 13 : Réalisation d'une FPC en fonction de l'opinion sur la « qualité » de la FPI.

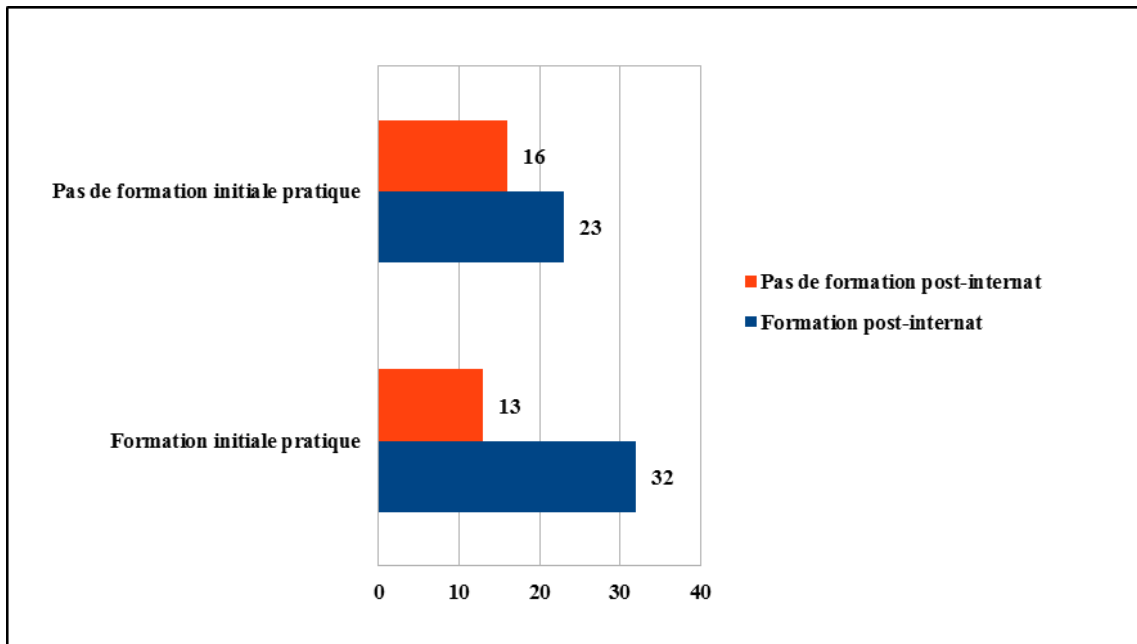


Figure 14 : Réalisation d'une FPC en fonction de la réalisation d'une FPI.

3.1.5.2.2 Méthodes de formation pratique à la pose de DIU en post-internat.

Les médecins généralistes qui disaient s'être formés à la pose de DIU en post-internat apportaient des précisions sur le(s) lieu(x) et/ou méthode(s) de formation.

Les possibilités de formation pratique à la pose de DIU étaient les suivantes :

- formation par compagnonnage avec un(e) confrère/consœur formé(e), c'est à dire en participant avec lui/elle à des consultations de pose de DIU pour observer, apprendre et réaliser soi-même le geste tout en étant supervisé.
- participation à des formations médicales continues (FMC) sur le thème de la contraception.
- réalisation du Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de formation complémentaire en gynécologie.

Le tableau 10 ci-dessous montre la répartition des médecins généralistes en fonction du lieu et/ou méthode de formation pratique à la pose de DIU.

Tableau 10 : Répartition des MG selon la(les) méthode(s) de FPC.

| Méthode(s) de formation pratique à la pose de DIU | Nombre de médecins généralistes (N=55) | Pourcentages de médecins généralistes |
|---|--|---------------------------------------|
| Compagnonnage | 31 | 56,4 % |
| DIU de gynécologie | 10 | 18,2 % |
| FMC sur le thème de la contraception | 8 | 14,5 % |
| Compagnonnage + FMC sur le thème de la contraception | 4 | 7,3 % |
| Compagnonnage + DIU de gynécologie | 1 | 1,8 % |
| FMC sur le thème de la contraception + DIU de gynécologie | 1 | 1,8 % |
| Total | 55 | 100 % |

55 médecins généralistes (soit la totalité des MG ayant déclaré s'être formés en post-internat) ont répondu sur le lieu/méthode de formation post-internat ; 49 déclaraient un seul lieu/méthode de formation et 6 déclaraient deux lieux/méthode de formation.

Parmi ces médecins généralistes (figure 15) :

- 36 (soit 65,5 %) déclaraient s'être formés par compagnonnage (avec un(e) confrère/consœur formé(e)) +/- un autre lieu/méthode, et 31 (soit 56,4 %) exclusivement par compagnonnage (avec un(e) confrère/consœur formé(e)).
- 13 (soit 23,6 %) déclaraient s'être formés en participant à des FMC sur le thème de la contraception +/- un autre lieu/méthode, et 8 (soit 14,5 %) exclusivement en participant à des FMC sur le thème de la contraception.
- 12 (soit 21,8 %) déclaraient s'être formés grâce à la réalisation d'un DIU de gynécologie +/- un autre lieu/méthode, et 10 (soit 18,2 %) exclusivement grâce à la réalisation d'un DIU de gynécologie.

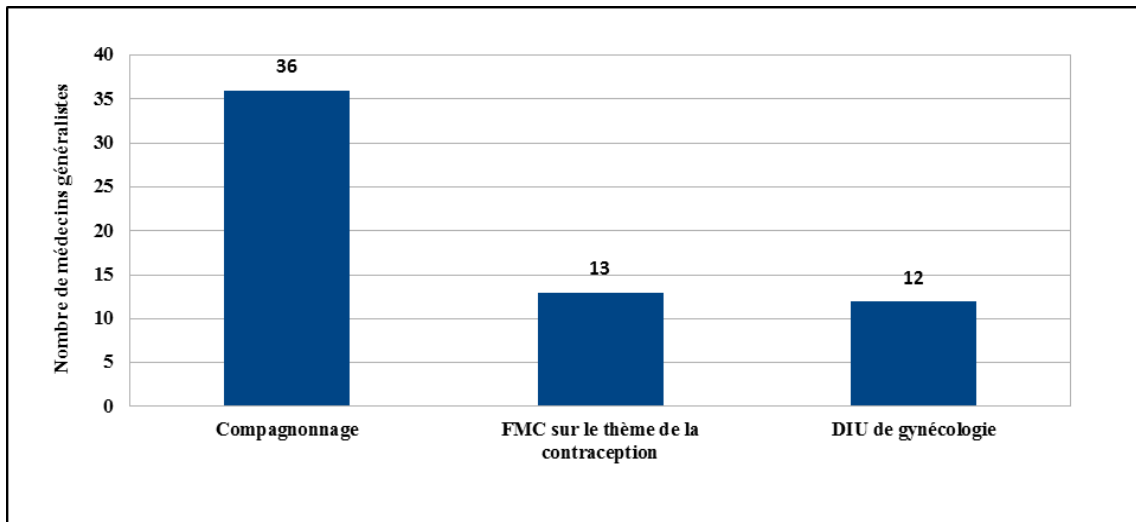


Figure 15 : Nombre de médecins généralistes formés en post-internat par lieu/méthode de formation.

Globalement, le compagnonnage était la méthode de formation pratique à la pose de DIU en post-internat largement majoritairement choisie puis à quasi égalité on retrouvait les FMC sur le thème de la contraception et la réalisation d'un Diplôme Inter-Universitaire de gynécologie.

3.1.5.3 Type(s) de formation à la pose de DIU, internat et post-internat confondus.

Nous avons interrogés les médecins généralistes sur le(s) type(s) de formation à la pose de DIU reçu(s) au cours de leur formation initiale et continue confondues. Celle-ci pouvait être :

- pratique sur des patientes lors de véritables consultations, avec supervision par un autre médecin (médecin généraliste ou gynécologue). C'est à dire en participant à au moins une/des consultation(s) où ils ont pu apprendre et poser eux-mêmes le DIU sous contrôle d'un médecin lui-même formé.
- pratique sur des mannequins, au cours de consultations factices.
- observationnelle, en tant que simple observateur d'un médecin pratiquant ce geste.

Tableau 11 : Type(s) de formation à la pose de DIU.

| Type(s) de formation à la pose (formation initiale et/ou formation continue) | Nombre de médecins généralistes (N=68) | Pourcentage de médecins généralistes |
|--|--|--------------------------------------|
| Formation pratique sur patientes par supervision | 25 | 36,8 % |
| Formation pratique sur mannequins | 3 | 4,4 % |
| Formation par observation | 14 | 20,6 % |
| Formation pratique sur patientes par supervision + Formation pratique sur mannequins | 4 | 5,9 % |
| Formation pratique sur mannequins + Formation par observation | 2 | 2,9 % |
| Pas de précision sur le type de formation | 20 | 29,4 % |
| Total | 68 | 100 % |

68 médecins généralistes ont répondu avoir eu une formation à la pose de DIU (formation initiale et/ou formation continue) ; parmi eux 42 (soit 61,8 %) déclaraient un seul type de formation, 6 (soit 8,8 %) déclaraient deux types de formation et 20 (soit 29,4 %) n'ont pas apporté de précision sur le type de formation reçu.

Parmi ces 68 médecins généralistes (*figure 21 en annexe 5*) :

- 29 (soit 42,7 %) déclaraient avoir reçu une formation pratique sur des patientes lors de véritables consultations, avec supervision par un autre médecin +/- un autre type de formation et 25 (soit 36,8 %) déclaraient avoir reçu exclusivement une formation pratique sur des patientes lors de véritables consultations, avec supervision par un autre médecin.
- 9 (13,2 %) déclaraient avoir reçu une formation pratique, sur des mannequins, au cours de consultations factices +/- un autre de type de formation et seulement 3 (soit 4,4 %) déclaraient avoir reçu exclusivement une formation pratique, sur des mannequins, au cours de consultations factices.
- 16 (soit 23,5 %) déclaraient avoir reçu une formation observationnelle, en tant que simple observateur d'un médecin pratiquant ce geste +/- un autre type de formation et 14 (soit 20,6 %) une formation observationnelle, en tant que simple observateur d'un médecin pratiquant ce geste exclusivement.

3.1.6 Sentiment de compétence à la pose de DIU.

3.1.6.1 Répartition des médecins généralistes selon leur sentiment de compétence à la pose de DIU.

Parmi les médecins généralistes de l'étude (N=84), 43 (soit 51,2 %) se sentaient compétents pour la pose de DIU et 41 (soit 48,8 %) ne se sentaient pas compétents.

3.1.6.2 Répartition des médecins généralistes selon leur sentiment de compétence (= se sentant compétents OU ne se sentant pas compétents) pour la pose de DIU, en fonction de :

3.1.6.2.1 La réalisation ou non d'une formation pratique initiale (FPI) et/ou continue (FPC) à la pose de DIU.

Tableau 12 : Sentiment de compétence et formation pratique à la pose de DIU.

| | FPI exclusivement | FPC exclusivement | FPI et FPC | ni FPI ni FPC | Total MG |
|--|-------------------|-------------------|-------------|---------------|------------|
| Médecins généralistes se sentant compétents | 3 (6,9 %) | 16 (37,2 %) | 22 (51,2 %) | 2 (4,7 %) | 43 (100 %) |
| Médecins généralistes ne se sentant pas compétents | 10 (24,4 %) | 7 (17,1 %) | 10 (24,4 %) | 14 (34,1 %) | 41 (100 %) |
| Total médecins généralistes | 13 | 23 | 32 | 16 | 84 |

Chez les 43 MG qui déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU, 41 (soit 95,3 %) disaient avoir reçu une formation pratique (initiale (FPI) et/ou continue (FPC)), contre 27 (soit 65,9 %) des 41 qui déclaraient ne pas se sentir compétents.

Le tableau 12 ci-dessus détaille la répartition des MG selon leur sentiment de compétence en fonction du mode de formation reçue (FPI et/ou FPC et/ou absence de formation).

3.1.6.2.2 Leur opinion sur la qualité de leur formation initiale (internat) à la pose de DIU.

Concernant leur opinion sur la qualité de cette formation initiale, parmi les 43 médecins généralistes se sentant compétents pour la pose de DIU, 9 (soit 20,9 %) d'entre eux la jugeaient suffisante, 19 (soit 44,2 %) insuffisante et 15 (soit 34,9 %) inexistante.

Parmi les 41 médecins généralistes qui ne se sentaient pas compétents, 2 (soit 4,9 %) d'entre eux la jugeaient suffisante, 20 (soit 48,8 %) insuffisante et 19 (soit 46,3 %) inexistante.

3.1.7 Difficultés rencontrées lors de la pose de DIU et conditions pour rester performant.

3.1.7.1 Difficultés rencontrées lors de la pose de DIU.

Sur les 84 médecins généralistes de l'étude, 62 ont répondu à la question :

- 32 disaient avoir déjà rencontré des difficultés lors de la pose d'un DIU, parmi lesquels 23 déclaraient poser eux-mêmes des DIU.

- 30 disaient ne pas avoir rencontré de difficultés, parmi lesquels 19 déclaraient poser eux-mêmes des DIU.

Autrement dit, sur les 84 médecins généralistes de l'étude, 42 déclaraient poser eux-mêmes des DIU, parmi lesquels 23 (soit 54,8 %) disaient avoir déjà rencontré des difficultés et 19 (soit 45,2 %) ne pas en avoir rencontré.

Aucun des 22 n'ayant pas répondu à la question, n'avait déclaré poser eux-mêmes des DIU.

La figure 16 ci-dessous illustre les types de difficultés rencontrées lors de la pose de DIU.

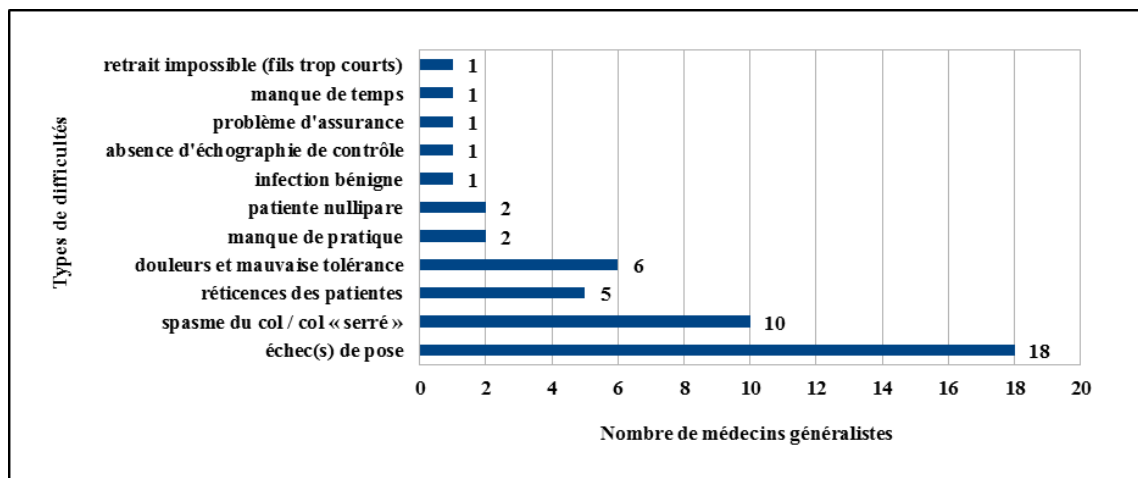


Figure 16 : Types de difficultés rencontrées lors de la pose de DIU.

3.1.7.2 Quelles sont les conditions pour rester performant et réaliser la pose de DIU dans de bonnes conditions?

Tous (N=84) ont répondu à cette question.

Seule une personne s'est dite peu enclin à la pose de DIU en médecine générale. La majorité des médecins généralistes évoquait plusieurs conditions associées.

La figure 17 ci-dessous représente les différentes conditions exprimées par les médecins généralistes pour rester performant dans cette activité de pose de DIU.

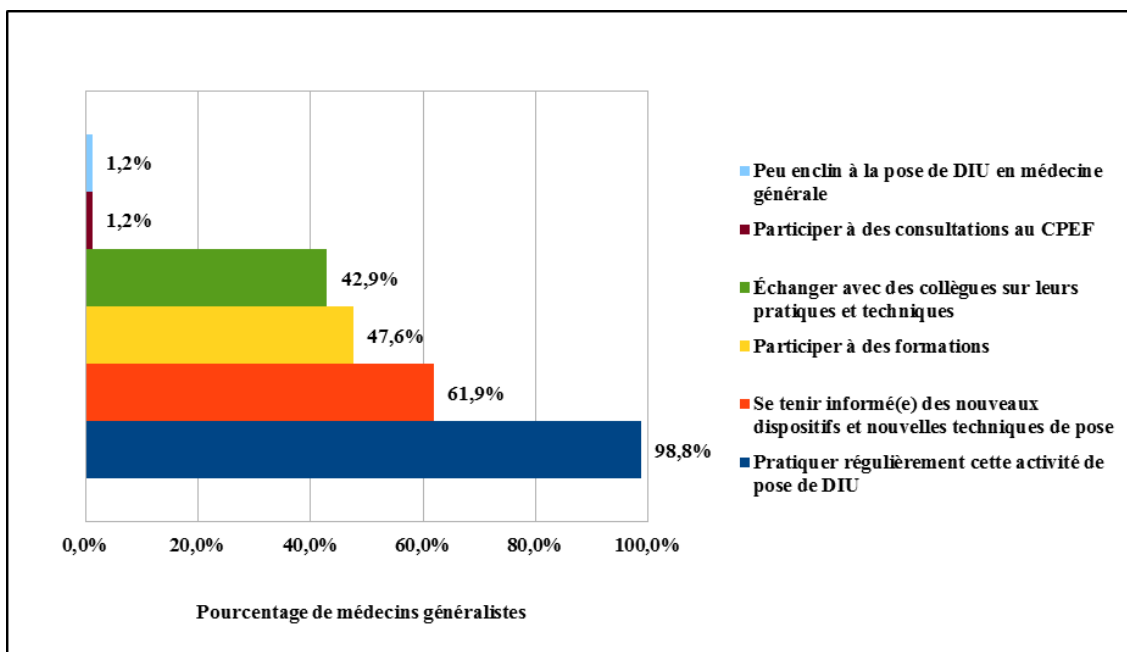


Figure 17 : Conditions exprimées par les MG pour rester performant dans l'activité de pose de DIU.

3.1.8 Besoins de formation à la pose de DIU et propositions.

3.1.8.1 Besoins et demandes de formation des médecins généralistes.

Sur l'ensemble des médecins généralistes de l'étude (N=84) :

- 69 (soit 82,1 %) ont répondu positivement à la question sur la nécessité d'amélioration de la formation pratique à la pose de DIU. Parmi eux 37 disaient avoir reçu une formation pratique initiale (soit 82,2 % (37/45) de ceux ayant reçu une formation pratique initiale), 48 disaient s'être formés en post-internat (soit 87,3 % (48/55) de ceux s'étant formés en post-internat).

- 63 (soit 75 %) ont répondu être intéressés si une formation pratique à la pose de DIU leur était proposée. Parmi eux 30 disaient avoir reçu une formation pratique initiale (soit 66,7 % (30/45) de ceux ayant reçu une formation pratique initiale), 44 disaient s'être formés en post-internat (soit 80 % (44/55) de ceux s'étant formés en post-internat).

3.1.8.2 Propositions et pistes pour améliorer la formation à la pose de DIU:

53 médecins généralistes ont fait des propositions pour améliorer la formation à la pose de DIU.

3.1.8.2.1 Formation initiale :

Propositions :

- rendre obligatoire la réalisation d'un stage de pédiatrie et un de gynécologie.
- rendre impérative la formation pratique aux gestes techniques telle que la pose de DIU (et ce

même si absence de stage de gynécologie).

- créer des ateliers de formation à la pose de DIU sur mannequin.
- créer des journées de formation chez un gynécologue (hospitalier ou libéral) ou au CPEF pour participer à des consultations et se former à la pose de DIU en conditions réelles (par exemple au cours du stage praticien niveau 1).

3.1.8.2.2 Formation continue.

Propositions :

- créer des ateliers de formation à la pose de DIU sur mannequin.
- créer des stages pratiques dédiées à la pose de DIU, de quelques jours, au CPEF/chez un gynécologue (libéral ou hospitalier)/ou chez un médecin généraliste lui-même formé à la pose.
- promouvoir le compagnonnage.
- créer des FMC pratiques sur ce thème / créer des formations de remise à niveau / créer des formations indépendantes des laboratoires pharmaceutiques.

3.2 Statistiques analytiques.

3.2.1 Facteurs pouvant influencer sur la formation pratique à la pose de DIU au cours de :

Pour l'ensemble de cette partie, les facteurs apparaissant significatifs seront représentés en bleu, en « gras » et soulignés.

3.2.1.1 La formation initiale (internat).

Le tableau 13 ci-après étudie les facteurs pouvant avoir une influence sur le fait de recevoir une formation pratique à la pose de DIU durant l'internat (= FPI).

Tableau 13 : Facteurs influant sur le fait de recevoir une formation pratique initiale (= FPI) à la pose de DIU.

| Facteurs influant sur le fait de recevoir une formation pratique initiale à la pose de DIU | p-value | Significativité |
|---|-----------------|-----------------|
| Sexe : - Femmes : 54,4 % (31/57) déclaraient avoir reçu une formation pratique initiale à la pose de DIU - Hommes : 51,9 % (14/27) déclaraient avoir reçu une formation pratique initiale à la pose de DIU | 0,82782# | Non |
| Âge : - ≥ 35 ans : 45,5 % (20/44) déclaraient avoir reçu une formation pratique initiale à la pose de DIU - < 35 ans : 62,5 % (25/40) déclaraient avoir reçu une formation pratique initiale à la pose de DIU | 0,11771# | Non |
| Faculté de formation : - Nantes : 54,7 % (35/64) déclaraient avoir reçu une formation pratique initiale à la pose de DIU - Autres facultés : 50 % (10/20) déclaraient avoir reçu une formation pratique initiale à la pose de DIU | 0,71369# | Non |
| <u>Réalisation d'un stage de gynécologie durant le DES de médecine générale :</u> <u>- Oui : 65, 8 % (25/38) déclaraient avoir reçu une formation pratique initiale à la pose de DIU</u> - Non : 43,5 % (20/46) déclaraient avoir reçu une formation pratique initiale à la pose de DIU | <u>0,04127#</u> | <u>Oui</u> |

La significativité est testée par le test du Chi², les conditions du test étant réunies, avec un risque α de 5 % et $p < 0,05$.

53,6 % (N=45) des médecins interrogés déclaraient avoir reçu une formation pratique initiale (= FPI) à la pose de DIU.

Après application du test du Chi², nous notons que la réalisation d'un stage de gynécologie durant le DES de médecine générale influençait significativement le fait de recevoir une formation pratique initiale à la pose de DIU.

Le sexe, l'âge, la faculté de formation ne montraient pas de différence significative sur le fait de recevoir une formation pratique à la pose de DIU pendant l'internat.

3.2.1.2 La formation continue (post-internat).

De la même manière, nous avons cherché à savoir quels facteurs peuvent influencer le fait de se former (formation pratique) à la pose de DIU en post-internat (= FPC).

Tableau 14 : Facteurs pouvant influencer sur le fait de se former à la pose de DIU en post-internat (= FPC).

| Facteurs pouvant influencer sur le fait de se former (formation pratique) à la pose de DIU en post-internat. | p-value | Significativité |
|---|------------------------|-------------------|
| <p>Sexe : - Femmes : 78,9 % (45/57) déclaraient s'être formées à la pose de DIU en post-internat - Hommes : 37 % (10/27) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat</p> | <u>0,00016#</u> | <u>Oui</u> |
| <p>Âge : ->35 ans : 75 % (33/44) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat -< 35 ans : 55 % (22/40) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat</p> | 0,05416# | Non |
| <p>Ancienneté d'activité : - 0 – 5 ans : (22/36) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - 6 – 10 ans : (33/48) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat</p> | 0,46617# | Non |
| <p>La pose de DIU est un geste de médecine générale : - Oui : 67,5 % (54/80) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - Non : 25 % (1/4) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat</p> | 0,11646§ | Non |
| <p>Mode d'exercice : - Installé(e) : 71,2 % (47/66) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - Remplaçant(e) : 44,4 % (8/18) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat</p> | <u>0,03423#</u> | <u>Oui</u> |
| <p>Lieu d'exercice : - Cabinet de groupe : 65,3 % (49/75) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - Cabinet seul : 60 % (3/5) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - Autres : 75 % (3/4) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat</p> | 1§ | Non |
| <p>Type d'exercice : - Rural : 88 % (22/25) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - Urbain : 66,7 % (16/24) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - Semi-urbain : 48,6 % (17/35) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat</p> | <u>0,00657#</u> | <u>Oui</u> |

| | | |
|---|---------------------------|-------------------|
| Le fait d'avoir une activité annexe à la médecine générale : - Oui : (10/18) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - Non : (45/66) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat | 0,31793# | Non |
| <u>Proportion d'activité de gynécologie :</u> <u>- Importante : 85,7 % (24/28) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat</u> <u>- Moyenne : 77,1 % (27/35) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat</u> - Faible : 19 % (4/21) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat | <u>1,23646E-6#</u> | <u>Oui</u> |
| Distance du cabinet de gynécologie le plus proche : - ≤ 10 km : 59,2 % (29/49) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - >10 km : 74,3 % (26/35) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat | 0,15122# | Non |
| <u>Le fait de prescrire les DIU :</u> <u>- Oui : 74,6 % (50/67) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat</u> - Non : 29,4 % (5/17) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat | <u>0,00046#</u> | <u>Oui</u> |
| <u>Le fait de poser soi-même des DIU :</u> <u>- Oui : 92,9 % (39/42) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat</u> - Non : 38,1 % (16/42) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat | <u>1,30448E-7#</u> | <u>Oui</u> |
| Faculté de formation : - Nantes : 65,6 % (42/64) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - Autres facultés : 65 % (13/20) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat | 0,95907# | Non |
| Réalisation d'un stage de gynécologie durant le DES de médecine générale : - Oui : 76,3 % (29/38) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - Non : 56,5 % (26/46) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat | 0,05754# | Non |
| Le fait d'avoir reçu une formation pratique initiale à la pose de DIU durant le DES : - Oui : 71,1 % (32/45) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - Non : 59 % (23/39) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat | 0,24329# | Non |
| La qualité jugée de la formation initiale reçue : - Suffisante : 81,8 % (9/11) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - Insuffisante (28/39) et/ou Inexistante (18/34) : 63 % (46/73) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat | 0,31564§ | Non |
| <u>Le fait de se sentir compétent(e) pour la pose de DIU :</u> <u>- Oui : 88,4 % (38/43) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat</u> - Non : 41,5 % (17/41) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat | <u>6,18390E-6#</u> | <u>Oui</u> |

| | | |
|--|----------|-----|
| Le fait d'être intéressé par une formation pratique si elle était proposée : - Oui : 69,8 % (44/63) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - Non : 52,4 % (11/21) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat | 0,14499# | Non |
| Le fait de penser qu'il faut améliorer la formation pratique à la pose de DIU : - Oui : 69,6 % (48/69) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat - Non : 46,6 (7/15) déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat | 0,09091# | Non |

La significativité est testée par le test du Chi², les conditions du test étant réunies.

§ La significativité est testée par le test de Fisher, les effectifs étant trop faibles.

65,5 % (N=55) des médecins interrogés déclaraient s'être formés à la pose de DIU en post-internat (= FPC).

Les **femmes** étaient **significativement plus nombreuses** à s'être formées à la pose de DIU en post-internat.

Le fait **d'être installé** (par opposition à remplaçant), **d'exercer en milieu rural** (par opposition à urbain et semi-urbain) et/ou **d'avoir une activité de gynécologie importante et/ou moyenne** (par opposition à faible) avaient **une influence significative positive** sur le fait de se former à la pose de DIU en post-internat.

De même, le fait de **prescrire le DIU et/ou d'en poser soi-même** influait de façon **significative positive** sur la formation pratique post-internat.

Enfin, les médecins généralistes **se sentant compétents pour la pose de DIU** étaient **significativement plus nombreux** à déclarer s'être formés en post-internat que ceux ne se sentant pas compétents.

3.2.2 Formation et sentiment de compétence à la pose de DIU : Quels facteurs peuvent intervenir dans le sentiment de compétence ?

Nous avons ensuite étudié les facteurs pouvant influencer le sentiment de compétence à la pose de DIU des médecins généralistes.

3.2.2.1 Facteurs pouvant influencer sur le sentiment de compétence à la pose de DIU des médecins généralistes.

Tableau 15 : Facteurs pouvant influencer sur le fait de se sentir compétent pour la pose de DIU.

| Facteurs pouvant influencer sur le fait de se sentir compétent pour la pose de DIU | p-value | Significativité |
|--|-----------------|-----------------|
| <p>Sexe : - Femmes : 59,6 % (34/57) déclaraient se sentir compétentes pour la pose de DIU - Hommes : 33,3 (9/27) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,02423# | Oui |
| <p>Âge : - > 35 ans : 59,1 % (26/44) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - < 35 ans : 42,5 % (17/40) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,12869# | Non |
| <p>Ancienneté d'activité : - 5 ans et moins : 44,4 % (16/36) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - entre 6 et 10 ans (inclus) : 56,25 % (27/48) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,28408# | Non |
| <p>La pose de DIU est un geste de médecine générale : - Oui : 53,75 % (43/80) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - Non : 0 % (0/4) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,05248§ | Non |
| <p>Mode d'exercice : - Installé(e) : 56,1 % (37/66) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - Remplaçant(e) : 33,3 % (6/18) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,08728# | Non |
| <p>Lieu d'exercice : - Cabinet de groupe : 53,3 % (40/75) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - Cabinet seul : 40 % (2/5) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - Autres : 25 % (1/4) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,50640§ | Non |
| <p>Type d'exercice : - Rural : 72 % (18/25) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - Urbain : 45,8 % (11/24) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - Semi-urbain : 40 % (14/35) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,04153# | Oui |
| <p>Le fait d'avoir une activité annexe à la médecine générale : - Oui : 55,6 % (10/18) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - Non : 50% (33/66) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,67597# | Non |

| | | |
|--|--------------|-----|
| <p><u>Proportion d'activité de gynécologie :</u> <u>- Importante : 71,4 % (20/28) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</u> <u>- Moyenne : 54,3 % (19/35) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</u> - Faible : 19 % (4/21) déclaraient se sentir compétentes pour la pose de DIU</p> | 0,00123# | Oui |
| <p><u>Le fait de prescrire les DIU :</u> <u>- Oui : 64,2 % (43/67) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</u> - Non : 0 % (0/17) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 2,26845E-6# | Oui |
| <p><u>Le fait de poser soi-même les DIU :</u> <u>- Oui : 95,2 % (40/42) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</u> - Non : 7,1 % (3/42) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 6,67333E-16# | Oui |
| <p>Distance du cabinet de gynécologie le plus proche : - ≤ 10 km : 42,9 % (21/49) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - > 10 km : 62,9 % (22/35) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,07062# | Non |
| <p>Faculté de formation : - Nantes : 53,1 % (34/64) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - Autres facultés : 45 % (9/20) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,52574# | Non |
| <p>Réalisation d'un stage de gynécologie durant le DES de médecine générale : - Oui : 57,9 % (22/38) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - Non : 45,7 % (21/46) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,26388# | Non |
| <p><u>Le fait d'avoir reçu une formation pratique quel que soit le mode : FPI et/ou FPC à la pose de DIU</u> <u>- Oui : 60,3 % (41/68) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</u> - Non : 12,5 % (2/16) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,00058# | Oui |
| <p>Le fait d'avoir reçu une formation pratique initiale à la pose de DIU durant le DES : - Oui : 55,6 % (25/45) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - Non : 46,2 % (18/39) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,38994# | Non |
| <p><u>Opinion sur la qualité de la formation initiale reçue :</u> <u>- Suffisante : 81,8 % (9/11) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</u> - Insuffisante (19/39) et /ou Inexistante (15/34) : 46,6 % (34/73) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 0,02926# | Oui |
| <p><u>Le fait de se former à la pose de DIU en post internat :</u> <u>- Oui : 69,1 % (38/55) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</u> - Non : 17,2 % (5/29) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU</p> | 6,18390E-6# | Oui |

| | | |
|--|----------|-----|
| Le fait d'être intéressé par une formation pratique si elle était proposée : - Oui : 52,4 % (33/63) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - Non : 47,6 % (10/21) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU | 0,70538# | Non |
| Le fait de penser qu'il faut améliorer la formation pratique à la pose de DIU : - Oui : 50,7 % (35/69) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU - Non : 53,3 % (8/15) déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU | 0,85465# | Non |

La significativité est testée par le test du Chi², les conditions du test étant réunies.

§ La significativité est testée par le test de Fisher, les effectifs étant trop faibles.

Les **femmes** étaient **significativement plus nombreuses** à se sentir compétentes pour la pose de DIU.

Le fait d'**exercer en milieu rural** (par opposition à urbain et semi-urbain), d'**avoir une activité de gynécologie importante et/ou moyenne** (par opposition à faible) de même que celui de **prescrire des DIU** et/ou celui d'en **poser soi-même** avaient une **influence significative positive** sur le sentiment de compétence des médecins généralistes.

Le fait **d'avoir reçu une formation pratique à la pose de DIU quel que soit le mode** (FPI et/ou FPC par opposition à l'absence de toute formation) de même **que celui de s'être formé à la pose de DIU en post internat (= FPC)** (par opposition à l'absence de FPC) avaient une **influence significative positive** sur le sentiment de compétence des médecins généralistes à la pose de DIU.

En revanche, le fait d'avoir eu une formation pratique durant l'internat (= FPI) n'avait pas d'influence significative sur le sentiment de compétence des médecins généralistes à la pose de DIU. Toutefois les médecins généralistes qui déclaraient **avoir reçu une formation initiale suffisante** étaient **significativement plus nombreux** à se sentir compétents pour la pose de DIU que ceux déclarant une qualité de formation initiale insuffisante et/ou inexistante.

3.2.2.2 Le mode de formation pratique : initiale (internat) (= FPI) et/ou continue (post-internat) (= FPC) a-t-il une influence sur le sentiment de compétence à la pose de DIU des médecins généralistes ?

Nous avons voulu **comparer** l'influence du mode de formation pratique : initiale (FPI) et/ou continue (FPC) sur le sentiment de compétence à la pose de DIU.

Pour ce faire nous nous sommes donc intéressés **uniquement** aux médecins généralistes ayant eu une formation pratique à la pose de DIU qu'elle soit initiale et/ou continue.

Tableau 16 : Comparaison de l'influence des modes de formation pratique sur le sentiment de compétence.

| Mode de formation à la pose de DIU | Sentiment de compétence | | | | p value | Significativité |
|--|-------------------------|-------------|-----|------|-----------------|-----------------|
| | Oui | | Non | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Formation pratique initiale (FPI) exclusive (N=13) | 3 | 23,1 | 10 | 76,9 | <u>0,00728#</u> | <u>Oui</u> |
| <u>Formation pratique continue (FPC) exclusive (N=23)</u> | <u>16</u> | <u>69,6</u> | 7 | 30,4 | | |
| Formation pratique initiale (FPI) exclusive (N=13) | 3 | 23,1 | 10 | 76,9 | <u>0,00519#</u> | <u>Oui</u> |
| <u>Formation pratique initiale ET Formation pratique continue (N=32)</u> | <u>22</u> | <u>68,8</u> | 10 | 31,2 | | |
| Formation pratique continue (FPC) exclusive (N=23) | 16 | 69,6 | 7 | 30,4 | 0,94855# | Non |
| Formation pratique initiale ET Formation pratique continue (N=32) | 22 | 68,8 | 10 | 31,2 | | |

La significativité est testée par le test du Chi², les conditions du test étant réunies.

Les MG formés en post-internat exclusivement (FPC exclusive) étaient significativement plus nombreux à se sentir compétents pour la pose de DIU comparativement à ceux formés par formation pratique initiale exclusive (FPI exclusive), $p = 0,00728\#$ (donc $p < 0,05$).

De même, les MG ayant reçu à la fois une FPI ET une FPC étaient significativement plus nombreux à se sentir compétents pour la pose de DIU comparativement à ceux ayant reçu une FPI exclusive, $p = 0,00519\#$ (donc $p < 0,05$).

Enfin, nous ne constatons pas de différence significative entre les médecins généralistes formés en post-internat exclusivement (FPC exclusive) et ceux ayant reçu à la fois une FPI ET une FPC, $p = 0,94855$ (donc $p > 0,05$).

3.2.2.3 Le type de formation a-t-il une influence sur le sentiment de compétence des médecins généralistes à la pose de DIU ?

Nous avons cherché à déterminer si le type de formation influence le sentiment de compétence. Ici encore nous nous sommes donc intéressés **uniquement** aux médecins généralistes ayant eu une formation à la pose de DIU qu'elle soit initiale et/ou continue.

Tableau 17 : Influence du type de formation sur le sentiment de compétence.

| Type de formation à la pose (formation initiale et/ou formation continue) | Sentiment de compétence | | | | Total de MG ayant eu une formation à la pose de DIU |
|---|-------------------------|------|-----|------|---|
| | Oui | | Non | | |
| | N | % | N | % | |
| Formation pratique sur patientes par supervision | 18 | 62,1 | 11 | 37,9 | 29 |
| Autres types de formation (sur mannequins et/ ou par observation) | 9 | 47,4 | 10 | 52,6 | 19 |
| Pas de précision sur le type de formation | 14 | 70 | 6 | 30 | 20 |
| Total de médecins généralistes ayant eu une formation à la pose de DIU | 41 | | 27 | | 68 |

42,6 % des médecins généralistes ayant eu une formation à la pose (FPI et/ou FPC) l'ont été par supervision sur patientes.

62,1 % des médecins généralistes ayant été formés par supervision sur patientes déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU contre seulement 47,4 % des médecins généralistes ayant été formés par observation et/ou sur mannequin déclaraient se sentir compétents pour la pose de DIU.

Pendant, nous n'avons pas pu tester la significativité de cette différence car 20 médecins généralistes ayant eu une formation à la pose (FPI et/ou FPC), dont 14 s'estimaient compétents, n'avaient pas donné de précision sur le type de formation reçu.

3.2.2.4 Le(s) lieu(x)/méthode(s) de formation pratique a-t-il une influence sur le sentiment de compétence des médecins généralistes à la pose de DIU ?

Afin de comparer l'influence des lieux/méthodes de formation pratique sur le sentiment de compétence, nous n'avons retenu que les médecins généralistes ayant déclaré **un seul lieu/méthode de formation pratique**.

Les médecins ayant déclaré plusieurs lieux de formation pratique n'ont pas été pris en compte (4 pour la formation initiale et 6 pour la formation continue).

3.2.2.4.1 Les lieux/méthodes de formation pratique à la pose de DIU durant l'internat (FPI).

Tableau 18 : Influence des lieux/méthodes de formation pratique initiale sur le sentiment de compétence.

| Lieux/Méthodes de formation pratique à la pose de DIU durant l'internat | Sentiment de compétence | | | | MG ayant eu une formation à la pose de DIU durant l'internat |
|---|-------------------------|------|-----|------|--|
| | Oui | | Non | | |
| | N | % | N | % | |
| Stage praticien niveau 1 au cabinet | 5 | 41,7 | 7 | 58,3 | 12 |
| Stage de gynécologie à l'hôpital | 4 | 33,3 | 8 | 66,7 | 12 |
| Consultation au CPEF (au cours stage praticien ou stage de gynécologie) | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | 3 |
| DIU de gynécologie | 3 | 100 | 0 | 0 | 3 |
| SASPAS au cabinet | 1 | 50 | 1 | 50 | 2 |
| Participation à des groupes de FMC | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 |
| Pas de précision sur le lieu/méthode de formation | 6 | 75 | 2 | 25 | 8 |

Nous n'avons pas pu comparer statistiquement l'influence des lieux/méthodes de formation pratique durant l'internat, sur le sentiment de compétence des MG à la pose de DIU, du fait d'effectifs insuffisants dans certaines catégories de lieux/méthodes de formation pratique et d'un nombre non négligeable de médecins ayant eu une formation pratique à la pose durant l'internat (N=8) n'ayant pas donné de précision sur le lieu/méthode de formation pratique reçu.

3.2.2.4.2 Les méthodes de formation pratique à la pose de DIU en post-internat (FPC).

Tableau 19 : Influence des méthodes de formation pratique continue sur le sentiment de compétence.

| Méthodes de formation pratique à la pose de DIU en post-internat | Sentiment de compétence | | | | MG ayant eu une formation à la pose de DIU en post-internat |
|--|-------------------------|------|-----|------|---|
| | Oui | | Non | | |
| | N | % | N | % | |
| Compagnonnage | 21 | 67,7 | 10 | 32,3 | 31 |
| Réalisation d'un DIU de gynécologie | 8 | 80 | 2 | 20 | 10 |
| Participation à des FMC | 4 | 50 | 4 | 50 | 8 |

§ La significativité est testée par le test de Fisher, les effectifs étant trop faibles.

Nous n'avons pas noté de différence significative sur le sentiment de compétence à la pose de DIU des médecins généralistes selon la méthode de formation pratique reçue en post-internat, $p = 0,42491\text{\$}$ ($p > 0,05$).

3.2.3 Formation et pratique : Quels facteurs peuvent intervenir dans le fait de pratiquer (ou non) la pose de DIU ?

3.2.3.1 Facteurs pouvant influencer sur le fait de poser des DIU chez les médecins généralistes.

Tableau 20 : Facteurs pouvant influencer sur le fait de poser des DIU chez les médecins généralistes.

| Facteurs pouvant influencer sur le fait de poser des DIU en pratique | p-value | Significativité |
|--|---------------------------|-------------------|
| Sexe : - Femmes : 57,9 % (33/57) déclaraient poser des DIU - Hommes : 33,3 % (9/27) déclaraient poser des DIU | <u>0,03550#</u> | <u>Oui</u> |
| Âge : - ≥ 35 ans : 54,5 % (24/44) déclaraient poser des DIU - < 35 ans : 45 % (18/40) déclaraient poser des DIU | 0,38219# | Non |
| Ancienneté d'activité : - 5 ans et moins : 47,2 % (17/36) déclaraient poser des DIU - entre 6 et 10 ans (inclus) : 52,1 % (25/48) déclaraient poser des DIU | 0,65924# | Non |
| Mode d'exercice : - Installé(e) : 53 % (35/66) déclaraient poser des DIU - Remplaçant(e) : 38,9 % (7/18) déclaraient poser des DIU | 0,28749# | Non |
| Lieu d'exercice : - Cabinet de groupe : 49,3 % (37/75) déclaraient poser des DIU - Cabinet seul : 40 % (2/5) déclaraient poser des DIU - Autres : 75 % (3/4) déclaraient poser des DIU | 0,75367§ | Non |
| Type d'exercice : - Rural : 72 % (18/25) déclaraient poser des DIU - Urbain : 37,5 % (9/24) déclaraient poser des DIU - Semi-Urbain : 42,9 % (15/35) déclaraient poser des DIU | <u>0,02939#</u> | <u>Oui</u> |
| La pose de DIU est un geste de médecine générale : - Oui : 52,5 % (42/80) déclaraient poser des DIU - Non : 0 % (0/4) déclaraient poser des DIU | 0,11602§ | Non |
| Le fait d'avoir une activité annexe à la médecine générale : - Oui : 55,6 % (10/18) déclaraient poser des DIU - Non : 48,5 % (32/66) déclaraient poser des DIU | 0,59485# | Non |
| Proportion d'activité de gynécologie : - Importante : 71,4 % (20/28) déclaraient poser des DIU - Moyenne : 54,3 % (19/35) déclaraient poser des DIU - Faible : 14,3 % (3/21) déclaraient poser des DIU | <u>0,00032#</u> | <u>Oui</u> |
| Distance du cabinet de gynécologie le plus proche : - ≤ 10 km : 38,8 % (19/49) déclaraient poser des DIU - > 10 km : 65,7 % (23/35) déclaraient poser des DIU | <u>0,01491#</u> | <u>Oui</u> |
| Prescription de DIU : - Oui : 62,7 % (42/67) déclaraient poser des DIU - Non : 0 % (0/17) déclaraient poser des DIU | <u>3,89989E-6#</u> | <u>Oui</u> |

| | | |
|--|----------------------------|-------------------|
| Faculté de formation : - Nantes : 53,1 % (34/64) déclaraient poser des DIU - Autres facultés : 40 % (8/20) déclaraient poser des DIU | 0,30551# | Non |
| <u>Réalisation d'un stage de gynécologie durant le DES de médecine générale :</u> - <u>Oui : 63,2 % (24/38) déclaraient poser des DIU</u> - Non : 39,1 % (18/46) déclaraient poser des DIU | <u>0,02837#</u> | <u>Oui</u> |
| <u>Le fait d'avoir reçu une formation pratique quel que soit le mode : FPI et/ou FPC à la pose de DIU</u> - <u>Oui : 60,3 % (41/68) déclaraient poser des DIU</u> - Non : 6,2 % (1/16) déclaraient poser des DIU | <u>0,00010#</u> | <u>Oui</u> |
| Le fait d'avoir reçu une formation initiale pratique à la pose de DIU durant le DES : - Oui : 57,8 % (26/45) déclaraient poser des DIU - Non : 41 % (16/39) déclaraient poser des DIU | 0,12566# | Non |
| <u>La qualité jugée de la formation initiale reçue :</u> - <u>Suffisante : 81,8 % (9/11) déclaraient poser des DIU</u> - Insuffisante 51,3 % (20/39) et/ou Inexistante 38,2 % (13/34) déclaraient poser des DIU : 45,2 % (33/73) | <u>0,02357#</u> | <u>Oui</u> |
| <u>Le fait de s'être formé à la pose de DIU en post internat :</u> - <u>Oui : 70,9 % (39/55) déclaraient poser des DIU</u> - Non : 10,3 % (3/29) déclaraient poser des DIU | <u>1,30447E-7#</u> | <u>Oui</u> |
| <u>Le fait de se sentir compétent(e) pour la pose de DIU :</u> - <u>Oui : 93 % (40/43) déclaraient poser des DIU</u> - Non : 4,9 % (2/41) déclaraient poser des DIU | <u>6,67333E-16#</u> | <u>Oui</u> |
| Le fait d'être intéressé par une formation pratique si elle était proposée : - Oui : 50,8 % (32/63) déclaraient poser des DIU - Non : 47,6 % (10/21) déclaraient poser des DIU | 0,80106# | Non |
| Le fait de penser qu'il faut améliorer la formation pratique à la pose de DIU : - Oui : 49,3 % (34/69) déclaraient poser des DIU - Non : 53,3 % (8/15) déclaraient poser des DIU | 0,77573# | Non |

La significativité est testée par le test du Chi², les conditions du test étant réunies.

§ La significativité est testée par le test de Fisher, les effectifs étant trop faibles.

Là encore, les **femmes** étaient **significativement plus nombreuses** à déclarer poser des DIU.

Le fait **d'exercer en milieu rural** (par opposition à urbain et semi-urbain), d'être **situé à plus de 10 km d'un cabinet de gynécologie** (par opposition à moins de 10 km), **d'avoir une activité de gynécologie importante et/ou moyenne** (par opposition à faible) de même que celui de **prescrire des DIU** et celui de **se sentir compétent** pour la pose de DIU (par opposition à ne pas se sentir compétent) avaient **une influence significative positive** sur le fait de poser des DIU.

Le fait **d'avoir reçu une formation pratique à la pose de DIU quel que soit le mode** (FPI et/ou FPC par opposition à l'absence de toute formation) de même **que celui de s'être formé à la pose de DIU en post internat (=FPC)** (par opposition à l'absence de FPC) avaient **une influence significative positive** sur le fait de poser des DIU.

En revanche, le fait d'avoir eu une formation pratique durant l'internat (= FPI) n'avait pas d'influence significative sur le fait de poser des DIU. Toutefois les médecins généralistes qui déclaraient avoir réalisé un stage de gynécologie durant l'internat (par opposition à l'absence de stage de gynécologie) et/ou avoir reçu une formation initiale suffisante (par opposition à formation initiale insuffisante et/ou inexistante) étaient significativement plus nombreux à poser des DIU.

3.2.3.2 Le mode de formation pratique : initiale (internat) (FPI) et/ou continue (post-internat) (FPC) a-t-il une influence sur le fait de poser des DIU ?

Nous avons voulu **comparer** entre elles, l'influence du mode de formation : initiale (FPI) et/ou continue (FPC) sur le fait de poser des DIU.

Pour ce faire nous nous sommes donc intéressés **uniquement** aux médecins généralistes ayant eu une formation pratique à la pose de DIU qu'elle soit initiale et/ou continue.

Tableau 21 : Comparaison de l'influence des modes de formation pratique sur le fait de poser des DIU.

| Mode de formation à la pose de DIU | Pose DIU | | | | p value | Significativité |
|---|-----------|-------------|-----|------|-----------------|-----------------|
| | Oui | | Non | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Formation pratique initiale (FPI) exclusive (N=13) | 2 | 15,4 | 11 | 84,6 | <u>0,00402#</u> | <u>Oui</u> |
| <u>Formation pratique continue (FPC) exclusive (N=23)</u> | <u>15</u> | <u>65,2</u> | 8 | 34,8 | | |
| Formation pratique initiale (FPI) exclusive (N=13) | 2 | 15,4 | 11 | 84,6 | <u>0,00024#</u> | <u>Oui</u> |
| <u>Formation pratique initiale ET Formation pratique post-internat (N=32)</u> | <u>24</u> | <u>75</u> | 8 | 25 | | |
| Formation pratique continue (FPC) exclusive (N=23) | 15 | 65,2 | 8 | 34,8 | 0,43074# | Non |
| Formation pratique initiale ET Formation pratique post-internat (N=32) | 24 | 75 | 8 | 25 | | |

La significativité est testée par le test du Chi², les conditions du test étant réunies.

Les MG formés en post-internat exclusivement (FPC exclusive) étaient significativement plus nombreux à poser des DIU comparativement à ceux formés par formation pratique initiale exclusive (FPI exclusive), p = 0,00402# (donc p < 0,05).

De même, les MG ayant reçu à la fois une FPI ET une FPC étaient significativement plus nombreux à poser des DIU comparativement à ceux ayant reçu une FPI exclusive, $p = 0,00024\#$ (donc $p < 0,05$).

Enfin, nous ne constatons pas de différence significative entre les médecins généralistes formés en post-internat exclusivement (FPC exclusive) et ceux ayant reçu à la fois une FPI ET une FPC, $p = 0,43074\#$ (donc $p > 0,05$).

3.2.3.3 Le type de formation a-t-il une influence sur le fait de poser des DIU ?

Nous avons cherché à déterminer si le type de formation intervient dans le fait de poser des DIU.

Là encore, nous nous sommes donc intéressés **uniquement** aux médecins généralistes ayant eu une formation à la pose de DIU qu'elle soit initiale et/ou continue.

Tableau 22 : Influence du type de formation sur le fait de poser des DIU.

| Type de formation à la pose (formation initiale et/ou formation continue) | Pose de DIU | | Total de médecins généralistes ayant eu une formation à la pose de DIU |
|---|-------------|-----|--|
| | Oui | Non | |
| Formation pratique sur patientes par supervision | 20 | 9 | 29 |
| Autres types de formation (sur mannequins et/ ou par observation) | 8 | 11 | 19 |
| Pas de précision sur le type de formation | 14 | 6 | 20 |
| Total de médecins généralistes ayant eu une formation à la pose de DIU | 42 | 26 | 68 |

42,6 % des médecins généralistes ayant eu une formation à la pose (formation initiale et/ou formation continue) l'ont été par supervision sur patientes.

69 % des médecins généralistes ayant été formés par supervision sur patientes déclaraient poser des DIU contre seulement 42,1 % des médecins généralistes ayant été formés par observation et/ou sur mannequin.

Cependant, nous n'avons pas pu conclure sur la significativité de cette différence car 20 médecins généralistes ayant eu une formation à la pose (formation initiale et/ou formation continue), dont 14 posaient eux-mêmes des DIU, n'avaient pas donné de précision sur le type de formation reçu.

3.2.3.4 Le(s) lieu(x)/méthode(s) de formation pratique a-t-il une influence sur le fait de poser des DIU ?

Afin de **comparer** l'influence des lieux/méthodes de formation pratique sur le fait de poser des DIU, nous n'avons retenu que les médecins généralistes ayant déclaré **un seul lieu/méthode de formation pratique**.

Les médecins ayant déclaré plusieurs lieux de formation n'ont pas été pris en compte.

3.2.3.4.1 Les lieux/méthodes de formation pratique à la pose de DIU durant l'internat (formation initiale).

Tableau 23 : Influence des lieux/méthodes de formation pratique initiale sur le fait de poser des DIU.

| Lieux/Méthodes de formation pratique à la pose de DIU durant l'internat | Pose DIU | | | | MG ayant eu une formation à la pose de DIU durant l'internat |
|---|----------|------|-----|------|--|
| | Oui | | Non | | |
| | N | % | N | % | |
| Stage praticien niveau 1 au cabinet | 4 | 33,3 | 8 | 66,7 | 12 |
| Stage de gynécologie à l'hôpital | 6 | 50 | 6 | 50 | 12 |
| Consultation au CPEF (au cours stage praticien ou stage de gynécologie) | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | 3 |
| DIU de gynécologie | 3 | 100 | 0 | 0 | 3 |
| SASPAS au cabinet | 1 | 50 | 1 | 50 | 2 |
| Participation à des groupes de FMC | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 |
| Pas de précision sur le lieu/méthode de formation | 6 | 75 | 2 | 25 | 8 |

Nous n'avons pas pu comparer statistiquement l'influence des lieux/méthodes de formation pratique durant l'internat, sur le fait de poser des DIU, du fait d'effectifs insuffisants dans certaines catégories de lieux/méthodes de formation pratique et d'un nombre non négligeable de médecins ayant eu une formation pratique à la pose durant l'internat (N=8) n'ayant pas donné de précision sur le lieu/méthode de formation pratique reçu.

3.2.3.4.2 Les méthodes de formation pratique à la pose de DIU en post-internat (formation continue).

Tableau 24 : Influence des méthodes de formation pratique continue sur le fait de poser des DIU.

| Méthodes de formation pratique à la pose de DIU en post-internat | Pose DIU | | | | MG ayant eu une formation à la pose de DIU en post-internat |
|--|----------|----|-----|----|---|
| | Oui | | Non | | |
| | N | % | N | % | |
| Compagnonnage | 22 | 71 | 9 | 29 | 31 |
| Réalisation d'un DIU de gynécologie | 9 | 90 | 1 | 10 | 10 |
| Participation à des FMC | 4 | 50 | 4 | 50 | 8 |

§ La significativité est testée par le test de Fisher, les effectifs étant trop faibles.

Nous n'avons pas noté de différence significative sur le fait de poser des DIU selon la méthode de formation pratique reçue en post-internat, $p = 0,19790$ § ($p > 0,05$).

3.2.4 Formation pratique, sentiment de compétence et pose de DIU : Y a-t-il une corrélation entre la formation pratique, le sentiment de compétence et le fait de poser des DIU ?

Tableau 25 : Comparaison de l'influence du mode de formation pratique : initiale et/ou continue et/ou absence de formation sur le sentiment de compétence/fait de poser des DIU.

| | Sentiment de compétence % | | p | Pose DIU % | | p |
|---|--------------------------------|-------------|--|--------------------------------|-------------|---|
| | Oui | Non | | Oui | Non | |
| NI formation pratique initiale NI formation pratique continue (N=16) | 12,5 (N=2) | 87,5 (N=14) | <u>0,00058#</u> (<u><0,05</u>) | 6,2 (N=1) | 93,8 (N=15) | <u>0,00010#</u> (<u><0,05</u>) |
| <u>Formation pratique quel que soit le mode (FPI exclusive et/ou FPC exclusive et/ou FPI ET FPC) (N=68)</u> | <u>60,3</u> (<u>N=41</u>) | 39,7 (N=27) | | <u>60,3</u> (<u>N=41</u>) | 39,7 (N=27) | |
| Formation pratique initiale exclusive (N=13) | 23,1 (N=3) | 76,9 (N=10) | 0,63218§ | 15,4 (N=2) | 84,6 (N=11) | 0,57307§ |
| NI formation pratique initiale NI formation pratique continue (N=16) | 12,5 (N=2) | 87,5 (N=14) | | 6,2 (N=1) | 93,8 (N=15) | |
| <u>Formation pratique continue exclusive (N=23)</u> | <u>69,6</u> (<u>N=16</u>) | 30,4 (N=7) | <u>0,00044#</u> (<u><0,05</u>) | <u>65,2</u> (<u>N=15</u>) | 34,8 (N=8) | <u>0,00023#</u> (<u><0,05</u>) |
| NI formation pratique initiale NI formation pratique continue (N=16) | 12,5 (N=2) | 87,5 (N=14) | | 6,2 (N=1) | 93,8 (N=15) | |
| <u>Formation pratique initiale ET Formation pratique continue (N=32)</u> | <u>68,8</u> (<u>N=22</u>) | 31,2 (N=10) | <u>0,00024#</u> (<u><0,05</u>) | <u>75</u> (<u>N=24</u>) | 25 (N=8) | <u>6,96895E-6#</u> (<u><0,05</u>) |
| NI formation pratique initiale NI formation pratique continue (N=16) | 12,5 (N=2) | 87,5 (N=14) | | 6,2 (N=1) | 93,8 (N=15) | |

3.2.4.1 Corrélation entre réalisation d'une formation pratique (formation initiale et/ou continue) et sentiment de compétence ?

Les MG n'ayant bénéficié d'aucune formation étaient significativement moins nombreux à se sentir compétents pour la pose de DIU comparativement à ceux ayant bénéficié d'une formation pratique quel que soit son mode, $p = 0,00058\#$ ($p < 0,05$).

La comparaison du sentiment de compétence chez les MG ayant eu **uniquement une formation pratique initiale (FPI exclusive)** et chez ceux **n'ayant bénéficié d'aucune formation** ne montrait **pas de différence significative** entre ces deux populations. Autrement dit, la formation initiale seule n'augmentait pas significativement le sentiment de compétence.

Les MG ayant reçu exclusivement une formation pratique continue (FPC exclusive) étaient significativement plus nombreux à se sentir compétents pour la pose de DIU comparativement à **ceux n'ayant bénéficié d'aucune formation**, $p = 0,00044\#$ ($p < 0,05$). Autrement dit, la FPC exclusive augmentait significativement le sentiment de compétence.

De la même façon, les MG ayant bénéficié de l'association formation pratique initiale (FPI) ET formation pratique continue (FPC) étaient significativement plus nombreux à se sentir compétents pour la pose de DIU comparativement à **ceux n'ayant bénéficié d'aucune formation**, $p = 0,00024\#$ ($p < 0,05$).

3.2.4.2 Corrélation entre réalisation d'une formation pratique (formation initiale et/ou continue) et pose de DIU.

Les MG n'ayant bénéficié d'aucune formation étaient significativement moins nombreux à poser des DIU comparativement à ceux ayant bénéficié d'une formation pratique quel que soit son mode, $p = 0,00010\#$ ($p < 0,05$).

La comparaison du taux de MG poseurs de DIU chez ceux **ayant eu uniquement une formation pratique initiale (FPI exclusive)** et chez ceux **n'ayant bénéficié d'aucune formation** ne montrait **pas de différence significative**. Autrement dit, la formation initiale seule n'influait pas significativement la pratique de pose de DIU chez les médecins généralistes.

Les MG ayant reçu exclusivement une FPC étaient significativement plus nombreux à poser des DIU que ceux **n'ayant bénéficié d'aucune formation**, $p = 0,00023\#$ (donc $p < 0,05$). Autrement dit, la FPC exclusive influait significativement la pratique de la pose de DIU.

De la même façon, les MG ayant bénéficié de l'association formation pratique initiale (FPI) ET formation pratique continue (FPC) étaient significativement plus nombreux à poser des DIU que ceux **n'ayant bénéficié d'aucune formation**, $p = 6,96895E-6\#$ (donc $p < 0,05$).

3.2.4.3 Formation pratique, sentiment de compétence, pose de DIU et facteurs d'influence.

Tableau 26 : Formation pratique, sentiment de compétence, pose de DIU et facteurs d'influence.

| | FPI % | | p value | FPC % | | p value | Sentiment compétence % | | p value | Pose DIU % | | p value |
|------------------------------------|--------------|--------------|------------------------|---------------------|---------------------|--|------------------------|---------------------|---|---------------------|--------------|---|
| | Oui | Non | | Oui | Non | | Oui | Non | | Oui | Non | |
| Femmes N=57 | 54,4 N=31 | 45,6 N=26 | 0,8278 2 (>0,05) | <u>78,9</u> N=45 | 21,1 N=12 | <u>0,0001</u> <u>6</u> (<u><0,05</u>) | <u>59,6</u> N=34 | 40,4 N=23 | <u>0,02423</u> (<u><0,05</u>) | <u>57,9</u> N=33 | 42,1 N=24 | <u>0,03550</u> (<u><0,05</u>) |
| Hommes N=27 | 51,9 N=14 | 48,1 N=13 | | 37 N=10 | 63 N=17 | | 33,3 N=9 | 66,7 N=18 | | 33,3 N=9 | 66,7 N=18 | |
| Exercice rural N=25 | | | | <u>88</u> N=22 | 12 N=3 | <u>0,0065</u> <u>7</u> (<u><0,05</u>) | <u>72</u> N=18 | 28 N=7 | <u>0,04153</u> (<u><0,05</u>) | <u>72</u> N=18 | 28 N=7 | <u>0,02939</u> (<u><0,05</u>) |
| Exercice urbain N=24 | | | 66,7 N=16 | 33,3 N=8 | 45,8 N=11 | | 54,2 N=13 | 37,5 N=9 | | 62,5 N=15 | | |
| Exercice semi-urbain N=35 | | | 48,6 N=17 | 51,4 N=18 | 40 N=14 | | 60 N=21 | 42,9 N=15 | | 57,1 N=20 | | |
| Prescription de DIU N=67 | | | | <u>74,6</u> N=50 | 25,4 N=17 | <u>0,0004</u> <u>6</u> (<u><0,05</u>) | <u>64,2</u> N=43 | 35,8 N=24 | <u>2,26845</u> <u>E-6</u> (<u><0,05</u>) | <u>62,7</u> N=42 | 37,3 N=25 | <u>3,89989</u> <u>E-6</u> (<u><0,05</u>) |
| Pas de prescription de DIU N=17 | | | 29,4 N=5 | 70,6 N=12 | 0 N=0 | | 100 N=17 | 0 N=0 | | 100 N=17 | | |
| Part gynéco importante N=28 | | | | <u>85,7</u> N=24 | 14,3 N=4 | <u>1,2364</u> <u>6</u> <u>E-6</u> (<u><0,05</u>) | <u>71,4</u> N=20 | 28,6 N=8 | <u>0,00123</u> (<u><0,05</u>) | <u>71,4</u> N=20 | 28,6 N=8 | <u>0,00032</u> (<u><0,05</u>) |
| Part gynéco moyenne N=35 | | | <u>77,1</u> N=27 | 22,9 N=8 | <u>54,3</u> N=19 | | 45,7 N=16 | <u>54,3</u> N=19 | | 45,7 N=16 | | |
| Part gynéco faible N=21 | | | 19 N=4 | 81 N=17 | 19 N=4 | | 81 N=17 | 14,3 N=3 | | 85,7 N=18 | | |

Le fait d'être une **femme** MG, le fait **d'exercer en milieu rural**, le fait **d'avoir une activité de**

gynécologie importante et/ou moyenne et le fait de prescrire des DIU avaient une influence significative positive sur le fait de se former à la pose de DIU en post-internat (= FPC), sur le fait de se sentir compétent pour la pose de DIU et sur le fait de poser soi-même des DIU.

4 Discussion

4.1 Discussion de la méthode

4.1.1 Le questionnaire et sa diffusion.

Nous avons recueilli 90 questionnaires dont 84 analysables, entre septembre 2014 et novembre 2014, sur les 199 questionnaires envoyés, ce qui constitue un taux de réponses de 42,2 %.

Il s'agit d'un auto-questionnaire, donc d'une auto-évaluation par les MG concernant leur formation pratique (initiale et continue), leur sentiment de compétence et leur pratique de la pose de DIU. Ce mode d'enquête est par conséquent limité au système déclaratif et donc à une possible subjectivité. Cependant, l'anonymat des questionnaires doit garantir un maximum d'objectivité dans les réponses données.

Concernant le type de questions, nous avons choisi de privilégier les questions fermées afin de faciliter les réponses et leur analyse.

Nous avons décidé de diffuser le questionnaire et de recueillir les réponses par courriel car cela nous semble être la méthode la plus pertinente pour obtenir un maximum de réponses. En effet cette dernière permet d'une part de garantir l'anonymat des réponses et d'autre part d'obtenir des réponses rapidement, tout en laissant la personne libre de choisir son moment pour répondre.

Par ailleurs, afin de pouvoir comparer l'influence sur le sentiment de compétence d'une part et sur le fait de poser des DIU d'autre part, des lieux/méthodes de formation pratique à la pose de DIU durant l'internat, nous avons dû ne retenir que les MG en ayant déclaré un seul. Nous avons fait de même pour la formation pratique post-internat. Ceci a donc pu engendrer un biais de mesure. A posteriori, il aurait été préférable de préciser la question en demandant au MG ayant reçu une formation pratique durant l'internat et/ou en post-internat, quel(le) lieu/méthode a été pour lui « le plus formateur », et permettre ainsi une réponse unique.

4.1.2 Population étudiée et sujet : choix et profil.

Notre étude a été menée chez les MG de Loire-Atlantique, en activité (installés ou remplaçants) depuis dix ans et moins. Cette période de dix ans et moins a été choisie délibérément car elle permet d'avoir le recul suffisant et nécessaire pour pouvoir étudier à la fois la formation pratique initiale (internat) et continue (post-internat) des médecins généralistes à la pose de DIU et son impact dans la pratique quotidienne. De plus, en choisissant de répertorier l'ensemble des MG

nouvellement inscrit à l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique entre janvier 2004 et décembre 2013, nous pouvons espérer obtenir une majorité de MG ayant bénéficié de l'internat de médecine générale créée en 2004 (33 ; 34).

En outre, nous avons pour partie choisi ce sujet face au constat préoccupant de la diminution progressive, conséquente et continue des effectifs de gynécologues médicaux et donc de la sollicitation croissante des MG. Or, c'est bien cette population de MG en début d'activité qui va se trouver impactée par cette pénurie, d'où le choix de cette période de dix ans et moins d'activité.

Plusieurs travaux de thèses (35 ; 36 ; 37) ont étudié la formation reçue en gynécologie-obstétrique au cours de l'internat de médecine générale et tous ont montré que cette dernière était insuffisante. Dans notre étude, nous avons décidé d'insister sur la partie pratique de la formation (par opposition à théorique) à un geste technique de gynécologie qu'est la pose de DIU, et ce au cours de l'internat (formation initiale) et en post-internat (formation continue). Notre décision de travailler sur la pose des DIU s'est faite suite à plusieurs constats que sont, la part encore trop faible de MG pratiquant cet acte (23 ; 37), l'essor des demandes de poses depuis fin 2012 (19) et son efficacité prouvée (20) qui fait de lui un moyen de contraception (sauf contre-indication) dont il serait dommage de se priver.

L'établissement d'une liste de l'ensemble des MG de Loire-Atlantique en activité depuis dix ans et moins, ne s'est pas fait sans difficulté. Nous nous sommes heurtés à de nombreux refus quant à l'obtention d'une telle liste pour clause de confidentialité, de respect de la Loi Informatique et Libertés, que ce soit de la part du Conseil l'Ordre des médecins, du Département de Médecine Générale de Nantes ou encore du Syndicat des Internes de Médecine Générale de l'Ouest (SIMGO).

Nous avons donc dû pour établir une telle liste, analyser un à un l'ensemble des bulletins trimestriels d'inscription au Conseil de l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique, de la période comprise entre janvier 2004 et décembre 2013, récupérés aux archives du conseil de l'Ordre des médecins.

Outre le caractère fastidieux, ceci aurait pu générer un biais de sélection lié au fait que nous ne puissions avoir la certitude qu'il s'agisse d'une première inscription et donc avoir une liste comportant, en plus, des MG ayant plus de dix ans d'activité. Finalement cela n'a pas eu de conséquence sur les résultats puisque, d'une part, le questionnaire a été envoyé avec un message stipulant bien à qui s'adressait l'étude et, d'autre part, aucun des questionnaires reçus n'a été rempli par un MG de plus de dix ans d'activité. Notons également que le fait d'être en activité depuis plus de dix ans est l'un des critères d'exclusion.

Un autre critère d'exclusion retenu a été de retirer les MG pour lesquels aucune adresse internet n'a pu être récupérée. Ceci a pu engendrer un biais de sélection en nous privant ainsi d'une partie des MG de la liste préalablement établie.

Tous ces soucis de listes et/ou diffusion de questionnaires aux médecins ne seront peut-être plus que de mauvais souvenirs, puisqu'il semblerait que, depuis décembre 2014-janvier 2015, le Conseil de l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique accepte de diffuser lui-même des questionnaires de thèse.

L'échantillon de l'étude a été considéré comme représentatif de la population des MG de Loire-Atlantique en activité depuis dix ans et moins, sur la base de la répartition femmes/hommes, avec une composition similaire (tableau 1, figure 1) :

- 67,9 % de femmes dans l'échantillon contre 67,6 %.
- 32,1 % d'hommes dans l'échantillon contre 32,4 %.

Les autres caractéristiques n'ont pu être testées du fait de l'absence de moyens suffisants pour se procurer de telles données.

Concernant notre échantillon, l'âge moyen des MG est de 35,8 ans, avec respectivement une moyenne de 35,4 ans pour les femmes et de 36,9 ans pour les hommes (figures 1, 2, 3 et 4). L'ancienneté d'activité moyenne est de 6,1 ans (figure 5).

Plus des trois-quarts (76,2 %) des MG de notre étude ont effectué leur internat à la Faculté de médecine de Nantes, les 23,8 % restant se répartissent sur 10 autres Facultés de médecine en France.

Près de 80 % d'entre eux sont installés (figure 8). Cette répartition installés/remplaçants semble en accord avec les données nationales puisque selon les sources, l'âge moyen de 1^{re} installation est compris entre 35 et 39 ans, avec un âge moyen de 1^{re} inscription à l'Ordre en 2013 de 34 ans et une durée moyenne de remplacement de 2,6 ans (7 ; 38).

La très grande majorité exerce en cabinet de groupe (89,3 %), ce qui là encore reflète bien l'évolution actuelle de la pratique de la médecine générale.

Enfin, près de la moitié (41,7 %) a une activité semi-urbaine et moins d'un quart, une activité annexe à la médecine générale.

Tous ces paramètres seront repris au cours de notre étude pour analyser leur influence dans la formation pratique initiale et/ou continue, le sentiment de compétence et la pratique de la pose de DIU.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Activité de gynécologie et de contraception des médecins généralistes de Loire-Atlantique en activité depuis ≤ 10 ans.

La totalité des médecins généralistes de notre étude déclare avoir une pratique de la gynécologie et de contraception (tableau 2). Ceci est en accord avec les définitions faites de la médecine générale par la WONCA (1 ; 2) et les référentiels métiers et compétences des médecins généralistes (3), selon lesquelles la pratique de la gynécologie est une compétence du médecin généraliste. Cela concorde également avec les résultats de la thèse d'Alice De Verbizier, dans laquelle 93 % des médecins répondants déclaraient être amenés à réaliser des actes de gynécologie et 89 % être sollicités pour des actes de contraception (24).

La part de cette activité est variable selon les médecins généralistes interrogés (tableau 2).

Les femmes ont une activité gynécologique significativement plus importante que les hommes (tableau 3).

En effet, tous les médecins déclarant avoir une activité gynécologique importante sont des femmes, alors que 90,5 % des médecins déclarant une part faible d'activité gynécologique sont des hommes. La quasi-totalité des femmes MG (95,6 %) déclarent avoir une activité de gynécologie importante et/ou moyenne. Pour les hommes c'est l'inverse, 70,4 % d'entre eux déclarent avoir une activité de gynécologie faible.

Cette répartition variable selon le genre se retrouve également dans le travail de thèse de Sabrina Dias, où 79,2 % des femmes ont une activité de gynécologie à plus de 10 % de leur activité globale contre 18,4 % des hommes (39).

Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer ces résultats, à savoir, une part plus importante de demandes des patientes vers des médecins femmes ou encore un plus grand intérêt des femmes MG pour cette activité qu'est la gynécologie.

Ainsi, la féminisation de la médecine générale (6 ; 7), associée à une pratique plus importante de la gynécologie par les femmes MG, pourraient être un début de réponse à la pénurie annoncée des gynécologues médicaux.

La part d'activité de gynécologie est quasi similaire selon l'âge. Aussi l'âge, contrairement au genre, ne semble pas être discriminant (tableau 4). Cependant cette absence de différence notable peut s'expliquer par le fait que notre population d'étude est en grande partie constituée de jeunes MG, avec une moyenne d'âge de 35,8 ans. Dans son travail, Sabrina Dias (39) remarque que « les jeunes médecins généralistes réalisent plus d'actes de gynécologie que leurs aînés. La moyenne d'âge des médecins est cette fois de 51,8 ans, le plus jeune ayant 30 ans et le plus âgé 74 ans ».

Ainsi, l'implication des jeunes MG dans le domaine de la gynécologie semble plus élevée et

pourrait être due à une formation plus importante de ces derniers dans ce domaine, soulignant au passage l'importance d'une formation adaptée. La féminisation du métier de MG pourrait également être une explication.

La totalité des MG de notre étude a une activité de contraception et notamment de prescription de contraception.

La pilule contraceptive fait toujours partie de leur arsenal de prescription (100 % d'entre eux prescrivent la pilule contraceptive) et 85,7 % prescrivent au minimum deux types de contraception, dont la pilule contraceptive (tableau 5 et figure 9).

Près de 80% des MG déclarent prescrire des DIU, avec une légère préférence pour le DIU hormonal. En effet ceux qui prescrivent le DIU au cuivre comptent tous le DIU hormonal dans leur trousse de prescription, la réciproque n'étant pas vraie. Ils sont près des trois-quarts à prescrire l'implant et moins d'un quart prescrivent d'autres moyens de contraception (anneau, patch, préservatif, contraception définitive) (figure 9).

Dans la thèse de Laurianne Michelet-Bretauudeau en 2010 (23), 96,8 % des MG prescrivent la pilule contraceptive, mais seulement 48,4 % prescrivent le DIU, et 35,5 % l'implant progestatif. Dans celle d'Alice De Verbizier en 2011 (24), l'ensemble des MG déclarent prescrire la pilule contraceptive mais seulement 22,8 % disent être amenés à prescrire des DIU.

Ainsi, si la pilule semble faire l'unanimité au sein des MG, les résultats concernant la prescription de DIU et des autres moyens contraceptifs restent très variables. Aussi ces différentes études peuvent suggérer, d'une part, l'existence de « failles » dans les connaissances et la formation quant à l'utilisation des autres moyens de contraception dont le DIU et être un frein à sa prescription et, d'autre part, une tendance à l'amélioration au vue de nos résultats qui sont plutôt encourageants. De façon logique, les médecins prescrivent essentiellement ce qu'ils connaissent et maîtrisent. Il semble donc nécessaire d'élargir leur formation quant à l'apprentissage des gestes techniques et notamment la pose de DIU, afin qu'ils puissent proposer l'ensemble des méthodes de contraception à leurs patientes et répondre au mieux à leurs attentes. Rappelons que le MG est le médecin de 1^{er} recours, il se doit donc de favoriser l'accès à tous les moyens de contraception. Ainsi, même si l'on peut aisément concevoir qu'une partie des MG puisse ne pas (ou peu) se sentir concernée par ces questions de contraception et de DIU du fait d'un manque de sollicitation ; il n'empêche que tous doivent avoir été formés pour pouvoir au minimum donner une information éclairée sur ce moyen de contraception.

4.2.2 Les médecins généralistes de Loire-Atlantique en activité depuis ≤ 10 ans et le(s) DIU.

Selon la définition de la médecine générale, la pratique gynécologique fait partie des compétences du médecin généraliste, lequel se doit donc d'en connaître les gestes techniques

(1 ; 2 ; 3). Nos résultats sont en accord avec cette définition puisque la quasi-totalité des médecins interrogés (95,2 %) considère que la pose de DIU est un geste de médecine générale. Ces résultats rejoignent ceux de la thèse de Marie De Castelbajac (25), où 96 % des internes de médecine générale de Nantes considèrent que la pose d'un DIU est un geste de médecine générale.

Cependant, notre travail montre un écart entre le fait de considérer la pose de DIU comme étant un geste de médecine générale et la pratique, tant dans la prescription que dans la pose elle-même. En effet, si 95,2 % des MG considèrent que la pose de DIU est un geste de médecine générale, seulement 79,8 % disent le prescrire et 50 % le poser eux-mêmes (figure 10). Cette différence peut s'expliquer en partie, comme nous allons le développer ensuite, par un défaut de formation et notamment de formation pratique. Ainsi, selon l'HAS, « au regard de sa très bonne efficacité et de son taux d'utilisation en France paradoxalement assez faible chez les femmes jeunes, le groupe de travail recommande, afin que l'accès au DIU soit facilité, que son utilisation soit mieux connue et que ses bonnes pratiques de pose fassent l'objet d'un enseignement » (20).

Dans notre étude 79,8 % des MG disent prescrire le DIU. Seuls les médecins déclarant prescrire les DIU déclarent les poser eux-mêmes, soit 62,7 % des MG prescripteurs et 50 % de l'ensemble des MG de notre étude (figure 10). Cet écart entre médecins prescripteurs et médecins poseurs se retrouve également dans le travail de thèse d'Alice De Verbizier (24) où sur les 22,8 % MG qui prescrivent des DIU, seuls 36,6 % d'entre eux les posent, soit seulement 8,3 % de l'ensemble des médecins participants. De même dans le travail de Laurianne Michelet-Bretonneau en 2010 (23) où sur les 48,4 % de MG prescripteurs, seuls 40 % d'entre eux les posent, soit seulement 19,4 % de l'ensemble des MG interrogés.

Comment expliquer cet écart ?

Notons par ailleurs que les femmes MG sont plus nombreuses que les hommes à prescrire (87,7 % contre 63 %) et à poser des DIU (57,9 % contre 33,3 %). Aussi, du fait de la féminisation de la profession de MG (6 ; 7), on peut espérer que dans l'avenir plus de DIU seront prescrits et posés par les MG.

Les raisons évoquées au fait de ne pas pratiquer la pose de DIU sont diverses et la majorité des médecins généralistes évoque plusieurs raisons associées (figure 11)

En premier lieu, une large majorité des médecins non poseurs évoque un manque de formation (formation insuffisante et/ou inadaptée) et/ou absence de formation. En effet, 83,3 % d'entre eux évoquent un manque de formation/besoin de formation complémentaire et/ou disent ne pas y

avoir été formés.

Vient ensuite la peur sur le plan médico-légal pour 40,5 % d'entre eux, puis la peur de l'échec ou des problèmes d'assurance ou bien encore l'absence de matériel adéquat pour 21,4 %.

D'autres évoquent un geste trop long à réaliser (16,7 %), disent s'en remettre à un confrère de leur cabinet (9,5 %), évoquent des réticences de la part des patientes et le manque de demande ou bien tout simplement ne pas souhaiter pratiquer ce geste (7,1 %).

Dans le travail de thèse d'Alice De Verbizier (24), les raisons évoquées par les médecins généralistes sont similaires, avec là aussi en tête à une large majorité, le manque ou l'absence de formation. Viennent ensuite, dans l'ordre, le manque de demande, le manque de pratique ou d'expérience, les contraintes médico-légales, le manque de temps, les contraintes matérielles, la possibilité de s'en remettre à leur associé, le fait de le considérer comme un geste réservé aux gynécologues, ou simplement le fait de ne pas avoir d'intérêt particulier pour la gynécologie.

Il paraît donc nécessaire de repenser la formation (initiale et continue) en gynécologie des médecins généralistes et notamment ce qui concerne l'apprentissage des gestes techniques tels que la pose de DIU.

4.2.3 Formation pratique des médecins généralistes de Loire-Atlantique en activité depuis ≤ 10 ans à la pose de DIU.

Comme nous l'avons mis en évidence ci-dessus, le manque (formation insuffisante et/ou inadaptée) et/ou l'absence de formation, et en particulier de formation pratique, au geste de pose de DIU, semble être un frein à sa réalisation par les médecins généralistes. De plus, s'agissant d'un geste technique, on comprend aisément l'importance d'une formation pratique dans l'apprentissage et l'acquisition du savoir-faire de cet acte avec pour objectif sa mise en application dans son activité quotidienne.

Ainsi dans son travail, Gwénola Levasseur montre que les besoins de formation en gynécologie exprimés des MG sont dans 64,5 % des cas l'apprentissage des gestes techniques (40).

Dans notre étude 68 MG (soit 81 %) déclarent avoir eu une formation pratique à la pose de DIU. Parmi eux, 13 (soit 15,5 %) déclarent avoir reçu une formation pratique initiale (FPI) exclusivement, 23 (soit 27,4 %) s'être formés en post-internat (FPC) exclusivement, et 32 (soit 38,1 %) avoir reçu une formation pratique initiale ET une formation pratique post-internat (FPI ET FPC). Dans le travail de Laurianne Michelet-Bretonneau (23), 38,7 % des MG déclarent avoir reçu une formation initiale uniquement, 29 % disent avoir participé uniquement à de la formation continue, et 25,8 % avoir bénéficié de formation initiale et continue.

Nous avons donc voulu en apprendre plus sur ces formations.

4.2.3.1 Formation pratique initiale (internat) (FPI) des médecins généralistes de Loire-Atlantique en activité depuis ≤ 10 ans à la pose de DIU.

Le premier constat de notre étude concernant la formation pratique initiale (FPI) est que plus de la moitié (54,8 %) des MG interrogés n'a pas fait de stage de gynécologie (*figure 19 en annexe 3*). La raison évoquée par 97,8 % d'entre eux est l'impossibilité de choisir un stage de gynécologie. Parmi ces derniers 71,7 % précisent cette impossibilité en déclarant avoir dû faire un choix entre un stage en pédiatrie ou un en gynécologie. Cette obligation de choix réduit d'emblée les possibilités de formation pratique à la pose de DIU d'une partie des internes et crée une inégalité entre les internes et donc entre les futurs MG. En effet, le stage de gynécologie hospitalière constitue comme nous allons le voir par la suite et comme l'ont montré dans leurs thèses Lise Baranger (36) et Marie De Castelbajac (25) l'un des principaux lieux d'apprentissage de la gynécologie et des gestes techniques tels que la pose de DIU. De plus, les MG ayant fait un stage de gynécologie durant leur internat de médecine générale sont significativement plus nombreux à déclarer avoir reçu une formation pratique initiale à la pose de DIU (65,8 %) que ceux n'en ayant pas fait (43,5 %, $p < 0,05$). Ceci renforce l'idée d'inégalité et de nécessité d'accès pour tous à un stage de gynécologie. Dans sa thèse, Sabrina Dias (39) pointe également cette inégalité de chance de se former en gynécologie, précisant que « les étudiants doivent choisir entre ces deux stages (pédiatrie ou gynécologie) ou bien sont très peu nombreux à pouvoir réaliser un trimestre de chaque ».

Nos résultats suggèrent que la formation pratique initiale (FPI) ne bénéficie pas à tous, créant ainsi des inégalités. En effet, à peine plus de la moitié, soit 53,6 % des MG interrogés, déclare avoir bénéficié d'une FPI à la pose de DIU (tableau 6). Parmi eux 13 (soit 15,5 %) ont reçu exclusivement une FPI et 32 (soit 38,1 %) ont eu à la fois une formation pratique initiale ET une formation pratique post-internat. D'autre part, plus des deux tiers des MG ayant déclaré avoir reçu une formation pratique initiale ont également jugé bon de se former en post-internat : la formation initiale seule serait-elle insuffisante ?

Concernant les lieux/méthodes de formation pratique à la pose de DIU durant l'internat, arrivent en premiers ex-aequo les stages de gynécologie hospitalière et celui chez le MG-praticien niveau 1 puis en troisième place les consultations au CPEF. Viennent ensuite par ordre décroissant la réalisation du Diplôme Inter-Universitaire de formation complémentaire en gynécologie, le stage SASPAS, et la participation à des groupes de FMC (tableau 7). Cette répartition des lieux/méthodes est très proche de celles de Lise Baranger (36) où « 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 » ou encore de Marie

De Castelbajac (25) où il ressort que « le premier lieu de formation est la gynécologie hospitalière, en deuxième position le stage ambulatoire de médecine générale, puis le CPEF et enfin le stage chez le gynécologue libéral ».

Ces résultats mettent en exergue plusieurs idées. Ils montrent l'importance de la réalisation d'un stage de gynécologie dans la formation de médecine générale et le rôle important des médecins généralistes-maîtres de stage qui doivent eux-mêmes être formés pour former leurs internes en retour.

Ils témoignent de la place particulière du CPEF dans la formation pratique aux gestes techniques de gynécologie. Un lieu dont l'accès est encore actuellement souvent limité aux internes ayant la chance d'avoir choisi pour leur stage praticien niveau 1, un médecin généraliste-maître de stage y faisant des vacances ou bien d'avoir fait le choix de ce lieu pour leur stage de gynécologie.

Enfin, tout ceci montre l'importance qu'il y a à favoriser l'accès aux lieux reconnus comme formateurs.

En revanche, ni le genre, ni l'âge, ni la Faculté de formation n'ont révélé de différence significative sur le fait d'avoir reçu ou non une FPI (tableau 13).

L'absence de différence significative selon la Faculté de formation peut laisser penser que ce souci de formation pratique aux gestes techniques de gynécologie est un problème commun à bon nombre de Facultés de médecine et qu'il serait peut-être nécessaire de repenser, à l'échelle nationale, la formation pratique aux gestes techniques gynécologique des futurs MG.

Trop rares sont les MG satisfaits de leur formation pratique initiale en gynécologie. Seuls 13,1 % des MG interrogés estiment avoir reçu une formation pratique initiale suffisante, 46,4 % l'estiment insuffisante et 40,5 % inexistante (tableau 8). Cette notion de formation « insuffisante » aux gestes pratiques comme la pose d'un DIU pendant l'internat se retrouve dans de nombreux travaux. Ainsi, Noémie Mauran dans son travail en 2006 (41) constate que « 80 % des médecins interrogés sont insatisfaits de leur apprentissage pratique initial », de même dans le travail de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal, fait à Toulouse en 2006 (42) où, « 62 % des médecins sont insatisfaits de leur formation initiale en gynécologie ».

En outre, parmi les MG de notre étude ayant déclaré avoir reçu une formation pratique initiale à la pose de DIU, 82,2 % disent nécessaire l'amélioration de cette formation, et plus des deux tiers (66,7 %) se disent intéressés si une formation pratique à la pose de DIU leur était proposée.

Ces différentes constatations suggèrent qu'il pourrait être nécessaire de repenser la formation pratique initiale à la pose de DIU, en accentuant la partie **pratique**, mais aussi que le temps passé entre la formation initiale et la pratique professionnelle pourrait rendre nécessaire une formation pratique complémentaire en post-internat.

De tout ceci, deux grandes idées se dégagent, à savoir l'importance, d'une part, de permettre à tous les internes l'accès à un stage de gynécologie et à la formation à la pose de DIU et, d'autre part, d'ajuster la formation initiale délivrée en accentuant son côté pratique.

4.2.3.2 Formation pratique continue (post-internat) (FPC) des médecins généralistes de Loire-Atlantique en activité depuis ≤ 10 ans à la pose de DIU.

Dans notre travail, 65,5 % des MG interrogés disent s'être formés à la pose de DIU en post-internat (FPC) (tableau 9 et figure 14). Parmi eux, 23 (soit 27,4 %) se sont formés exclusivement en post-internat et 32 (soit 38,1 %) ont eu à la fois une formation pratique initiale ET une formation pratique post-internat. Le fait d'avoir eu ou non une formation pratique initiale durant l'internat n'influe pas significativement sur le fait de s'être formé à la pose de DIU en post-internat (tableau 14). Ces résultats peuvent exprimer plusieurs idées, d'une part l'intérêt des MG pour la formation continue (renforcé ou non par la réalisation d'une formation initiale), d'autre part que la formation initiale seule ne serait peut-être pas suffisante et/ou enfin que le temps passé entre la formation initiale et la pratique professionnelle pourrait rendre nécessaire une formation pratique complémentaire en post-internat. Une dernière hypothèse que semblent confirmer nos résultats sur « les conditions retenues par les MG pour rester performant dans la pose de DIU » (figure 17).

Concernant les lieux/méthodes de formation pratique à la pose de DIU en post-internat, arrive en premier avec une large avance le compagnonnage (56,4 %), puis vient la réalisation du Diplôme Inter-Universitaire de formation complémentaire en gynécologie (18,2 %) qui, rappelons-le est ouvert aux internes de médecine générale et aux médecins généralistes, et enfin la participation à des formations médicales continues sur le thème de la contraception (14,5 %) (tableau 10 et figure 15).

Un travail publié en 1999, réalisé par le Docteur Le Goaziou M.F (43), rapporte que « 62 % des médecins généralistes ont acquis la technique de pose du stérilet en post-universitaire, via l'aide d'un confrère spécialisé ou en centre de planification », autrement dit grâce au compagnonnage. Dans l'étude de Sabrina Dias (39) concernant la formation en gynécologie-obstétrique des MG, arrive en premier la participation à des formations médicales continues (46,8 %), puis le recours à la littérature médicale et internet (41,3 %) qui de fait reste purement théorique et enfin la réalisation du Diplôme Inter-Universitaire de formation complémentaire en gynécologie (3,2 %).

Quelle que soit la méthode choisie, l'objectif premier des MG de notre étude comme de celle de

Sabrina Dias (39) est l'amélioration de la pratique des gestes techniques de gynécologie et notamment la pose de DIU. Actuellement, des FMC sur le thème de la contraception sont proposées aux MG mais elles restent encore trop générales et surtout trop théoriques. En effet, plusieurs travaux (39 ; 42) mettent en avant le fait que « le contenu de ces formations ne répond pas toujours aux attentes des médecins, ceux-ci souhaitant essentiellement pouvoir participer à des séances pratiques afin d'améliorer leur aisance dans la réalisation de certains gestes techniques ».

Outre l'objectif premier des MG interrogés d'améliorer leur pratique de la pose de DIU, notre travail nous a permis de dégager quelques facteurs influant significativement sur leur décision de se former ou non à la pose de DIU en post-internat (tableau 14).

- Ainsi, les femmes MG sont significativement plus nombreuses (78,9 %) à se former (formation pratique) à la pose de DIU en post-internat que leur collègues masculins (37 %). Rappelons qu'il n'y a pas de différence significative selon le genre concernant la formation pratique initiale. Aussi, cette différence selon le genre pourrait-elle s'expliquer par le fait qu'en tant que femmes, ces dernières seraient plus souvent sollicitées par leurs patientes sur des questions de gynécologie/contraception (dont la pose de DIU fait partie intégrante) que leurs homologues masculins. Ces derniers, par manque de demandes, ne verraient alors pas d'intérêt à se former.

- Le fait d'être installé a une influence significative positive sur la formation à la pose de DIU en post-internat. Peut-être serait-ce une question de gestion du temps. Cette notion de temps se retrouve dans le travail de Gwénola Levasseur, en 2005 (44), où elle montre que « le motif principal avancé par les médecins généralistes ne suivant pas de formation post internat est le manque de temps (50,6 %), viennent ensuite le manque de besoin ressenti (13,8 %), le manque de demande de consultations de gynécologie (12,6 %) et 23 % évoquent d'autres motifs dont le manque de qualité de ces FMC, le manque de proposition pour en faire, la difficulté pour être remplacé. »

Quoiqu'il en soit ce résultat pointe l'intérêt qu'il y a à favoriser l'installation des médecins généralistes et à adapter les formations proposées en prenant en compte au mieux cette contrainte de temps.

- Le type d'exercice joue un rôle dans la formation à la pose de DIU en post-internat. Les médecins exerçant en milieu rural sont significativement plus nombreux à se former à la pose de DIU en post-internat (88 %) que ceux exerçant en milieu urbain (66,7 %) et semi-urbain

(48,6 %). Une des explications possibles de ces résultats pourrait être la plus faible densité de gynécologues médicaux en zone rurale, avec délais de rendez-vous plus longs, les MG se retrouvant alors d'avantage sollicités. La faible densité de gynécologues médicaux en zone rurale pourrait pousser les médecins généralistes à se former à la pose de DIU afin de répondre dans de moindres délais aux demandes de leurs patientes. De la même façon nous aurions pu penser que la distance du cabinet de gynécologie le plus proche jouerait un rôle significatif dans le fait de se former à la pose de DIU en post-internat. Cependant, bien que tendant vers cette hypothèse puisque 74,3 % des MG exerçant à plus de 10 km d'un cabinet de gynécologie déclarent s'être formés à la pose de DIU en post-internat contre seulement 59,2 % de ceux exerçant à moins de 10 km, cette différence n'est pas significative.

- Les MG ayant une activité de gynécologie importante et/ou moyenne se sont significativement plus formés à la pose de DIU en post-internat que ceux dont l'activité de gynécologie était faible. Ceci paraît logique car si leur activité de gynécologie est importante et/ou moyenne c'est peut-être justement parce qu'ils se sont formés à cette pratique et donc potentiellement à la pose de DIU. De plus, les MG ayant une activité de gynécologie importante et/ou moyenne sont plus susceptibles d'être sollicités par leurs patientes sur des questions d'ordre gynécologique. Or, comme l'a montré Gwénola Levasseur dans son enquête qualitative réalisée en Ille-et-Vilaine, en 2002 (40) : « les premiers motifs de consultation de gynécologie en médecine générale sont la contraception et le traitement hormonal substitutif ». Le DIU étant le deuxième moyen de contraception en France, on peut donc penser que les demandes de pose de DIU font partie de ces motifs de consultations. Ainsi, on comprend facilement que pour répondre aux demandes de leurs patientes, les MG ayant une activité importante et/ou moyenne se sont significativement plus formés à la pose de DIU en post-internat.

Pour résumer ces premiers facteurs d'influence, nous pouvons dire que les demandes de formation des MG en gynécologie s'inscrivent dans un contexte très dépendant de la demande des patientes et des contraintes d'exercice.

- Le fait de prescrire le DIU, de même que celui de poser soi-même les DIU influent significativement sur la formation post-internat. En effet 74,6 % des médecins prescripteurs et 92,9 % des médecins poseurs de DIU de notre étude déclarent s'être formés à la pose en post-internat contre respectivement 29,4 % et 38,1 % des non-prescripteurs et des non-poseurs de DIU. Autrement dit la formation à la pose de DIU en post-internat est significativement plus élevée dans le groupe des prescripteurs et celui des poseurs de DIU. Ceci paraît logique si l'on part du principe que l'on ne prescrit et/ou ne pratique que ce que l'on connaît et maîtrise bien et donc ce pour quoi on a reçu une formation. De tels résultats se retrouvent également dans la

thèse d'Alice De Verbizier, réalisée en 2011 (24), où elle montre que « le suivi d'une formation continue de gynécologie, quel qu'en soit le type, est significativement plus élevé dans le groupe des prescripteurs de DIU ». Ceci démontre là encore l'importance de la formation pratique à la pose de DIU.

- Nos résultats concernant les difficultés rencontrées par les MG lors de la pose de DIU montrent l'importance qu'il y a à promouvoir et à améliorer la formation pratique post-internat. En effet, sur les 84 médecins généralistes de l'étude, 42 déclarent poser eux-mêmes des DIU, parmi lesquels plus de la moitié (23/42 soit 54,8 %) disent avoir déjà rencontré des difficultés. Or les MG déclarant s'être formés à la pose de DIU en post-internat sont significativement plus nombreux à poser des DIU (70,9 %) que ceux déclarant l'inverse (10,3 %) (tableau 20). Ainsi, la formation à la pose de DIU en post-internat augmenterait la pratique de cet acte par les MG mais resterait encore perfectible au vu du nombre non négligeable de médecins exprimant avoir déjà rencontré des difficultés.

De tout ceci, deux grandes idées se dégagent : promouvoir la formation pratique post-internat à la pose de DIU d'une part et, d'autre part, y apporter des améliorations.

4.2.4 Sentiment de compétence et Pose de DIU.

Dans cette partie nous avons décidé de nous intéresser aux ressentis des MG concernant leurs compétences dans la pose de DIU ainsi qu'à la pratique de la pose de DIU des MG dans leur activité en cabinet. Nous voulons ainsi voir si une corrélation existe entre, d'une part, la formation pratique à la pose de DIU des MG et leur sentiment de compétence pour cet acte et, d'autre part, entre la formation pratique à la pose de DIU des MG et la pratique par les MG dans leur cabinet de cet acte.

Pour ce faire nous avons tenté de mettre en évidence les facteurs pouvant influencer d'une part sur le sentiment de compétence dans la pose de DIU et d'autre part sur le fait de poser des DIU.

4.2.4.1 Les facteurs influençant d'une part, le sentiment de compétence à la pose de DIU et, d'autre part, le fait de poser des DIU dans la pratique (tableaux 15 et 20).

Parmi les MG de l'étude, 43 soit 51,2 % se sentaient compétents pour la pose de DIU et 42 soit 50 % déclaraient poser des DIU.

Comme pour la formation pratique à la pose de DIU en post-internat, le fait d'être une femme MG, le fait d'exercer en milieu rural et le fait d'avoir une activité de gynécologie importante et/ou

moyenne ont une influence significative positive d'une part, sur le sentiment de compétence des MG et, d'autre part, sur le fait de poser de DIU. L'explication que nous suggère de tels résultats est similaire à celle avancée précédemment, à savoir que ces MG seraient plus souvent sollicités par leurs patientes pour ce type d'acte et, de ce fait, d'une part se sentiraient plus compétents et d'autre part pratiqueraient plus. Cette idée est également mise en évidence dans le travail de thèse d'Alice De Verbizier (24) par la démonstration inverse. Elle constate que « le manque de demande (de sollicitation) induit un manque de pratique ».

Le fait que les femmes MG - qui comme nous l'avons vu précédemment sont plus nombreuses que les hommes à avoir une activité de gynécologie importante et/ou moyenne – soient significativement plus nombreuses à poser elles-mêmes des DIU, se retrouve également dans le travail de Véronique Dubois-Jacque sur « Les gestes techniques en médecine générale, état des lieux en Loire-Atlantique et Vendée », en 2012 (45) Ce constat pourrait avoir pour explication (outre une plus grande sollicitation par les patientes) un intérêt plus important des femmes MG pour cette pratique que leurs homologues masculins. Aussi la féminisation de la médecine générale (6 ; 7), associée à une pratique plus importante de la pose de DIU par les femmes MG, pourraient être un début de réponse à la pénurie annoncée des gynécologues médicaux.

De plus, nos résultats montrent que les MG situés à plus de 10 km d'un cabinet de gynécologie sont significativement plus nombreux à poser des DIU que ceux situés à moins de 10 km. Bien que non significatifs, les résultats concernant le sentiment de compétence suivent la même tendance, 62,9 % des MG situés à plus de 10 km d'un cabinet de gynécologie se sentent compétents contre seulement 42,9 % de ceux situés à moins de 10 km. Ceci corrobore notre autre résultat, à savoir le fait qu'exercer en milieu rural et donc potentiellement éloigné d'un cabinet de gynécologie a une influence significativement positive sur le fait de poser de DIU. L'hypothèse étant celle d'une plus grande sollicitation de ces MG, laquelle serait responsable d'une pratique plus importante.

La prescription de DIU influe significativement sur, d'une part, le sentiment de compétence et, d'autre part, le fait d'en poser. Seuls les médecins prescripteurs déclaraient d'une part, se sentir compétent et, d'autre part, être poseurs. Ceci paraît logique si l'on part du principe que l'on ne prescrit bien que ce que l'on connaît bien et que celui qui pose est celui qui prescrit. Cette dernière idée est largement retrouvée dans le travail d'Alice De Verbizier (24) où elle montre que « la pratique de la pose est significativement plus élevée dans le groupe des prescripteurs de DIU » et où « Les médecins répondent majoritairement qu'ils ne prescrivent pas de DIU du fait qu'ils n'en posent pas »

Le fait de poser soi-même les DIU influe significativement sur le sentiment de compétence des

médecins généralistes et inversement. En effet, d'une part, 95,2 % des médecins poseurs de DIU déclarent se sentir compétents contre seulement 7,1 % des non poseurs, et, d'autre part, 93 % de ceux déclarant se sentir compétents pour la pose de DIU déclarent poser eux-mêmes des DIU contre seulement 4,9 % de ceux déclarant ne pas se sentir compétents. L'hypothèse qui pourrait être émise serait de dire : puisque la pose de DIU est un geste technique, alors plus on pratique et s'exerce, plus on a de chance de se sentir compétent, et que requérant un certain savoir-faire, il importe que celui qui exerce ce geste se sente compétent. Aussi, comme l'évoque Sandrine Gardon-Forestier dans sa thèse (35), « c'est par la pratique du geste et sa répétition que l'on acquiert sa maîtrise ». Cette notion se retrouve également en première position des conditions évoquées par les MG de notre étude pour rester performants dans la pose de DIU (figure 17) ; en effet 98,8 % d'entre eux estiment que pratiquer régulièrement cette activité de pose est une des conditions nécessaires pour rester performants.

Il semble donc qu'il y ai une corrélation positive entre le sentiment de compétence et la pose de DIU dans la pratique.

Par ailleurs et contrairement à ce que nous aurions pu penser, ni l'âge, ni l'ancienneté d'activité n'ont d'influence significative sur le fait de se sentir compétent ni sur celui de poser soi-même des DIU. Ces constatations apparaissent aussi dans le travail de Laurianne Michelet-Bretonneau, en 2010 (23).

En ce qui concerne l'étude de l'influence de la formation pratique : initiale (FPI) et/ou continue (FPC) à la pose de DIU sur d'une part, le sentiment de compétence et, d'autre part, sur le fait de poser des DIU, les constats sont similaires entre eux.

- Ainsi notre premier constat est le décalage entre le pourcentage de médecins généralistes qui déclarent avoir reçu une formation pratique initiale et/ou continue à la pose de DIU (68/84 soit 81 %) et celui plus faible, d'une part, de ceux qui se sentent compétents (43/84 soit 51,2 %) et, d'autre part, de ceux qui en posent eux-mêmes (42/84 soit 50 %). Ceci, alors même qu'une corrélation positive entre la formation pratique quel que soit son mode (FPI et/ou FPC) et le sentiment de compétence / le fait de poser des DIU semble exister. Y aurait-il une faille dans la formation ? (tableaux 15 et 20)

- Notre deuxième constat est que les médecins généralistes ayant reçu une formation pratique initiale ne sont pas significativement plus nombreux NI à se sentir compétents NI à poser eux-mêmes des DIU que ceux n'en ayant pas reçu.

Nous notons toutefois que ceux qui jugent leur formation pratique initiale suffisante sont

significativement plus nombreux à, d'une part, se sentir compétents (81,8 %) et, d'autre part, à poser eux-mêmes des DIU (81,8 %) que ceux qui la jugent insuffisante et/ou inexistante. Ces résultats semblent suggérer que le fait d'avoir reçu une formation initiale à elle seule ne suffirait peut-être pas. Il faudrait aussi et surtout que cette dernière soit de « qualité », c'est-à-dire plus pratique, et appropriée à la pratique des futurs MG. L'hypothèse que le temps passé entre la formation initiale (surtout si elle a eu lieu en début d'internat) et la pratique professionnelle, rendrait nécessaire une formation pratique complémentaire post-internat pourrait également être évoquée. Le travail de Magali Costes et Géraldine Louzeau-Arnal réalisé à Toulouse 2006 va dans ce sens en « révélant que les médecins généralistes trouvent l'enseignement universitaire de gynécologie peu adapté à la pratique quotidienne » (42) ; de même dans le travail de Laurianne Michelet-Bretonneau (23), où elle note que « les médecins généralistes installés déplorent eux-mêmes le fait d'avoir eu une formation insuffisante, qui ne leur permet pas de pratiquer ce geste ».

De plus, les MG ayant réalisé un stage de gynécologie durant l'internat sont significativement plus nombreux à poser des DIU (70,9 % contre 10,3 %, $p < 0,05$). Est-ce à dire que la formation initiale à la pose de DIU reçue serait plus adaptée à la pratique lorsque l'on fait un stage de gynécologie et donc que la formation universitaire actuelle serait inégale, puisque rappelons-le, sauf rare possibilité, l'interne doit choisir entre un stage de gynécologie ou un stage de pédiatrie ? Quoiqu'il en soit cela montre l'importance de la réalisation d'un stage de gynécologie au cours de l'internat de médecine générale.

- Enfin, le fait de se former à la pose de DIU en post internat augmente significativement d'une part, le sentiment de compétence et, d'autre part, le fait de poser des DIU.

4.2.4.2 Corrélations possibles entre, d'une part, formation pratique et sentiment de compétence à la pose de DIU et, d'autre part, formation pratique et le fait de poser soi-même des DIU.

De ces derniers constats nous pouvons établir une corrélation positive directe et significative entre, d'une part, la formation pratique continue (FPC) et le sentiment de compétence et, d'autre part, la formation pratique continue (FPC) et le fait de poser soi-même des DIU. En ce qui concerne formation pratique initiale (FPI), l'établissement d'une telle corrélation dépend de la « qualité » de celle-ci. Seule une FPI de qualité jugée « suffisante » est corrélée significativement à un plus fort sentiment de compétence d'une part, et à un plus grand nombre de médecins poseurs d'autre part (tableaux 15, 16, 20 et 21). Ceci pourrait expliquer le décalage dans les pourcentages de MG disant avoir reçu une formation pratique (FPI et/ou FPC) et ceux se disant compétents et/ou disant poser eux-mêmes des DIU.

Nous avons tenté de déterminer plus précisément quels paramètres de la formation peuvent avoir une influence, d'une part, sur le sentiment de compétence à la pose de DIU et, d'autre part, sur le fait poser soi-même des DIU (tableaux 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23 et 24).

- Ainsi, après comparaison du mode de formation pratique : initiale (FPI) et/ou continue (FPC) et/ou pas de formation (tableaux 16 et 21) nous pouvons mettre en évidence que la **FPC exclusive** ou **l'association FPI ET FPC** sont comparables en terme d'influence sur, d'une part, le sentiment de compétence et, d'autre part, le fait poser soi-même des DIU ; et les SEULES à avoir une influence significative positive sur, d'une part, le sentiment de compétence et, d'autre part, le fait de poser soi-même des DIU. La **FPI exclusive** (sans tenir compte de la qualité suffisante/insuffisante/inexistante) est comparable à **l'absence de formation** et n'a pas d'influence significative positive NI sur le sentiment de compétence NI sur le fait poser soi-même des DIU. Autrement dit, ces résultats suggèrent de nouveau une possible insuffisance de la formation initiale et/ou l'effet néfaste du temps passé avant sa mise en application professionnelle et donc l'importance qui doit être accordée à son perfectionnement (de la formation initiale) mais aussi à la promotion de la formation pratique continue.

- La comparaison des types de formation : Pratique par supervision sur patiente VS Autres types (mannequins et/ou observation) (tableaux 17 et 22) nous a seulement permis de dégager une tendance, à savoir que les médecins généralistes ayant été formés par supervision sur patientes sont plus nombreux, d'une part, à se sentir compétents pour la pose de DIU (62,1 %) et, d'autre part, à poser eux-mêmes des DIU (69 %) que ceux ayant été formés par observation et/ou sur mannequin. Nous n'avons pas pu conclure sur la significativité de ces différences du fait d'effectifs insuffisants liés à l'absence de réponse de 20 médecins ayant eu une formation à la pose (formation initiale et/ou formation continue).

Toutefois, concernant le lien entre le type de formation à la pose de DIU et le sentiment de compétence, le travail de thèse de Marie De Castelbajac (25) retrouve des résultats allant dans ce sens et significatifs. Elle montre que « seule la formation par supervision est associée significativement à un sentiment de compétence plus fort, ce qui n'est pas le cas de la formation sur mannequin ni de celle par observation simple », et qu'« aucun des internes ayant eu une formation théorique ne se sent compétent ». De la même façon, concernant le lien entre le type de formation à la pose de DIU et le fait d'en poser soi-même, elle note qu'« il ne suffit pas de regarder pour acquérir un savoir-faire, le geste pratique est indispensable ». Sandrine Gardon-Forestier (35) montre elle que « seul l'apprentissage des gestes techniques en conditions réelles, corrigés si nécessaire par le formateur (= superviseur), permet l'acquisition de la maîtrise du geste grâce à une technique d'imitation et de répétition ». Ce type d'apprentissage par

supervision sur patientes semblerait donc avoir une influence favorable sur le sentiment de compétence et le fait de poser soi-même. Il pourrait donc être intéressant de le développer et donc de renforcer l'apprentissage pratique des gestes techniques.

- L'étude des lieux/méthodes de formation pratique à la pose de DIU (tableaux 18, 19, 23 et 24) nous a conduits à plusieurs constats.

- Tout d'abord, du fait d'effectifs insuffisants dans certaines catégories de lieux/méthodes de formation pratique initiale et d'un nombre non négligeable d'absence de réponse, nous n'avons pas pu comparer statistiquement l'influence des lieux/méthodes de formation pratique initiale sur, d'une part, le sentiment de compétence et, d'autre part, le fait de poser des DIU. Toutefois, nous avons montré précédemment que les principaux lieux/méthodes de formation pratique à la pose de DIU durant l'internat sont dans l'ordre le **stage de gynécologie hospitalière** ex-æquo avec celui chez le **médecin généraliste praticien niveau 1**, puis les **consultations au CPEF**, elles-mêmes ayant lieu soit au cours du stage de gynécologie soit au cours du stage praticien niveau 1. Or nos résultats montrent que les MG formés au CPEF étaient près de 70% à se sentir compétents pour la pose de DIU et à poser eux-mêmes des DIU. Ceci semble suggérer une certaine qualité de formation pratique à la pose de DIU au CPEF et donc l'importance qu'il y a à favoriser son accès à un plus grand nombre et non plus seulement aux internes dont c'est le stage de gynécologie ou dont le praticien y fait des vacations. Cette idée sera développée dans la partie III.

- Pour ce qui est des méthodes de formation pratique à la pose de DIU en post-internat nous n'avons pu dégager qu'une tendance. Ainsi, les MG ayant été formés suite à la réalisation du **Diplôme Inter-Universitaire de gynécologie** et ceux formés par **compagnonnage** sont plus des deux tiers, d'une part, à se sentir compétents pour la pose de DIU, soit respectivement 80 % et 67,7 % et, d'autre part, à poser eux-mêmes des DIU, soit respectivement 90 % et 71 %, contrairement à ceux s'étant formés en participant à des **FMC sur le thème de la contraception** qui ne sont que 50 %, d'une part, à se sentir compétents et, d'autre part, à poser eux-mêmes des DIU. Cette différence n'est toutefois pas significative, mais pourrait vouloir dire que les FMC sur les thèmes de la contraception et leur contenu pourraient être perfectibles. Dans son travail Sabrina Dias (33) montre que pour de nombreux médecins « le contenu de ces formations ne répond pas à leurs attentes, ceux-ci souhaitant essentiellement pouvoir participer à des séances pratiques afin d'améliorer leur aisance dans la réalisation de certains gestes techniques ».

4.2.5 Corrélations possibles entre formation pratique, sentiment de compétence et pose de DIU dans la pratique (tableaux 15, 20, 25 et 26).

Comme nous l'avons montré précédemment, la formation pratique continue exclusive (FPC exclusive) ou l'association formation pratique initiale ET formation pratique continue (FPI ET

FPC) sont comparables et les SEULES à avoir une influence significative positive sur le fait de se sentir compétent ainsi que de poser soi-même des DIU. La formation pratique initiale exclusive (FPI exclusive) (sans tenir compte du critère qualité) est comparable à l'absence de formation et n'a pas d'influence significative positive NI sur le sentiment de compétence NI sur le fait de poser soi-même des DIU.

Nous avons également mis en évidence que le fait de poser soi-même les DIU a une influence significative positive sur le sentiment de compétence des médecins généralistes et inversement.

Il y a donc bien une corrélation positive entre la FPC, le sentiment de compétence pour la pose de DIU et le fait de poser soi-même des DIU.

En ce qui concerne la FPI, l'établissement d'une telle corrélation dépend de la qualité de celle-ci. Seule une FPI de qualité jugée « suffisante » permet une corrélation positive entre FPI, le sentiment de compétence et le fait de poser soi-même des DIU (tableau 25).

Il semble donc important de promouvoir la FPC mais surtout primordial de repenser la formation pratique à la pose des DIU durant l'internat (FPI) (accès/contenu).

Ce travail nous a permis de « dégager » des facteurs communs ayant une influence significative positive sur la formation pratique post-internat, le sentiment de compétence et le fait de poser soi-même des DIU (tableaux 15, 20 et 26), à savoir le fait d'être une femme MG, le fait d'exercer en milieu rural, le fait d'avoir un activité de gynécologie importante et/ou moyenne et le fait de prescrire des DIU.

Ceci renforce l'idée qu'une corrélation existe entre la formation pratique, le sentiment de compétence et le fait de poser soi-même des DIU.

4.3 Perspectives et Propositions d'amélioration de la formation pratique à la pose de DIU

Notre travail comme plusieurs autres avant nous (24 ; 25 ; 37 ; 39) montre que le manque de formation pratique (formation absente et/ou insuffisante) à la pose de DIU est un frein majeur au fait de poser soi-même des DIU et/ou de s'en sentir compétent.

Or la pose de DIU est un geste technique gynécologique faisant partie des compétences du médecin généraliste (1 ; 2 ; 3). Une étude prospective (45), réalisée en 2002, montre que « dans le cadre d'une population de médecins généralistes formés à la pratique de la contraception et de la gynécologie médicale, la pose et la prise en charge de DIU sont réalisables en médecine omnipraticienne » et qu'« il n'y a pas de différence de compétence entre les gynécologues et les médecins généralistes dans la pose de DIU, sous réserve d'une pratique suffisante ». Ainsi, il est tout à fait légitime que les médecins généralistes pratiquent la pose de DIU, pour peu qu'ils y

aient été formés.

De plus comme tout geste technique un enseignement **pratique**, pour partie au moins, est indispensable.

Nous constatons également qu'une majorité des MG de notre étude dit nécessaire une amélioration de la formation pratique à la pose de DIU (82,1 %) et être intéressé par une formation pratique à ce geste technique (75 %). Et ceci quelle que soit la formation (formation pratique initiale et/ou continue) ou l'absence de formation reçue. Ces idées se retrouvent également dans les travaux de thèse de Pauline Bidet (37) qui montre que « 52 % des médecins estiment que le module « gestes et techniques » du DES devrait mieux les former à la gynécologie » et que « 66 % des médecins pensent avoir besoin d'une formation complémentaire en gynécologie » et de Marie de Castelbajac (25) qui montre également que « 76 % désirent faire si possible une formation complémentaire » à la pose de DIU. Cela suggère la motivation des MG à se former mais aussi leur désir de pouvoir bénéficier d'une formation pratique à la pose de DIU adaptée à leur pratique.

Ces derniers ont d'ailleurs fait quelques propositions d'amélioration dont nous avons pu extraire et reformuler quelques pistes pour l'avenir.

Concernant la formation initiale :

- Un ajustement de la maquette de stage du DES de médecine générale pourrait être nécessaire, une réforme nationale est actuellement en cours concernant le 3^e cycle des études médicales (29 ; 30 ; 31).

Il serait notamment souhaitable de favoriser la création de stages mixtes gynécologie-pédiatrie pour ne plus avoir à faire un choix, souvent difficile, entre un stage de gynécologie OU un stage de pédiatrie car ces deux disciplines sont importantes en médecine générale. De plus comme nous l'avons montré le stage de gynécologie hospitalière apparaît comme l'un des principaux lieux de formation pratique à la gynécologie, de même le fait d'avoir bénéficié d'un stage de gynécologie augmente significativement, d'une part, l'accès à une FPI et, d'autre part, la pratique de la pose de DIU.

- La formation pratique au CPEF semble répondre aux besoins de formation à la pose de DIU, ainsi il pourrait être intéressant de proposer des journées de stages complémentaires au CPEF aux étudiants ayant opté pour un stage de pédiatrie. Le CPEF dont l'accès est pour l'instant limité aux internes l'ayant choisi comme terrain de stage (2/semestres), à ceux dont le maître de

stage du stage praticien niveau 1 y fait des vacances et enfin à ceux faisant le Diplôme Inter-Universitaire de gynécologie.

- La généralisation pour toutes les Facultés de médecine du « stage court obligatoire » comme c'est le cas à la Faculté de médecine de Créteil serait une idée. Il s'agit d'un stage effectué pendant le stage praticien de niveau 1, à raison de 9 demi-journées en PMI et 9 en CPEF et comme le montrait Pauline Bidet dans sa thèse (37) « au cours duquel les étudiants ont le plus l'occasion de poser un DIU et un implant ».

- Bien que n'ayant pas mis en évidence de bénéfice significatif, la création ou le développement d'ateliers de formation pratique à la pose de DIU sur mannequins, obligatoires pour tous, pourrait être une piste complémentaire ou au moins de sensibilisation. En effet, ce type d'enseignement, évalué par Sandrine Gardon-Forestier dans sa thèse, permettrait « l'acquisition d'une maîtrise du geste grâce à une technique d'imitation et de répétition ».

- L'obligation de valider la réalisation de certains gestes techniques comme la pose de DIU pour pouvoir valider le stage Mère/Enfant permettrait de garantir la pratique de ces gestes. Un carnet de validation des gestes techniques pourrait être créé.

Une potentialisation des lieux et acteurs de la formation pratique pourrait également être envisagée :

- Actuellement, le stage de gynécologie (= stage Mère/Enfant), qui par ailleurs apparaît être le moment le plus favorable pour la formation pratique initiale à la pose de DIU, ne s'effectue quasiment qu'au sein de services hospitaliers. Or le nombre de place dans ces terrains de stage est limité. Il va donc être nécessaire de trouver d'autres terrains de stage, autres qu'hospitaliers. Le décret d'Août 2010 (26) va dans ce sens en rendant possible de valider le semestre de gynécologie-pédiatrie dans un « lieu de stage agréé au titre de la discipline de médecine générale », c'est à dire en dehors du domaine hospitalier. Nous pourrions imaginer des stages chez des gynécologues libéraux ou encore chez des sages-femmes.

- Enfin, nous pourrions favoriser la formation pratique à la pose des DIU des médecins généralistes maître de stage eux-mêmes et faire en sorte qu'au moins un des médecins de chaque trinôme y ai été formé et le pratique. Pour ce faire nous pourrions leur favoriser l'accès aux lieux reconnus comme formateurs tels le CPEF, ou les consultations de gynécologie. Le stage praticien niveau 1 étant obligatoire, tous les internes pourraient alors à leur tour être formés à la pose de DIU.

Toutes ces propositions impliquent des investissements, plus ou moins importants, humains, matériels mais également financiers.

Concernant la formation continue (post-internat) :

- Des formations médicales continues (FMC) existent sur le thème de la contraception en médecine générale, mais la plupart restent encore trop théoriques. Ainsi seules quelques-unes proposent des ateliers pratiques de formation aux gestes techniques sur mannequin. C'est le cas de celle organisée chaque année par le CNGE. Il s'agit d'une formation sur 2 jours concernant tous les types de contraception, avec une formation pratique sur la pose et le retrait des DIU en particulier. Nous pourrions donc envisager, d'une part, de développer des FMC axées uniquement sur l'apprentissage des gestes techniques gynécologiques que sont la pose/retrait de DIU et implant et non plus sur la contraception en général et, d'autre part, d'y proposer des ateliers pratiques sur mannequins pour permettre si ce n'est l'apprentissage au moins la sensibilisation et la familiarisation des techniques de pose des DIU.

- Il serait également intéressant de promouvoir le compagnonnage en créant à l'échelle départementale, sur la base du volontariat une liste de médecins (médecins généralistes, gynécologues libéraux, hospitaliers) eux-mêmes formés, acceptant lors de consultations de former à leur tour leurs confrères. Ceci en tenant compte de l'accord de la patiente.

- Nous pourrions aussi imaginer un compagnonnage avec les CPEF. Il en existe plusieurs en Loire-Atlantique dont 3 sur l'agglomération nantaise, 1 à Saint-Nazaire, 1 à Ancenis et 1 à Châteaubriant.

Concernant à la fois la formation initiale et continue :

- Comme notre étude le montre, le Diplôme Inter-Universitaire de gynécologie apparaît formateur sur le plan de la pose de DIU. Il faudrait donc favoriser son accès à l'ensemble des internes de médecine générale et des médecins généralistes intéressés et ce quelle que soit la Faculté de médecine dont ils dépendent.

5 Conclusion

Devant la diminution constante des effectifs de médecins spécialistes en gynécologie médicale et l'essor des demandes de pose de DIU faisant suite à la controverse sur les contraceptifs œstrogénostatifs de 3^e et 4^e génération, il paraît intéressant de se pencher sur la formation pratique à la pose des DIU des premiers intéressés, à savoir les médecins généralistes en début de carrière.

Le médecin généraliste est le médecin de 1^{er} recours. Il se doit donc de faciliter l'accès à la contraception, c'est-à-dire à l'ensemble des moyens contraceptifs (dont le DIU).

Ainsi, la pose de DIU est un geste technique qui fait partie des compétences du médecin généraliste, lequel doit y avoir été formé.

La formation pratique initiale et continue à la pose des DIU existe mais reste perfectible.

La formation pratique initiale demeure améliorable tant au niveau de son accès que de son contenu.

En effet, tous n'ont pas bénéficié d'une formation pratique à la pose de DIU durant l'internat et seule une minorité d'entre eux la juge suffisante.

La réalisation d'un stage de gynécologie durant le DES de Médecine Générale (ou équivalent) augmente les chances de pouvoir bénéficier d'une formation pratique à la pose de DIU. Cependant, ceci implique malheureusement encore trop souvent d'avoir dû faire un choix entre un stage de pédiatrie OU un de gynécologie. L'accès à la formation initiale de gynécologie apparaît donc inégal et ce alors même que ces deux disciplines occupent une place importante dans l'activité de médecin généraliste.

La formation initiale est encore trop souvent jugée insuffisante car pas assez pratique. Or seule une formation pratique initiale jugée suffisante augmente significativement le sentiment de compétence et la pratique de cet acte par le médecin généraliste.

Les principaux lieux de formation pratique apparaissent être, d'une part, le stage de gynécologie hospitalière et celui chez le médecin généraliste praticien niveau 1 et, d'autre part, les consultations au CPEF. Ces résultats sont en accord avec ceux de travaux précédents (25 ; 36) et renforcent l'idée d'inégalité puisque tous les internes n'ont pas la possibilité d'effectuer un stage de gynécologie.

La formation pratique continue est à promouvoir et développer.

Notre étude montre une influence significative positive de la formation pratique continue sur le sentiment de compétence et le fait de poser soi-même des DIU.

Le temps passé entre la formation pratique initiale, surtout si elle a lieu en début d'internat, et la pratique professionnelle, ou l'absence de formation pratique initiale rendent souvent nécessaires une formation pratique complémentaire en post-internat. De plus, la réalisation d'une formation post-internat à la pose de DIU s'inscrit dans un contexte très dépendant de la demande des patientes et des contraintes d'exercice.

Les principales méthodes de formation post-internat choisies par les médecins généralistes de notre étude et retenues comme formatrices sont dans l'ordre, le compagnonnage, la réalisation d'un Diplôme Inter-Universitaire de gynécologie et enfin la participation à des FMC sur le thème de la contraception ; le contenu de ces dernières étant encore souvent jugé trop théorique et pas assez ciblé.

Que ce soit au cours de la formation initiale et/ou continue, la formation pratique par supervision sur patiente semble avoir un impact favorable sur le sentiment de compétence et le fait de poser soi-même des DIU. Des résultats qui confortent et sont confortés par les données précédentes de la littérature et incitent à développer ce type de formation pratique (25 ; 35) et de façon plus générale à renforcer l'apprentissage pratique des gestes techniques.

Nous notons une corrélation positive significative directe et réciproque entre formation pratique continue, sentiment de compétence et pose de DIU. Ceci semble exprimer l'importance qu'il y a à promouvoir et développer la formation pratique continue à la pose des DIU.

Par ailleurs notre enquête a mis en évidence des facteurs communs ayant une influence significative positive sur, à la fois, la formation pratique post-internat, le sentiment de compétence et le fait de poser soi-même des DIU, à savoir le fait d'être une femme médecin généraliste, le fait d'exercer en milieu rural, le fait d'avoir une activité de gynécologie importante et/ou moyenne et le fait de prescrire des DIU. Nous avons évoqué quelques hypothèses pour expliquer ces constatations notamment celles d'une sollicitation plus importante, d'un nombre plus grand de demandes ou encore d'un intérêt plus élevé pour cette activité. Cependant, ceci mériterait une étude plus approfondie et pourrait faire l'objet de prochains travaux, qui pourraient notamment prendre en compte la tendance à la féminisation de la médecine générale.

Enfin une majorité des médecins interrogés se dit intéressée par une formation pratique à la pose de DIU et pense qu'une amélioration est nécessaire. Nous avons donc fait quelques propositions dans ce sens tant pour la formation pratique initiale que continue. Cependant ce sujet mériterait là aussi une étude plus poussée et pourrait faire l'objet d'un autre travail.

6 Références bibliographiques

1. WONCA EUROPE. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2002 [consulté le 16 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.dmg-nantes.fr/phocadownload/fichiers/DES/ddefinition%20wonca%20de%20la%20mg.pdf>
2. Nicodème R, Deau X. Document de Références en Médecine Générale à l'usage des Commissions de qualification du CNOM [Internet]. 2008 [consulté le 9 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentielmg.pdf>
3. Collège National des Généralistes Enseignants, Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Mission, Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Berger-Levrault. Paris; 2010.
4. Gatin B. Le CNGOF ouvre ses portes aux généralistes. Panorama du médecin. nov 2006;(5038):p.65.
5. Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale, Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. [Internet]. 2008 [consulté le 17 déc 2014]. Disponible sur: http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la Démographie Médicale en France, Situation au 1er janvier 2014 [Internet]. 2014 [consulté le 15 déc 2014]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la Démographie Médicale en France, Situation au 1er janvier 2013 [Internet]. 2013 [consulté le 6 janv 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf
8. Cretin - Ben Hayoun F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique [Internet] [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie]: Université Pierre et Marie Curie - Paris 6; 2014 [consulté le 16 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/benhayoun-these.pdf>
9. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale [Internet]. 2013 [consulté le 8 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.demographie.medecin.fr/>
10. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Pays-de-la-Loire, Situation en 2013 [Internet]. [consulté le 9 févr 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf

11. Delannoy-Eglinger A. A propos du suivi gynécologique : médecin généraliste ou spécialiste ? : étude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie [Internet] [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Lille]: Université du droit et de la santé - Lille 2; 2009 [consulté le 8 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=1/TTL=1/CLK?IKT=1016&TRM=A+propos+du+suivi+gyne%CC%81cologique+%3A+me%CC%81decin+ge%CC%81ne%CC%81raliste+ou+spe%CC%81cialiste+%3F>
12. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. 2013;(107):114-20.
13. Cohen J, Madelenat P, Lévy-Toledano R. Gynécologie et santé des femmes. L'offre de soins. Prise en charge gynécologique [Internet]. 2000 [consulté le 6 janv 2015]. Disponible sur: http://www.engof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
14. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. 2013 [consulté le 7 janv 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/fiche_contraception_conditions_prescription.pdf
15. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? [Internet]. 2013 [consulté le 7 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
16. Haute Autorité de Santé. Aider la personne à choisir une contraception adaptée [Internet]. 2014 [consulté le 7 janv 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-08/aide_decision_medecin.pdf
17. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? sept 2012 [consulté le 6 janv 2015];(492). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
18. Bajos N, Rouzaud-Corbanas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? mai 2014 [consulté le 6 janv 2015];(511). Disponible sur: http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf
19. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à avril 2014 [Internet]. 2014 [consulté le 6 janv 2015]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/content/download/64249/823531/version/2/file/Contraceptifs-Oraux_Evolution-consommation-1janvier2013-avril2014.pdf
20. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et la femme [Internet]. 2013 [consulté le 9 févr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_fiches_memo_document_de_travail.pdf
21. Gronier H, Robin G, Dewailly D. Contraception. La Revue du Praticien. juin 2011;61:849-57.
22. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence Avis 6 novembre 2013 JAYDESS 13,5 mg, système de diffusion intra-utérin [Internet]. 2013 [consulté le 19 mars 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13150_JAYDESS_PIC_INS_Avis2_CT13150.pdf

23. Michelet-Bretau L. Dispositifs intra-utérins : analyses des pratiques des médecins généralistes et des gynécologues médicaux de Loire-Atlantique [Internet] [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Nantes]: Université de Nantes; 2010 [consulté le 7 janv 2015]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/6b548841-e57e-49ed-b855-1edff4993361>
24. De Verbizier A. Dispositifs intra-utérins en Médecine Générale en Lorraine. Etat des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2011 [consulté le 7 janv 2015]. Disponible sur: <zotero://attachment/250/>
25. De Castelbajac M. Evaluation de la formation des internes de médecine générale de Nantes à la pose des dispositifs intra-utérins [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Nantes]: Université de Nantes; 2014.
26. Ministère de la santé et des sports. 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 [Internet]. 2010 [consulté le 2 avr 2015]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20100828&numTexte=38&pageDebut=15668&pageFin=15669
27. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. D.E.S. de médecine générale [Internet]. [consulté le 8 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.isnar-img.com/content/des-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale>
28. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales [Internet]. [consulté le 8 avr 2015]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20110209&numTexte=24&pageDebut=02511&pageFin=02514
29. Couraud F, Pruvot F-R. Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales [Internet]. 2013 [consulté le 8 avr 2015]. Disponible sur: <http://isni.fr/wp-content/uploads/2014/04/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf>
30. Collège des Généralistes Enseignants de Loire-Atlantique Vendée. Réforme du DES de MG [Internet]. 2014 [consulté le 8 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.cgelav.fr/2015/02/19/r%C3%A9forme-du-des-de-mg/>
31. Collège Nationale des Généralistes Enseignants. Compte rendu (subjectif) du CA du CNGE du 7 mars 2015 [Internet]. 2015 [consulté le 8 avr 2015]. Disponible sur: <http://u.jimdo.com/www66/o/s49d7c7e7d7a3b96f/download/me015e6ea1721d010/1426440736/CA+du+CNGE.pdf>
32. Organisme gestionnaire du développement professionnel continu. Qu'est-ce que le DPC ? [Internet]. [consulté le 8 avr 2015]. Disponible sur: https://www.ogdpc.fr/ogdpc/le_dpc/10
33. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. La Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG) [Internet]. [consulté le 6 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.isnar-img.com/content/la-fili%C3%A8re-universitaire-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-fumg>

34. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Précis à l'usage des futurs Internes de Médecine Générale ECN 2014 [Internet]. 2014 [consulté le 6 avr 2015]. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/140512_isnaring_preciseqn_2014_bis.pdf
35. Gardon-Forestier S. Mise en place d'un atelier pratique de gynécologie dans la formation des étudiants de troisième cycle de médecine générale [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Dijon]: Université de Bourgogne; 2001.
36. Baranger 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 [Internet] [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine]: Université d'Angers; 2011 [consulté le 16 déc 2014]. Disponible sur: http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se_2011_06_Royer_Baranger.pdf
37. Bidet P. Pratique des gestes et techniques de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil [Internet] [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Créteil]: Université Paris Est Créteil; 2013 [consulté le 10 mars 2015]. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0638999.pdf>
38. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Plateformes d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) Référents Installation Formation Médicale Initiale à l'installation [Internet]. 2014 [consulté le 5 mars 2015]. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/140324_isnaring_propositions_paps_ri_fmi_installation_cagrenoble.pdf
39. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Île-de-France [Internet] [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2010 [consulté le 16 déc 2014]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf
40. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie ? Pédagogie Médicale. 2002;3(1):19-24.
41. Mauran N. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique enquête auprès de médecins landais [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Bordeaux]: Université de Bordeaux II; 2006.
42. Costes M, Louzeau-Arnal G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [Faculté des sciences médicales Rangueil]: Université Toulouse; 2006.
43. Le Goaziou M-F. Suivi à 4 ans de la pose de stérilet en médecine générale. La Revue du Praticien Médecine Générale. (463):1056-9.
44. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique. 2005;17(1):109-19.
45. Dubois-Jacque V. Les gestes techniques en médecine générale, état des lieux en Loire-Atlantique et Vendée [Internet] [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Nantes]: Université de Nantes; 2012 [consulté le 30 mars 2015]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/b221602b-c6f5-47d9-ba61-210edcbcdc80>

7 Annexes

Annexe 1 : Questionnaire.

Aspects socio-démographiques.

1. Êtes-vous une femme / un homme ? *

2. Quelle est votre année de naissance? *

3. Dans quelle ville avez-vous réalisé votre internat ou équivalent ? *

4. Depuis combien d'année(s) êtes-vous en activité ? *

5. Êtes-vous installé(e) ou remplaçant(e)? *

Autre : précisez

6. Exercez-vous en cabinet? *

Seul - Groupe - Autre.

7. Votre activité est-elle ? *

Urbaine - Rurale - Semi-urbaine ?

8. Exercez-vous une activité annexe à la médecine générale en cabinet ? *

Si oui précisez.

Activité de gynécologie/contraception.

1. Avez-vous une activité de gynécologie ? *

Importante - Moyenne - Faible - Nulle.

2. Le gynécologue le plus proche de votre cabinet se trouve ? *

3. Avez-vous une activité de contraception? *

4. Si oui, quels types de contraception prescrivez-vous? (plusieurs réponses possibles)

la pilule

le DIU au cuivre

le DIU hormonal

l'implant

Autre :

5. Lors d'une demande de contraception, parlez-vous systématiquement à vos patientes du DIU ? *

Si non, pourquoi ?

6. Pensez-vous que la pose des DIU soit un geste de médecine générale? *

7. Posez-vous des DIU? *

8. Si non, pourquoi ?

- Geste auquel vous n'avez pas été formé(e)
- Patiente nullipare
- Peur de l'échec
- Geste qui vous fait peur sur le plan médico-légal (perforation, infection, absence de contrôle immédiat après la pose ...)
- Problème d'assurance
- Réticences des patientes
- Geste trop long à exécuter
- Geste qui nécessite d'avoir le matériel adéquat
- Manque de formation/Besoin d'une formation complémentaire
- Vous ne souhaitez pas pratiquer ce geste ?
- Vous êtes opposé(e)s à ce type de contraception
- Autre :

9. Si vous ne posez pas vous-même les DIU, à qui adressez-vous vos patientes ?

- Gynécologue médical
- Médecin généraliste du cabinet où vous travaillez
- Médecin généraliste extérieur au cabinet
- CPEF
- Hôpital
- Autre :

Formation / Evaluation.

1. Au cours de votre internat (ou équivalent) , avez-vous fait un stage en gynécologie ?

*

Si non, pourquoi?

2. Au cours de votre internat (ou équivalent) , avez-vous bénéficié d'une formation pratique à la pose des DIU ? *

Si oui, précisez si c'était au cours : Stage de gynécologie? DIU de gynécologie ? Stage en cabinet de médecine générale? SASPAS? ou Autres ?

3. Au cours de votre internat (ou équivalent), estimez-vous avoir reçu une formation pratique à la pose des DIU ? *

Suffisante - Insuffisante - Inexistante ?

4. Vous êtes-vous formé(e)s à la pose de DIU en post-internat et comment ? *

5. Votre formation (internat et/ou post-internat) à la pose de DIU a été ?

Pratique, sur des patientes lors de véritables consultations, avec supervision par un autre médecin.

Pratique, sur des mannequins, au cours de consultations factices.

Vous n'avez pu être qu'observateur d'un médecin pratiquant ces gestes.

6. Avez-vous été formé(e) à l'anesthésie du col? *

Compétences.

1. Vous estimez-vous compétents pour poser des DIU ? *

2. Avez-vous rencontré des difficultés dans votre pratique de cette activité ?

Si oui, précisez de quels types : échec(s) ? réticences des patientes ? complications médicales ? autres ?

3. Selon vous, quelles sont les conditions pour rester performant et réaliser ce geste dans de bonnes conditions? *

- Pratiquer régulièrement cette activité de pose de DIU
- Se tenir informé(e) des nouveaux dispositifs et nouvelles techniques
- Participer à des formations
- Echanger avec des collègues sur leurs pratiques et techniques
- Autre :

4. Seriez-vous intéressé(e) si une formation pratique à la pose du DIU vous était proposée? *

5. Faut-il améliorer la formation pratique à la pose des DIU ? *

Si vous pensez que oui, que proposeriez-vous ?

Annexe 2 : Figure 18 : MG ayant une/des activité(s) annexes et répartition en fonction du type d'activité annexe.

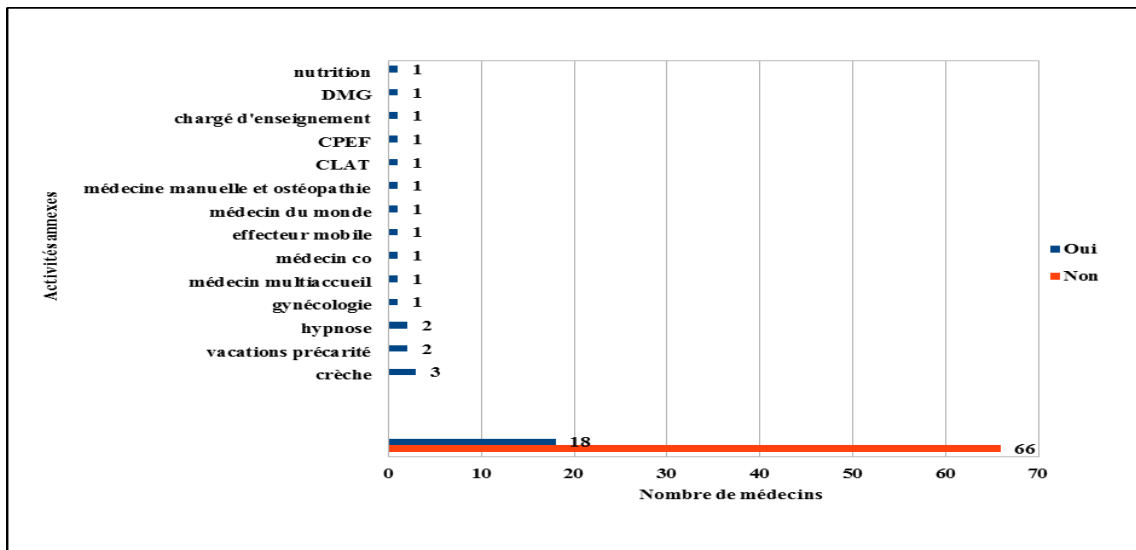


Figure 18 : MG ayant une/des activité(s) annexes et répartition en fonction du type d'activité annexe.

Annexe 3 : Figure 19 : MG ayant réalisé un stage de gynécologie durant leur DES de médecine générale.

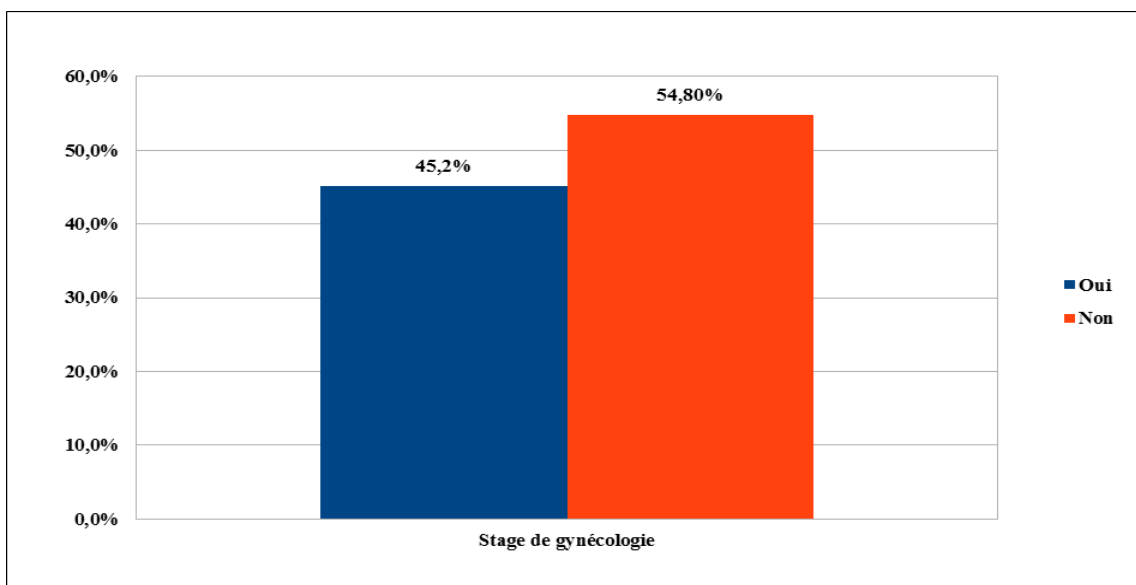


Figure 19 : MG ayant réalisé un stage de gynécologie durant leur DES de médecine générale.

Annexe 4 : Figure 20: Nombre de MG formés par lieu/méthode de FPI.

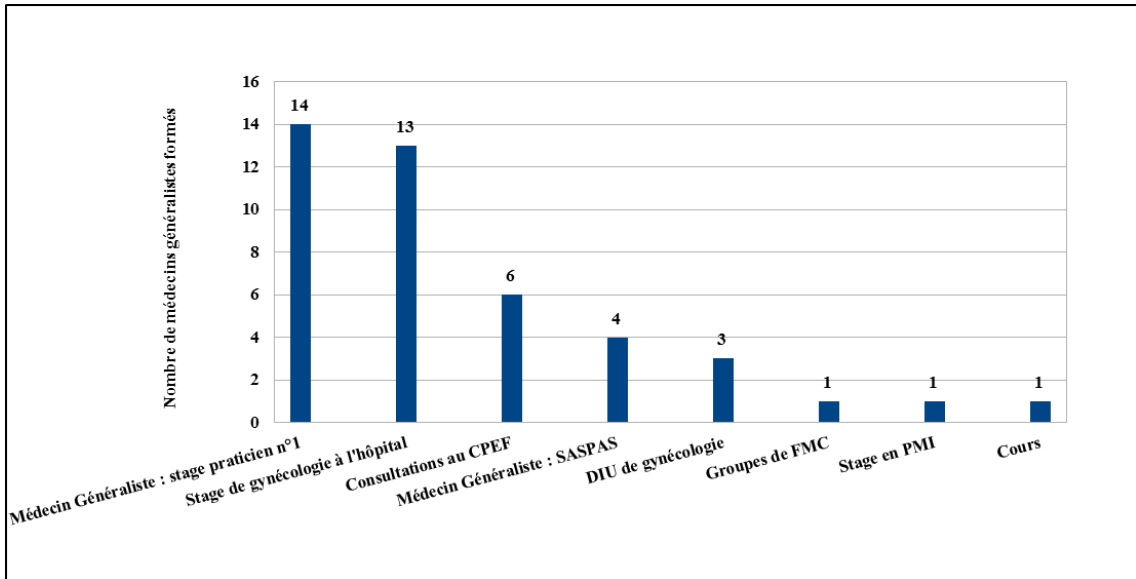


Figure 20 : Nombre de MG formés par lieu/méthode de FPI.

Annexe 5 : Figure 21 : Nombre de MG formés par type de formation.

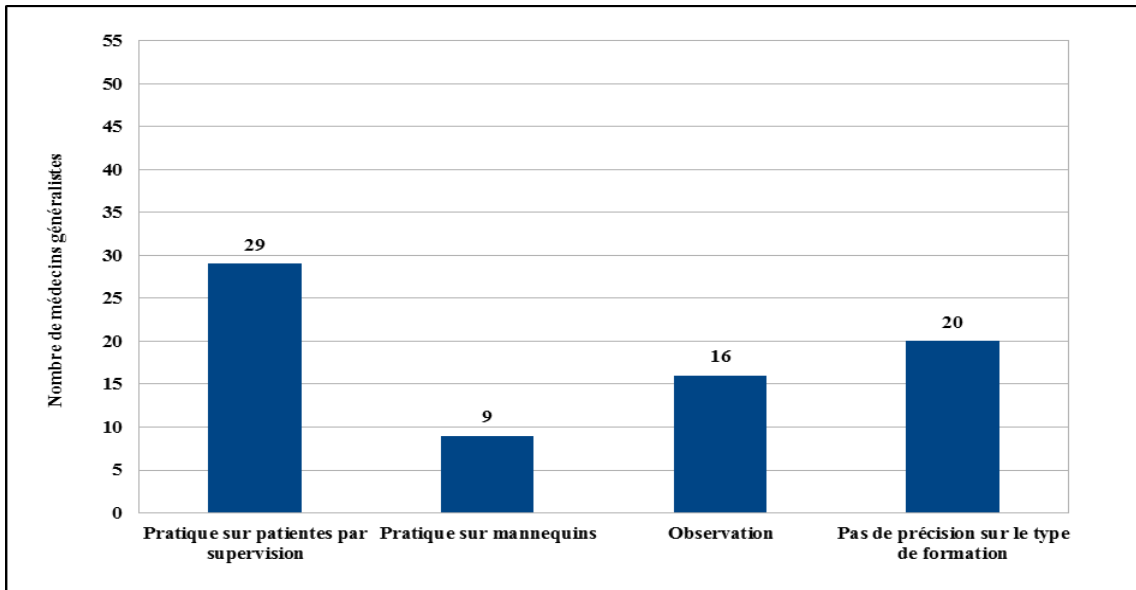


Figure 21 : Nombre de MG formés par type de formation.

Titre de thèse : Évaluation de la formation pratique initiale et continue à la pose des dispositifs intra-utérins, des médecins généralistes de Loire-Atlantique, en activité depuis 10 ans et moins.

RÉSUMÉ

Introduction : Devant la diminution constante des gynécologues médicaux et l'essor des demandes de pose de DIU faisant suite à la controverse sur les contraceptifs œstroprogestatifs de 3^e et 4^e génération, les médecins généralistes, notamment ceux en début de carrière, vont être de plus en plus sollicités. La pose de DIU est un geste technique qui fait partie des compétences du médecin généraliste, lequel doit y avoir été formé. Nous avons donc voulu dresser un état des lieux de la formation pratique initiale et continue à la pose des DIU des médecins généralistes et tenter d'établir un parallèle avec leur sentiment de compétence et leur pratique de ce geste.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête descriptive, quantitative, déclarative par auto-questionnaire électronique auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique, en activité depuis 10 ans et moins.

Résultats : Sur les 199 questionnaires envoyés 84 ont pu être exploités. Tous les médecins généralistes interrogés ont une activité de gynécologie/contraception, avec une part significativement plus importante chez les femmes. 95,2% des médecins généralistes considèrent la pose de DIU comme étant un geste de médecine générale mais 83,3 % des non poseurs déplorent un manque et/ou absence de formation. Moins de la moitié des médecins (45,2 %) ont fait un stage de gynécologie durant leur internat et seuls 53,6 % ont reçu une formation pratique initiale à la pose de DIU. Ils sont 65,5 % à s'être formés en post-internat. Les principaux lieux/méthodes identifiés comme formateurs sont pour la formation pratique initiale : le stage de gynécologie hospitalière, le stage praticien niveau 1 et le stage au CPEF et pour la formation pratique continue : le compagnonnage et la réalisation d'un diplôme inter-universitaire de gynécologie. Seuls 51,2 % des médecins généralistes interrogés se sentent compétents et 50 % posent des DIU. La formation pratique continue augmente significativement le sentiment de compétence et le fait de poser des DIU, ce qui n'est pas le cas de la formation pratique initiale, excepté lorsqu'elle est jugée suffisante, soit pour 13,1 % des médecins généralistes interrogés. Être une femme, exercer en milieu rural, avoir une activité de gynécologie/contraception importante et/ou moyenne et prescrire les DIU ont une influence significative positive sur le fait de faire une formation pratique continue, de se sentir compétent(e) et de poser soi-même des DIU.

Conclusion : La formation pratique initiale et continue à la pose de DIU existe mais reste perfectible aussi bien du point de vue de son accessibilité, que de son contenu. Une corrélation positive existe entre la formation pratique continue, le sentiment de compétence et le fait de poser des DIU. Des efforts restent donc à faire pour favoriser l'apprentissage pratique de la pose de DIU, toutes formations confondues. Plusieurs pistes d'amélioration peuvent ainsi être proposées.

Mots-clés : médecins généralistes, formation, pratique, initiale, continue, dispositif intra-utérin, compétence, pose.