UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N°102

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Nelly TRICHET - STEPHAN
née le 30 juin 1980 à La Roche sur Yon (85)

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 2012

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS:

BESOINS EN FORMATIONS DES MEDECINS GENERALISTES DE VENDEE

Président du jury et directeur de thèse : Monsieur le Professeur Rémy SENAND
Membre du jury : Monsieur le Docteur Alain PICAUD
Membre du jury : Monsieur le Professeur Jacques BARRIER
Membre du jury : Monsieur le Professeur Fabrice LOPES

Serment médical

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS:

BESOINS EN FORMATIONS DES MEDECINS GENERALISTES DE VENDEE

Table des matières

Glossaire des abréviations **1**

Table des illustrations **2**

Introduction **5**

Première partie : notions clés concernant la contraception, en particulier les DIU **8**

I/Epidémiologie 9

a)Contraception dans le monde et en France 9

1)Situation mondiale 9

2)Le paradoxe français 9

3)Les moyens de contraception utilisés 10

4)L'étude FECOND : quels changements ? 11

b)Interruption volontaire de grossesse 13

1)Situation mondiale 13

2)L'avortement en France 14

II/Suivi gynécologique des femmes françaises et intervenants dans ce suivi 20

a)Les gynécologues : le déficit se creuse… 20

b)Les médecins généralistes 20

c)Les sages-femmes 22

d)Les autres intervenants 23

III/Rôle et compétence du médecin généraliste dans la contraception 24

a)Rôle de prévention du médecin généraliste 24

b)Formation reçue par les médecins généralistes en gynécologie en France 25

c)Compétence des médecins généralistes en gynécologie : le point de vue des patientes 26

IV/Efficacité des différents moyens de contraception disponibles en France 27

Deuxième partie : enquête sur les besoins en formation des médecins généralistes de Vendée concernant les DIU 28

I/Hypothèse de départ et objectifs de l'enquête 29

a)Hypothèse 29

b)Objectifs 29

II/Méthode 30

a)Type de l'étude 30

b)Choix de l'échantillonnage 30

c)Chronologie de l'enquête 30

d)Le questionnaire 31
1)Première partie : le profil du médecin généraliste 31
2)Seconde partie : pratique des médecins généralistes concernant les DIU 31
3)Une question supplémentaire 32
e)Saisie des questionnaires et analyse des données 32
III/Résultats 33
a)Participation à l'enquête 33
b)Profil des médecins généralistes de l'échantillon 33
1)Sexe, âge, mode d'exercice 33
2)Situation géographique 35
3)Formation en gynécologie des médecins interrogés 36
4)Importance de l'activité 37
c)Pratique des médecins concernant la pose des DIU 38
d)Formation reçue par les médecins généralistes posant déjà des DIU 43
1)Moment et qualité estimée de la formation reçue 43
2)Types de formations reçues ayant permis la pose des DIU en cabinet libéral de médecine générale 44
e)Analyse des pratiques des médecins généralistes qui ne posaient pas de stérilets en cabinet libéral au moment de l'enquête 45
1)Raisons évoquées par les médecins généralistes ne posant pas de DIU 45
2)Les médecins généralistes interrogés et ne posant pas de DIU envisageraient-ils la pose de stérilets avec une « bonne formation » ? 46
3)Quels sont pour ces médecins les types de formation définissant une « bonne formation » ? 49
f)Y a-t-il un rapport entre la pose de DIU et celle d'implants sous cutanés contraceptifs 50
IV/Discussion 51
a)Discussion de la méthode 51
1)Qualité du questionnaire 51
2)Profil de la population étudiée 52
b)Discussion des résultats 53
1)Pratique des médecins généralistes concernant la pose des stérilets 53
2)Raisons évoquées par les médecins généralistes ne posant pas de DIU 55
3)Un manque de formation : oui, mais… 59
4)Les attentes des médecins en ce qui concerne les formations à la pose des DIU… 60

5)Y a-t-il une corrélation entre pose de DIU et pose de Nexplanon® par les médecins généralistes ? 63
Conclusion 65
Annexes 67
Annexe 1 : Lettre explicative du 14 mai 2012 .....
Annexe 2 : Le questionnaire .....
Annexe 3 : Lettre de relance du 29 mai 2012 .....
Annexe 4 : Exemple de tests statistiques .....
Bibliographie .....

Glossaire des abréviations

AMPR : acétate de médroxyprogestérone-retard (Depo-Provera®)

COCON (étude) : cohorte contraception

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

CSP : code de santé publique

DES : diplôme d'études spécialisées

DIU : dispositif intra-utérin

DU/DIU : diplôme universitaire ou diplôme interuniversitaire

EPPM : étude permanente de la prescription médicale

FMC : formation médicale continue

HAS : haute autorité de santé

HPST (loi) : hôpital patient santé territoire (loi)

INED : institut national des études démographiques

INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

IVG : interruption volontaire de grossesse

MACSF : mutuelle d'assurances du corps de santé français

OGC : organisme gestionnaire conventionnel

OMS : organisation mondiale de la santé

OP : œstro-progestatif

PMI : protection maternelle et infantile

RCP : responsabilité civile professionnelle

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

Table des illustrations

Première partie

Tableau 1 : Efficacité des méthodes contraceptives (OMS, 2009)

Deuxième partie

Figure 1 : Répartition par genre des médecins interrogés

Tableau 2 : Répartition des individus de l'échantillon en fonction de l'âge et du sexe

Figure 2 : Répartition par mode d'activité des médecins interrogés

Figure 3 : Répartition par milieu d'exercice des médecins interrogés

Tableau 3 : Répartition des individus de l'échantillon en fonction de leur distance au premier gynécologue et du sexe.

Tableau 4 : Répartition par âge et par sexe des médecins participants à une formation gynécologique actuellement

Figure 4 : Types de formations en gynécologie reçus actuellement par les médecins

Figure 5 : Nombre d'actes de gynécologie en fonction du nombre total d'actes réalisé par semaine

Figure 6 : Pratique des médecins interrogés concernant la pose des stérilets.

Figure 7 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur sexe

Figure 8 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur classe d'âge

Figure 9 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de la distance de leur cabinet au premier confrère gynécologue

Figure 10 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur milieu d'exercice

Figure 11 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur participation à une formation pratique en gynécologie au moment de l'enquête

Figure 12 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur validation (acquise ou en cours) d'une formation diplômante en gynécologie (DU/DIU/Capacité)

Figure 13 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur mode d'activité

Figure 14 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur nombre d'actes total déclaré par semaine

Figure 15 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur nombre d'actes en gynécologie déclaré par semaine

Figure 16 : Moment de formation à la pose des DIU des médecins généralistes posant des stérilets.

Figure 17 : Types de formations reçues par les médecins généralistes posant des DIU

Figure 18 : Raisons évoquées par les médecins généralistes qui ne posaient pas de DIU au moment de l'enquête (question ouverte)

Figure 19 : Répartition des médecins ne posant pas de DIU en fonction de leur réponse à la question : « Pensez-vous qu'avec une « bonne formation » vous envisageriez la pose des DIU ? »

Figure 20 : Répartition des médecins ne posant pas de DIU en fonction de leur réponse à la question 17 et de leur sexe

Figure 21 : Répartition des médecins ne posant pas de DIU en fonction de leur réponse à la question 17 et de leur classe d'âge

Figure 22 : Répartition des médecins ne posant pas de DIU en fonction de leur réponse à la question 17 et de la distance les séparant du premier gynécologue

Figure 23 : Répartition des médecins ne posant pas de DIU en fonction de leur réponse à la question 17 et du nombre d'actes de gynécologie déclaré par semaine

Figure 24 : Types de formations qui sembleraient nécessaires et adaptées pour faire envisager la pose de DIU aux médecins généralistes qui n'en posaient pas lors de l'étude

Figure 25 : Répartition des médecins généralistes interrogés en fonction de leur pratique de la pose d'implants sous-cutanés contraceptifs

<u>Figure 26</u> : Répartition des médecins généralistes interrogés en fonction de leur pratique de la pose d'implants sous-cutanés contraceptifs selon leur pratique de la pose des DIU

INTRODUCTION

Même si la demande de soins de la part des patients reste le plus fréquent des motifs de consultation en médecine générale, l'évolution de la société les pousse à rechercher une démarche préventive.

Depuis sa légalisation en 1967 (loi Neuwirth), la prescription de la contraception dite « réversible » rentre pleinement dans ce rôle de prévention. En effet, le principal but de la contraception est de diminuer le nombre de grossesses non désirées ainsi que le nombre d'IVG qui en découle.

Parallèlement, on considère, en dehors de tout préjugé médical, que la meilleure contraception pour une femme est celle qu'elle choisit (1).

Favoriser l'accès aux différents modes de contraception est donc une priorité à l'échelle individuelle mais également un enjeu de santé publique et notamment pour le médecin généraliste puisqu'en France, plus d'un tiers des femmes consultent un médecin généraliste pour la prescription de leur contraception (2).

Actuellement, seuls 8 à 20% au maximum des médecins généralistes posent des DIU selon les différents états des lieux réalisés sur les dix dernières années (thèses de médecine générale, autres études de pratiques).

Pourtant, le DIU permet une meilleure observance et est en pratique plus efficace que la pilule souvent oubliée. En pratique courante sur 12 mois et selon les données de l'OMS, on observe 0,8% de grossesse sous stérilet contre 6 à 8% sous pilule (3).

Ceci pose un problème d'autant plus que nous allons vers une raréfaction des gynécologues médicaux (plus de 60% de départ en retraites d'ici 2020, soit un gynécologue médical pour 250000 femmes en 2020 ; déficit qui ne semble pas comblé par l'augmentation du nombre de postes d'internes) (4).

Le médecin généraliste devra donc probablement s'impliquer d'avantage dans le suivi gynécologique des femmes à l'avenir.

Il nous a donc paru important d'essayer de déterminer pourquoi les médecins généralistes sont si peu nombreux à poser des stérilets et quelles sont leurs attentes.

Notre hypothèse de départ est que le manque de formation est le principal obstacle. Elle est basée sur les résultats des différents états des lieux précités et

sur les premières analyses de l'enquête FECOND (5) montrant que seulement 29% des médecins généralistes considèrent avoir reçu une formation les préparant bien à la pose des DIU.

Ce travail, basé sur une étude de pratique des médecins généralistes de 6 cantons de Vendée, essaie d'identifier leurs besoins en formation concernant les stérilets.

Dans la première partie, nous avons rassemblé quelques données de la littérature concernant les DIU ; notions clés pour aborder la suite.

La seconde partie est consacrée à l'enquête.

PREMIERE PARTIE :

Notions clés concernant la contraception, en particulier les DIU.

I/ Epidémiologie

a) Contraception dans le monde et en France

1) *Situation mondiale* (6)

Dans le monde, 63% des couples utilisent une méthode contraceptive sachant que dans les 37% restant, une partie n'a pas besoin de recourir à une méthode contraceptive (couples stériles, attendant un enfant, cherchant à avoir un enfant).

En pratique, on peut classer les méthodes contraceptives en 2 sous-classes :

- méthodes dites « modernes » : hormonales (pilules, patch ; anneau vaginal ; DIU au progestatif…) et non hormonales (préservatifs, DIU au cuivre, spermicides…)
- méthodes dites « traditionnelles » : retrait, abstinence périodique ou prolongée, allaitement maternel…

9 couples sur 10 désirant limiter les naissances ont recours à une contraception moderne.

La méthode contraceptive la plus répandue est la stérilisation (37% des couples ne désirant pas avoir d'enfant) ; 9 fois sur 10 elle concerne la femme.

En ce qui concerne les méthodes réversibles, le DIU est en première position (23%) suivi de la pilule (14%) puis des autres moyens comme le préservatif, le retrait… ; sachant que les usages varient beaucoup d'un pays à l'autre.

2) *Le paradoxe français*

En France, selon les sources de l'INSEE au 1er janvier 2012, un peu plus de 14 millions de femmes sont en âge de procréer (15-49 ans) et le nombre de naissances en 2011 est estimé à 827000 (taux de natalité parmi les plus forts d'Europe) (7).

Une très grande majorité de Français utilise un moyen de contraception. D'après le Baromètre Santé 2010 de l'INPES (8), 90,2% des femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, non stériles, ayant un partenaire masculin, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant utilisent une méthode contraceptive. 7,7% n'utilisent aucune contraception et 2,1% irrégulièrement. La fréquence d'utilisation des méthodes contraceptives réversibles est même l'une des plus élevées au monde.

Mais en dépit de l'utilisation massive des méthodes de contraception médicales efficaces, le taux de grossesses non désirées reste important. Environ 1/3 des grossesses intervient alors qu'elles n'étaient pas prévues et 1 grossesse sur 5 serait non désirée (soit environ 360000 par an). Il en résulte environ 210000 IVG par an, taux stable depuis 20 ans.

3) Les moyens de contraception utilisés

D'après le Baromètre Santé de 2010 établi par l'INPES (9) et confirmant les résultats de l'étude de cohorte COCON (10) (2000-2004), la situation française se caractérise par la place largement prédominante de la contraception orale. 55,5% des femmes désirant éviter une grossesse et 70,8% si on ne considère que les femmes de moins de 35 ans. Le stérilet est en deuxième position : 26% des femmes concernées ; 43% chez les femmes de 45 ans et plus.

L'utilisation des contraceptifs est véritablement âge-dépendant : les jeunes entrant dans la vie sexuelle utilisent préférentiellement le préservatif, seul ou en association avec la pilule. Dès que s'établit une relation plus stable, la pilule devient souvent le seul moyen de contraception. Une fois le nombre d'enfants désiré atteint et surtout après 45 ans, le DIU devient la méthode la plus employée.

La stérilisation en France ne concerne que 4,2% des couples (3,9% des femmes et 0,3% des hommes).

Dans les Pays de la Loire, d'après l'observatoire régional de la santé (11), en 2010, 94% des femmes de 15 à 49 ans a priori concernées déclarent utiliser un moyen de contraception (93% de façon systématique). La répartition des méthodes contraceptives utilisées est comparable au modèle français sauf chez

les jeunes femmes de 15 à 25 ans qui utilisent la pilule pour 86% contre 78% en moyenne en France.

4) L'étude FECOND (5) *: quels changements ?*

La loi Aubry du 4 juillet 2001 (14) a facilité l'accès à la contraception et à l'avortement chez les mineures ; elle a aussi légalisé la stérilisation à visée contraceptive. De plus, depuis les années 2000, un plus large choix de méthodes contraceptives s'offre aux femmes : implant sous-cutané progestatif disponible depuis 2001, patch œstro-progestatif en 2002, anneau vaginal œstro-progestatif en 2004… La contraception d'urgence est à accès direct sans ordonnance et gratuite pour les mineures.

Une nouvelle étude des pratiques s'avérait donc nécessaire. L'enquête FECOND réalisée en 2010 par l'INSERM et l'INED concerne la population générale et les médecins.

La première partie de l'enquête a été réalisée par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire de 5275 femmes âgées de 15 à 49 ans et 3373 hommes du même âge. Elle explore les pratiques contraceptives, les échecs de la contraception, les grossesses prévues et non prévues, le recours à l'avortement et les dysfonctions érectiles.

La deuxième partie concerne 1011 médecins généralistes ou gynécologues exerçant en cabinet de ville tirés au sort qui ont répondu à un questionnaire en 2011 sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive.

L'analyse est en cours mais les premiers résultats publiés mettent en évidence :

- une sensible diminution de l'utilisation de la pilule (-4,6%) depuis 2000 globalement compensée par l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives (patch, implant…)

  A noter également :

  - une sensible diminution du recours au stérilet
  - une augmentation de l'utilisation du préservatif

- une stabilisation du recours aux méthodes « traditionnelles » (6,2%)
- toujours une minorité de couples concernés par la stérilisation, notamment chez les femmes, alors qu'elle a été légalisée à visée contraceptive il y a maintenant plus de 10 ans.

- un modèle contraceptif figé âge-dépendant

  En ce qui concerne le DIU, il paraît toujours réservé aux femmes plus âgées ou à celles ayant eu des enfants malgré les recommandations de la HAS diffusées en 2004 (12) à l'ensemble des professionnels de santé précisant que le DIU pouvait être utilisé à tous les âges et chez les nullipares..

  54% des femmes interrogées en 2010 considèrent que le DIU n'est pas indiqué pour une femme n'ayant pas eu d'enfant. Ce même pourcentage s'élève à 69% chez les gynécologues et 84% chez les médecins généralistes.
- des inégalités sociales dans l'accès à la contraception et dans le type de suivi médical plutôt que dans le type de contraception utilisé.

  Les ouvrières sont 73% à être suivies par un gynécologue pour leur contraception contre 82% chez les femmes cadres.

  Les femmes consultant un gynécologue utilisent moins souvent la pilule que celles suivies par le généraliste (48% versus 70%) mais ont davantage recours au stérilet (26% versus 7%).

  98% des gynécologues interrogés considèrent que leur formation les a bien préparés à la pose des DIU contre 29% seulement des généralistes.
- la précarité socio-économique… toujours un frein.

  Le déclin de la pilule chez les 20-24 ans entre 2000 et 2010 est moins marqué chez les femmes les plus diplômées.

  Les jeunes femmes de 20-24 ans qui connaissent une situation financière difficile et qui ne vivent plus chez leurs parents utilisent moins la pilule que les autres (71% versus 88%).

En conclusion, la démarche de prévention qui consiste à prescrire pour chaque femme le désirant une contraception adaptée, afin de diminuer le nombre de grossesses non prévues, semble bien passer par l'information :

- des femmes sur le suivi gynécologique nécessaire et les différents moyens de contraception s'offrant à elles ; notamment remboursés pour un meilleur accès ;
- des hommes puisque la contraception concerne le couple dans sa globalité et que certaines méthodes de contraception les concernent directement ;
- des professionnels de santé par une formation plus approfondie sur la contraception en général afin que l'information donnée aux patients soit claire, juste et complète.

Ce n'est que grâce à une bonne information de tous ces intervenants que l'on peut espérer diminuer le nombre de grossesses non désirées qui, finalement, concernent bon nombre de femmes à un instant ou l'autre de leur vie.

b) Interruption volontaire de grossesse

1) *Situation mondiale* (13)

En 2003, dans le monde, environ 1 grossesse sur 4 est interrompue volontairement ; soit un peu plus de 40 millions d'avortements dans l'année. Ce chiffre est très incertain, notamment dans les pays où l'IVG est illégale.

Seuls 56 pays (28%) permettent les IVG non motivées sous un délai fixé. Les conditions d'accès à l'IVG sont restrictives dans une majorité de pays ; en général l'IVG n'est accordée que s'il y a un risque physique ou mental pour la mère et/ou le bébé.

Les principales raisons des avortements dans le monde sont l'absence de contraception ou l'échec de celle-ci. L'avortement sélectif en fonction du sexe est surtout utilisé en Asie.

En 2005, l'OMS considère que pratiquement la moitié des avortements provoqués est pratiquée dans de mauvaises conditions entraînant la mort de près de 70000 femmes et des complications graves pour nombre d'autres femmes. Quasiment 100% de ces avortements à risques sont pratiqués dans un pays où l'avortement est illégal ou réalisable sous conditions très strictes.

2) L'avortement en France

- *Le cadre législatif et les apports de la loi du 4 juillet 2001:*

Le 21 décembre 1974 (14), le Parlement adoptait la loi Veil autorisant l'interruption volontaire de grossesse sous certaines conditions.

Fin 1982, le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale était voté.

Plus récemment, la loi du 4 juillet 2001 (15) a assoupli les conditions et les modalités de réalisation de l'IVG :

- allongement du délai d'accès à l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesses qui se traduit en 2005 par 38000 recours à l'IVG à plus de 10 semaines.
- accès aux mineures sans autorisation parentale
- entretien pré-IVG non obligatoire pour les majeures
- renforcement du délit d'entrave et alourdissement des peines
- suppression du délit de propagande et de publicité
- éducation à la sexualité obligatoire en milieu scolaire
- suppression des quotas maximum d'IVG dans les établissements de santé privés
- IVG médicamenteuses réalisables en médecine de ville jusqu'à 5 semaines de grossesses sous réserve d'avoir signé une convention avec un établissement hospitalier
- intégration des centres d'IVG aux services de gynécologie-obstétrique

La loi du 9 août 2004 (16) relative à la santé publique inclut le champ de la contraception et de l'IVG dans les domaines de la santé publique pour lesquels sont fixés des objectifs quantifiés. Elle autorise également les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale dans le cadre des suites de couches ou d'IVG.

En 2008, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a autorisé la pratique des IVG médicamenteuses dans les centres de planification et d'éducation familiale ainsi que dans les centres de santé.

La loi du 21 juillet 2009 (17) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) prévoit l'élargissement des compétences en matière de contraception et d'IVG à de nouveaux professionnels. Le pré-projet de loi envisageait une expérimentation régionale de la pratique des IVG médicamenteuses par des sages-femmes, disposition annulée par la décision du Conseil constitutionnel du 16 juillet 2009.

- *Les chiffres* (10) (18)

Selon l'INED, 40% des femmes vivant en France auront recours à l'IVG au moins une fois au cours de leur vie.

Le nombre annuel d'IVG est quasi stable depuis 1990 à environ 210000 IVG par an soit un taux de 14 avortements annuels pour 1000 femmes de 15 à 49 ans, bien qu'une légère augmentation se profile depuis le début des années 2000 avec un taux qui est passé à 14,7 pour 1000.

Derrière cette relative stabilité du taux d'IVG, quelques changements sont notables :

- une hausse du taux d'IVG chez les moins de 25 ans : 27 pour 1000 en 2009 chez les femmes entre 20 et 24 ans. Les femmes de moins de 20 ans et celles de plus de 45 ans sont celles pour lesquelles la propension à interrompre une grossesse est la plus élevée ; avec un nombre d'IVG proche voire supérieur au nombre de naissance.
- une diminution du nombre de grossesses non désirées grâce en partie à la diffusion de la contraception mais une propension à les interrompre plus marquée. Environ 4 grossesses imprévues sur 10 se terminaient par une IVG en 1975 contre 6 en 2000 selon l'enquête COCON.
- une augmentation du nombre d'IVG médicamenteuses (50% des IVG en 2011). En 2006, environ 1 avortement médicamenteux sur 6 était réalisé en cabinet libéral (soit 10,5% du nombre total d'IVG) mais ce chiffre n'augmente plus depuis. Le principal frein tient au faible nombre de médecins ayant signé une convention avec un établissement hospitalier. Par ailleurs l'accès à l''IVG médicamenteuse peut être rendu difficile du fait de l'obligation pour la femme de faire l'avance des frais, ce qui n'est pas le cas en hospitalier, en centres de santé et en centres de

planification et d'éducation familiale. A noter également que la prise en charge des IVG médicamenteuses en ville est très inégalement répandue sur le territoire. (19)

Il nous semble important également de noter que grâce à la légalisation de l'IVG et à la médicalisation qui en découle en France, le nombre de complications et de décès lié à l'IVG a chuté. En effet, on dénombrait un décès par jour dans les années 1960 contre moins de 2 par an actuellement.

Dans les Pays de la Loire, selon l'observatoire régional de la santé (11), 8300 IVG ont été réalisées chaque année en moyenne en 2008 et 2009. Le taux de recours est le plus faible des régions françaises (10,6 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans). Cet écart tend toutefois à se réduire en raison de l'augmentation du taux de recours plus rapide ces dernières années en Pays de la Loire qu'au plan national (+1,9% par an contre 0,3%). 39% des IVG sont médicamenteuses dans la région mais seulement 0,5% du nombre total d'IVG sont réalisées par des médecins gynécologues ou généralistes libéraux.

- *Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas diminué ?* (8) (18) (20)

En 20 ans, malgré le niveau élevé de couverture contraceptive médicalisée et la diffusion de la contraception d'urgence (sans prescription médicale depuis la loi du 13 décembre 2000), le nombre d'avortement n'a pas diminué.

Plusieurs étiologies sont intriquées :

- **Les échecs ou la mauvaise maitrise des méthodes de contraception.**

  Parmi les femmes concernées par une IVG, 2 sur 3 déclarent avoir utilisé une contraception au cours du mois où la grossesse a débuté, et 1 sur 2 une méthode médicale.

  Selon l'enquête COCON (10), au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG, 28% des femmes n'utilisaient pas de contraception, 23,1% utilisaient la pilule, 7% le stérilet, 19,3% le préservatif, 19,1% une méthode naturelle et enfin 3,4% une autre méthode.

Parmi les échecs de la contraception orale, 2/3 sont dus à des oublis. Selon l'étude BVA-INPES (1) parue en 2007, 1 femme sur 5 oublie sa pilule au moins une fois par mois.

Concernant les DIU, 1/3 des échecs sont dus à des expulsions. Près de 60% ne sont pas expliqués.

Les préservatifs et autres méthodes locales échouent pour plus de 80% à cause d'un mésusage ou non usage.

Le manque d'information des hommes et femmes français explique en partie ces échecs. Pour exemple, 64% des Français considèrent à tort qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse durant le cycle menstruel.

- **Inadéquation entre les méthodes utilisées et les conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes.**

  En France, il y a comme nous l'avons expliqué précédemment une prescription de contraception réellement âge-dépendant. Mais, pour exemple, la pilule très majoritairement utilisée chez les jeunes femmes n'est pas forcément la méthode à privilégier en cas d'activité sexuelle irrégulière ou d'un travail aux horaires variables…En effet, la pilule est théoriquement l'un des moyens de contraception le plus efficace (après la stérilisation et les implants) mais en pratique on constate un taux d'échec bien plus important que pour les stérilets. Si on considère le pourcentage de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle durant la première année d'utilisation, il est de 0,3% en utilisation parfaite de la pilule (toutes pilules confondues) mais passe à 8% en emploi habituel ; alors que pour les DIU hormonaux ce pourcentage reste identique à 0,1% et passe de 0,6 à 0,8% pour ceux au cuivre (21).

  Ici encore, une véritable implication des femmes dans le choix de leur contraception, passant par une meilleure prise en compte des conditions de vie au moment de la prescription et une meilleure information sur les différentes méthodes disponibles,

permettrait sans doute de réduire l'écart entre l'efficacité théorique et pratique d'un moyen contraceptif.

- **Renforcement de la notion de « norme sociale du bon moment pour être mère »** selon l'étude COCON **ou « maternité choisie »** : nécessité d'une relation stable, d'un logement, d'une situation professionnelle pour le couple. Cette notion est en lien direct avec l'essor des taux de scolarité et d'activité féminins. Elle explique en partie l'augmentation du nombre d'IVG en cas de grossesse non désirée.

- **Persistance pour certain d'une difficulté d'accès à la contraception** en fonction du milieu socio-économique, culturel et géographique **et à l'IVG** (délais de prise en charge allongés dans les zones de forte demande…).

- **Sous-utilisation de la contraception d'urgence.**
  Les 3 méthodes actuellement disponible en France sont le DIU au cuivre, la contraception d'urgence hormonale (lévonogestrel ou Norlevo®) et un modulateur sélectif du récepteur de la progestérone (ulipristal ou EllaOne®).
  9 femmes sur 10 se présentant pour une IVG n'ont pas utilisé la pilule du lendemain en grande partie car elles n'y ont pas pensé alors qu'on estime que correctement utilisée, la contraception d'urgence en général pourrait éviter plus de 3 grossesses non désirées sur 4.
  On peut alors se demander s'il n'est pas justifié de prescrire systématiquement une pilule du lendemain en même temps que la prescription de pilule contraceptive ou lors d'une consultation en rapport avec la sexualité en général.

- **« Il semble que les médecins privilégient la prescription des méthodes qu'ils jugent très efficaces** alors que ces méthodes peuvent ne pas être adaptées aux attentes et au mode de vie des

femmes et des couples. En conséquence elles sont moins bien utilisées et donc moins efficaces. Du fait de l'existence de cette « norme », d'autres méthodes ont été insuffisamment proposées aux femmes et aux couples » selon l'INPES dans son dossier de presse intitulé « La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit ». Le médecin doit donc évaluer au cours d'une consultation sur la contraception le niveau de connaissance de la patiente ou du couple, proposer les méthodes envisageables sans imposer afin que la patiente puisse faire un choix éclairé en fonction de ses attentes et de son mode de vie. La femme doit s'impliquer au maximum dans le choix de sa contraception.

- **Activité médicale peu attractive pour le personnel de santé** et notamment en ce qui concerne l'IVG instrumentale qui demeure une activité déficitaire

- Enfin, une partie des IVG semble évitable par des efforts accrus de prévention des grossesses non désirées mais **n'y a-t-il pas un nombre annuel « seuil » d'IVG en deçà duquel on ne pourra pas descendre** quelques soient les mesures entreprises ? Des travaux de recherche montrent qu'une augmentation de 50% de la prévalence de la contraception ne diminue que de 32% le nombre d'IVG (22). En effet les facteurs qui conduisent à une grossesse imprévue et à la décision de l'interrompre sont multiples, complexes, et échappent pour une large part à l'intervention publique.

II/ Suivi gynécologique des femmes françaises et intervenants dans ce suivi.

a) Les gynécologues : le déficit se creuse… (23) (24)

Au 1er janvier 2011, environ 7000 gynécologues exercent en France dont 1603 gynécologues médicaux soit 1 gynécologue médical pour 3700 femmes sachant qu'à cette date, 70% des gynécologues médicaux ont 55 ans ou plus.

La moyenne d'âge des gynécologues en activité actuellement est de 53 ans.

Jusqu'en 1984 la France possédait une originalité dans le domaine de la santé : la Gynécologie Médicale, spécialité universitaire née en 1963. A la suite de la réforme de l'internat en 1984, la Gynécologie Médicale a été supprimée du cursus universitaire (25). Le décret du 30/01/2003 (paru au Journal Officiel. du 01/02/2003) a rétabli cette discipline. Mais en réalité, l'interruption de formation de 19 ans, le peu d'universitaires nommés en Gynécologie Médicale et le peu de postes d'internes offerts par an aux Epreuves Classantes Nationales laissent présager pour les années à venir un déficit de plus en plus marqué. A l'horizon 2020, on estime l'effectif à 1 gynécologue médical pour 250000 femmes.

En Vendée, au 1er janvier 2011, dans la spécialité Gynécologie Médicale seule, on dénombre 7 médecins inscrits au CNOM dont 100% ont 55 ans ou plus.

Le médecin généraliste devra donc probablement s'impliquer d'avantage dans le suivi gynécologique des femmes à l'avenir.

b) Les médecins généralistes (23)

Au 1er janvier 2011, la France compte 93394 médecins généralistes inscrits au CNOM dont 55136 en libéral, 6604 en activité mixte et 31568 salariés. La densité est de 142 médecins pour 100000 habitants. 30% des médecins généralistes ont alors 55 ans ou plus et la moyenne d'âge est de 51 ans. Un nouvel inscrit au CNOM sur 10 seulement exerce en libéral.

En Vendée, au 1er janvier 2011, on dénombre 760 médecins généralistes toutes activités confondues soit une densité de 119,5 médecins pour 100000 habitants mais surtout 58% de ces médecins ont 55 ans ou plus.

En ce qui concerne le suivi gynécologique des femmes, d'après le rapport de l'étude EPILULE (2005) (26), il est assuré dans 57% des cas par les gynécologues et dans 39% des cas par les généralistes.

D'après l'observatoire Thalès (2), en 1999, le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique chez le médecin généraliste est de 3,6 par femme et par an et la contraception représente 35% des actes de gynécologie du médecin généraliste.

D'après les données de l'EPPM (2) en 1999, la contraception (prescription, suivi…) représente même plus de 50% des actes de gynécologie du médecin généraliste. Plus d'un tiers des femmes consultent un médecin généraliste pour la prescription et le suivi de leur contraception.

On peut noter quelques particularités de prescription des médecins généralistes en ce qui concerne la contraception. L'étude FECOND (5) met par exemple en évidence que les femmes consultant un gynécologue utilisent moins souvent la pilule que celles suivies par le généraliste (48% contre 70%) et ont davantage recours au stérilet (26% contre 7%). Ces chiffres rejoignent ceux déjà connus de la littérature stipulant que les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de pilules œstro-progestatives et de contraception d'urgence hormonale alors que les gynécologues sont les principaux prescripteurs de pilules micro-progestatives, d'implants sous-cutanés contraceptifs et de DIU.

On constate finalement que le rôle du médecin généraliste dans la prescription et le suivi de la contraception est incontestable. Mais, après une croissance importante entre 1980 et 2000, l'effectif et la densité des médecins généralistes vont tendre à se réduire dans les prochaines décennies pour atteindre en 2020 un niveau inférieur à celui de 1993. Parallèlement on assiste à une féminisation et à un vieillissement des médecins généralistes. Quels sont alors les autres intervenants possibles dans le suivi gynécologique des femmes et plus particulièrement la contraception ?

c) **Les sages-femmes** (27) (28)

D'après le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, celles-ci exercent une profession médicale à compétence définie c'est-à-dire que le code de santé publique a déterminé leur champ d'intervention.

Comme mentionné précédemment, la loi du 9 août 2004 autorise les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen post-natal et après une IVG.

L'article 86 de la loi HPST du 21 juillet 2009 (17) élargit leurs compétences notamment en ce qui concerne la contraception, en partie d'ailleurs pour répondre à la nécessité de pallier au problème de démographie médicale :

- « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique » (Article L.4151-1 du CSP)
- « "Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme. L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé » (Article L.5134-1 du CSP)
- « Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant » (Article L.5134-1 du CSP)

L'Ordre des Sages-Femmes rappelle tout de même dans son bulletin d'octobre 2009 que « Notre code de déontologie exige des sages-femmes qu'elles donnent des soins "conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né". L'Ordre tient donc à appeler l'attention des sages-femmes sur l'impérieuse nécessité de suivre des formations, lorsque

cela s’avère utile, en vue de réaliser des actes ou des prescriptions entrant dans leurs nouvelles compétences ».

d) Les autres intervenants (17)

En ce qui concerne les infirmiers, la loi relative à la contraception d’urgence du 13 décembre 2000 autorisait déjà les infirmiers scolaires à délivrer et administrer la contraception hormonale d’urgence (Lévonorgestrel 1,5mg) dans les cas d’urgence et de détresse caractérisée.
L’article 88 de la loi HPST élargit leurs compétences : « L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les centres de planification ou d'éducation familiale et dans les services départementaux de protection maternelle et infantile » (Article L.4311-1 du CSP).

Quant aux pharmaciens, selon l’article 89 de la loi du 21 juillet 2009 applicable par décret du 17 juillet 2012, ils ont également le droit de renouveler une prescription dans les mêmes conditions que les infirmiers. De plus, la délivrance de la contraception d'urgence en pharmacie est libre et n'est donc pas soumise à prescription médicale. Elle n'est pas remboursée par l'assurance maladie, le remboursement n'étant possible que sur prescription d'un médecin. Toutefois, une mineure peut y accéder directement de façon anonyme et gratuite sur simple déclaration de sa minorité.

Les centres de planification familiale et les structures de Protection Maternelle et Infantile ont également un rôle d’information concernant la régulation des naissances et la prévention des infections sexuellement transmissibles. Ils peuvent mettre en place des actions de formations destinées entre autres aux professionnels.

III/ Rôle et compétence du médecin généraliste dans la contraception

a) Rôle de prévention du médecin généraliste (29)

La prévention occupe une place de plus en plus importante en médecine générale. Même si la demande de soins de la part des patients reste le motif de consultation le plus fréquent, l'évolution de la société les pousse à rechercher une démarche préventive : « je suis en bonne santé et je souhaite (ou je veux) y rester ».

La prévention selon l'OMS, c'est « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents ».

On peut distinguer 3 sous-classes de prévention en fonction du moment où elle se situe par rapport à la survenue de la maladie.

- La prévention primaire. C'est « l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas ». Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation…) et/ou collective (distribution d'eau potable, vaccination…). En ce qui concerne la contraception, son but est d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée et de lutter contre les IST. Ceci est une priorité pour l'ensemble des professionnels de santé concernés mais les campagnes d'informations jouent également un rôle important (Exemple : le 26 septembre, c'est la Journée mondiale de la contraception dont le slogan en 2012 était « Ton avenir. Ton choix. Ta contraception ») (30).
- La prévention secondaire. Ce sont « tous les actes destinés à réduire la prévalence d'une maladie donc à réduire sa durée d'évolution ». Elle comprend le dépistage et le traitement des premières atteintes. Dans ce sujet, c'est principalement la contraception d'urgence.
- La prévention tertiaire. Ce sont « tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie ». Son objectif en ce qui concerne la contraception est de contribuer à la

baisse du nombre des IVG tout en évitant une dégradation de la prise en charge de l'IVG.

D'autres classifications de la prévention ont été proposées : la prévention universelle (campagnes d'informations…), orientée sur les sujets à risque ou ciblée (équivalent de l'éducation thérapeutique) ou encore prévention active et passive selon l'implication du sujet.

b) Formation reçue par les médecins généralistes en gynécologie en France (31)

En ce qui concerne les futurs médecins généralistes, depuis 1999, les résidents ou internes doivent valider une maquette de stages de 6 mois chacun pour obtenir le DES de médecine générale. Cette maquette comprend un stage dans le pôle mère-enfant (gynécologie ou pédiatrie). En gynécologie-obstétrique, bon nombre de postes de stagiaires sont réservés aux élèves sages-femmes ou aux internes de spécialité. Un nombre conséquent de médecins généralistes sortant n'a donc pas fait de stage en gynécologie et a appris la gynécologie avec un confrère généraliste lors d'un stage chez le praticien moyennant que ce dernier pratique la gynécologie. Certains médecins généralistes finissent donc leur cursus de formation en ayant eu pour seule pratique de la gynécologie leur stage d'externe de 2 mois.

Depuis 1999, le Ministère de l'Education nationale a créé un DU ou DIU en gynécologie-obstétrique à l'attention notamment des médecins généralistes. Il comporte une formation théorique d'environ 90 heures selon les facultés et une formation pratique basée sur des travaux dirigés en petits groupes et des stages hospitaliers (consultations, gardes…). Son obtention nécessite une note d'au moins 10/20 à l'écrit final et la validation d'un mémoire et de l'activité pratique par un maître de stage. Il existe également des FMC ciblant la gynécologie.

Au final, rappelons que d'après les premiers résultats de l'étude FECOND (5), seulement 29% des médecins généralistes considèrent avoir reçu une formation les préparant bien à la pose des DIU.

c) Compétence des médecins généralistes en gynécologie : le point de vue des patientes (32) (33)

L'enquête BVA réalisée pour la Fédération Nationale des collèges de gynécologie en 2008 montrait que le suivi gynécologique est largement répandu auprès de la population féminine française : la grande majorité des femmes interrogées (85%) déclare avoir un suivi gynécologique assuré pour la plupart par un gynécologue (70%) plutôt qu'un médecin généraliste (15%).

Comparativement aux médecins généralistes, les gynécologues sont jugés plus compétents pour le suivi gynécologique, et ce par l'ensemble des femmes (91%) qu'elles soient suivies ou non par un gynécologue.

D'autre part, seules 20% des femmes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique et que les gynécologues médicaux sont donc de moins en moins nécessaires. Ce taux passe seulement à 42% si on considère uniquement les femmes directement concernées à savoir celles suivies par un médecin généraliste.

Enfin, seules 41% des femmes suivies par un médecin généraliste déclarent que c'est avant tout par choix personnel ; elles sont nombreuses à invoquer des raisons pratiques liées au déficit de gynécologues en France (délais de rendez-vous trop longs, distance trop importante…).

Pour conclure, le médecin joue un rôle primordial dans la prévention que représente la contraception et notamment du fait de l'aggravation progressive du déficit en gynécologues médicaux. Mais les médecins généralistes ne se sentent pas assez bien formés et les patientes ne semblent pas ressentir une confiance suffisante dans leurs prescriptions. Aussi, l'information, la sensibilisation et la formation des professionnels de santé et des femmes en général sont donc indispensables.

IV/ Efficacité des différents moyens de contraception disponibles en France (21)

L'intérêt de ce rappel est surtout de comparer l'efficacité théorique et l'efficacité pratique afin de démontrer que les DIU font partie des méthodes contraceptives les plus efficaces et ne doivent pas être négligés notamment par les médecins généralistes.

Méthode contraceptive	**% de grossesses* en emploi habituel**	**% de grossesses* en utilisation parfaite**
Aucune	85	85
Spermicides	29	18
Retrait	27	4
Abstinence périodique	25	1 à 9% selon la technique de surveillance du cycle utilisée
Cape cervicale	16 chez nullipares 32 chez uni/multipares	9 chez nullipares 26 chez uni/multipares
Eponge vaginale	16 chez nullipares 32 chez uni/multipares	9 chez nullipares 20 chez uni/multipares
Diaphragme	16	6
Préservatif	21 si féminin 15 si masculin	5 si féminin 2 si masculin
Pilule combinée et micropilule progestative	8	0,3
Patch OP	8	0,3
Anneau OP	8	0,3
AMPR	3	0,3
Contraceptifs injectables combinés	3	0,05
DIU	**0,8 si DIU cuivre** **0,1 si DIU hormonal**	**0,6 si DIU cuivre** **0,1 si DIU hormonal**
Implants sous-cutanés	0,05	0,05
Stérilisation	0,5 si féminine 0.15 si masculine	0,5 si féminine 0,10 si masculine

Tableau 1 : Efficacité des méthodes contraceptives (OMS, 2009)

*Pourcentage de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle durant les 12 premiers mois d'utilisation

DEUXIEME PARTIE :

Enquête sur les besoins en formation des médecins généralistes de Vendée concernant les DIU

I/ Hypothèse de départ et objectifs de l'enquête

a) Hypothèse

Le manque de formation est le principal obstacle à la pose des DIU par les médecins généralistes.

b) Objectifs

Les objectifs principaux sont :

- de déterminer si avec une « bonne formation » les médecins généralistes ne posant pas de stérilets envisageraient d'en poser.
- d'essayer de préciser la notion de « bonne formation » très subjective en se basant sur les formations reçues par les médecins généralistes posant des DIU et les attentes des médecins généralistes qui n'en posent pas.

II/ Méthode

a) Type de l'étude

Nous avons choisi de réaliser une enquête descriptive.

Elle consiste en une enquête postale permettant de recueillir les habitudes de pratiques des médecins généralistes et leurs attentes.

Le recueil des données respecte le principe d'anonymat nécessaire au maintien de l'objectivité de l'analyse.

b) Choix de l'échantillonnage

En Vendée, on dénombre 754 médecins généralistes au 1er janvier 2011 (23).

Nous avons volontairement choisi de limiter géographiquement la population étudiée à 6 cantons de Vendée : Noirmoutier, Beauvoir sur Mer, Saint Jean de Monts, Challans, Saint Gilles Croix de Vie, Palluau.

Nous avons adressé le questionnaire aux 101 médecins généralistes inscrits dans les pages jaunes de ces cantons.

Le but de l'étude de ces 6 cantons est qu'au terme de l'enquête il puisse éventuellement y avoir une application pratique directe pour ces médecins en fonction de leurs attentes identifiées par un travail avec les gynécologues de l'hôpital de Challans dont dépendent ces 6 cantons.

c) Chronologie de l'enquête

Un premier courrier a été adressé par voie postale à chaque médecin sélectionné le 14 mai 2012.

Il comprenait :

- une lettre explicative (annexe 1)
- un questionnaire (annexe 2)
- une enveloppe préaffranchie et adressée à l'investigateur.

Une lettre de relance (annexe 3) a été expédiée le 29 mai 2012. Elle fait office de lettre de remerciement pour les médecins ayant déjà répondu.

L'enquête a été clôturée le 17 juin 2012.

d) Le questionnaire

Celui-ci est composé de 19 questions.

Nous avons principalement utilisé des questions à réponses courtes, simples ou à choix multiples ; ceci dans un but de rapidité de réponse afin d'obtenir un maximum de retours.

Les questions 15, 16 et 18 offrent tout de même la possibilité d'une réponse libre afin de permettre aux médecins d'exprimer leur vécu, leur ressenti, leurs difficultés.

Le questionnaire a été testé par 3 médecins généralistes exclus de l'enquête finale.

1) Première partie : le profil du médecin généraliste.

Les questions de 1 à 11 concernent le profil personnel et professionnel du médecin généraliste : sexe, âge, date et lieu de soutenance de thèse, type d'exercice (rural ou urbain, seul ou en groupe), estimation de la distance entre le cabinet médical et le gynécologue le plus proche, formation en gynécologie diplômante ou non, nombre d'actes par semaine et notamment en gynécologie.

En ce qui concerne le type de commune dans lequel le médecin exerce, les notions d'urbain, rural et semi-urbain peuvent être très subjectives en fonction de la définition utilisée. Aussi nous avons fait une recherche sur le site internet de l'INSEE (34) afin de prédéterminer pour chaque commune son classement. Ce classement était joint en annexe du questionnaire (annexe 1).

2) Seconde partie : pratique des médecins généralistes concernant les DIU.

Elle comporte une première question simple : Posez-vous des DIU ?

Si la réponse est « OUI », les médecins répondent aux questions 13, 14 et 15 qui détaillent les formations reçues et s'ils estiment avoir reçu une « bonne formation ».

Si la réponse est « NON », les médecins se penchent sur les questions 16, 17 et 18. Elles nous permettent de cibler les raisons pour lesquelles le médecin généraliste ne pose pas de DIU et si avec une « bonne formation » il envisagerait de les poser. Enfin, en quoi consiste pour lui une « bonne formation » ?

3) Une question supplémentaire

La question 19 est destinée à nous permettre de faire un parallèle entre la pose des stérilets et celle des implants sous-cutanés.

e) Saisie des questionnaires et analyse des données

La saisie et l'analyse des données sont réalisées à l'aide du logiciel Excel 2010.

III/ Résultats

a) Participation à l'enquête

Sur 101 questionnaires envoyés, nous avons reçu 58 réponses, soit un taux de réponse de 57,4%.

Pour l'analyse, nous avons retenu 52 réponses ; 6 questionnaires étant trop incomplets ou contenant des non–sens pour être étudiés. Le taux de validité est donc de 89,7%.

b) Profil des médecins généralistes de l'échantillon

1- Sexe, âge, mode d'exercice

La population étudiée était composée de 69,2% d'hommes soit 36 hommes sur les 52 individus de l'échantillon.

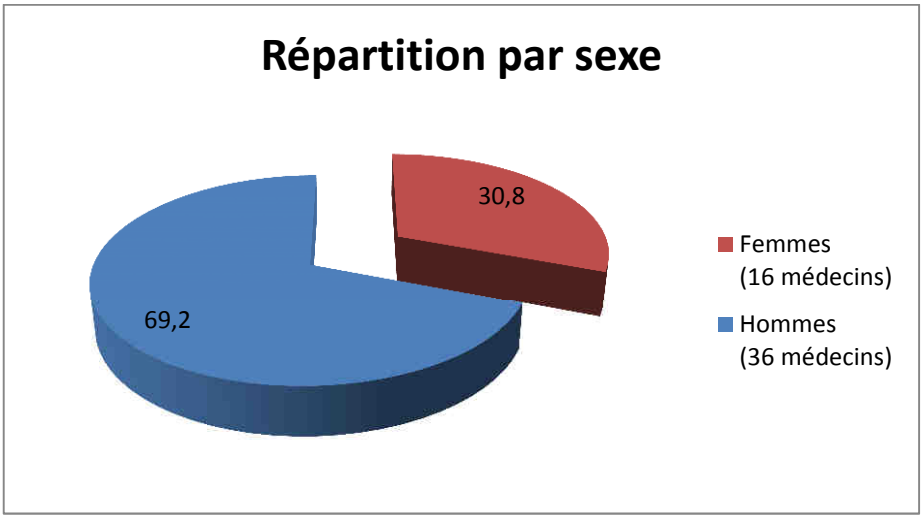


Figure 1 : Répartition par genre des médecins interrogés

La moyenne d'âge des médecins ayant répondu était de 51 ans ; les âges étant répartis de 33 à 68 ans.

Les classes d'âge des médecins sont représentées ci-dessous.

	Femme	**Homme**	**Total**
<45 ans	7	7	14
45 à 55 ans	5	15	20
>55 ans	4	14	18
	16	36	52

Tableau 2 : Répartition des individus de l'échantillon en fonction de l'âge et du sexe

L'ancienneté d'exercice, d'après l'année de soutenance de thèse, était en moyenne de 23 ans ; avec des valeurs allant de 5 ans à 39 ans.

Les médecins interrogés exerçaient pour 65,4% en cabinet de groupe.

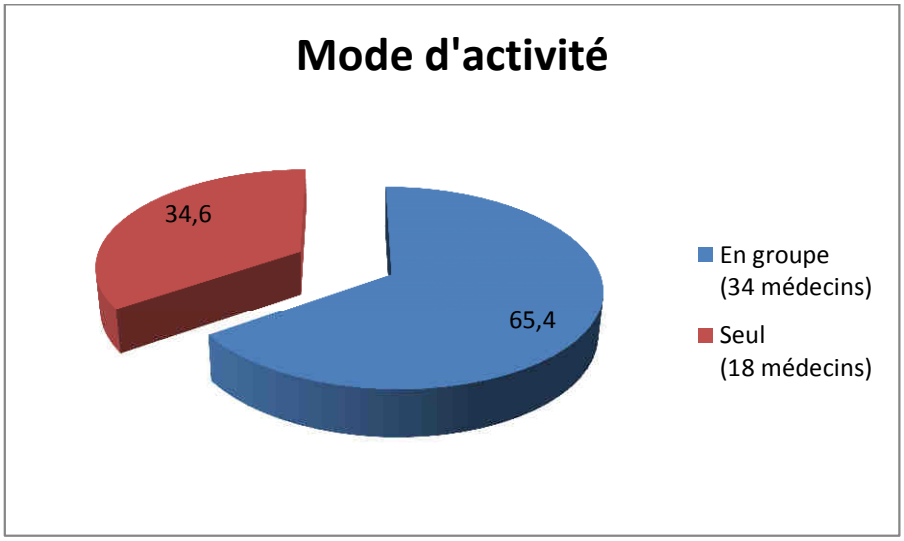


Figure 2 : Répartition par mode d'activité des médecins interrogés

2- Situation géographique

Le type de commune dans lequel exerçaient les médecins est représenté par la figure ci-dessous.

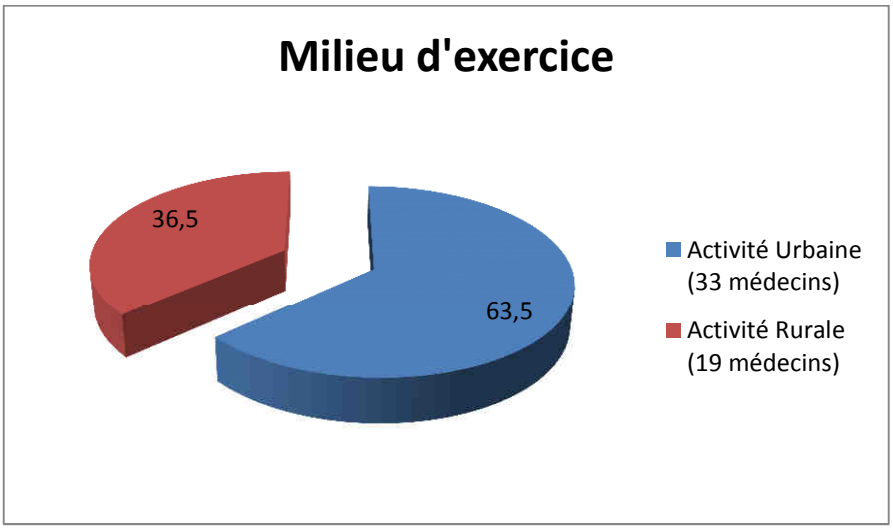


Figure 3 : répartition par milieu d'exercice des médecins interrogés

La distance moyenne à laquelle se trouve le premier gynécologue (ville, PMI, hôpital…) était de 16,6km, avec des valeurs s'échelonnant de 0,5 à 50km.

	Femme	**Homme**	**Total**
<5km	4	3	7
5≤x<15km	4	9	13
15≤x<25km	6	17	23
>25km	2	7	9

Tableau 3 : Répartition des individus de l'échantillon en fonction de leur distance au premier gynécologue et du sexe.

3- Formation en gynécologie des médecins interrogés

50% des médecins participants déclaraient suivre à la date du questionnaire une formation pratique en gynécologie.

	Femmes participant	**Hommes participant**	**Total**
<45 ans	3	4	7
45 à 55 ans	1	8	9
>55 ans	2	8	10
% par rapport au nombre d'individus total participant à l'enquête	37,5%	55,5%	50%

Tableau 4 : Répartition par âge et par sexe des médecins participants à une formation gynécologique actuellement.

Les types de formations en gynécologie retrouvés sont détaillés dans la figure ci-dessous, sachant que les réponses n'étaient pas exclusives.

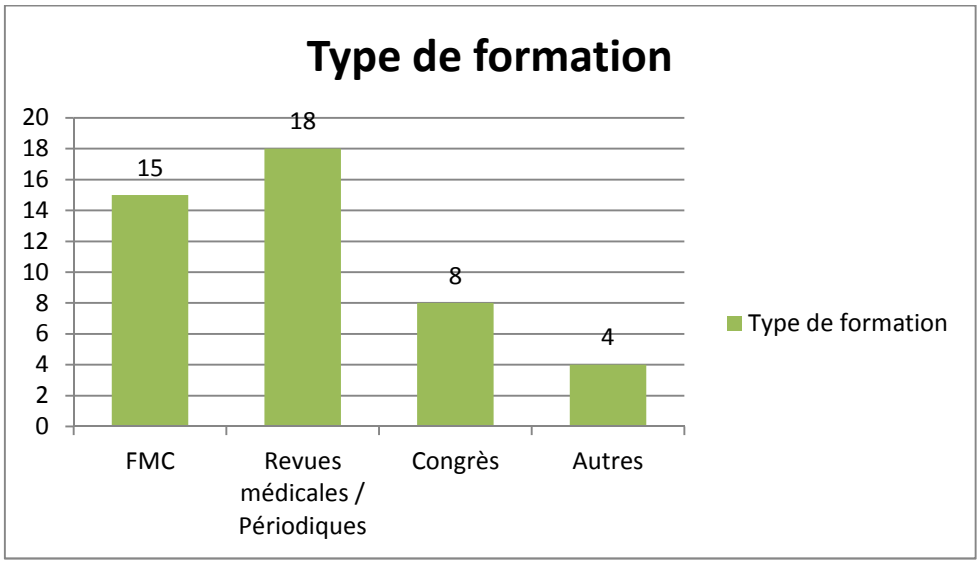


Figure 4 : Types de formations en gynécologie reçues actuellement par les médecins.

La plupart des médecins se formaient donc en gynécologie en consultant des revues médicales ou périodiques ou au cours de FMC.

A la réponse « autres », étaient évoqués :

- des sites internet dont gynecol.com
- des formations OGC (Organisme Gestionnaire Conventionnel)
- journées CHU

16,7% des médecins participants déclaraient avoir reçu ou recevoir une formation diplômante supplémentaire en gynécologie (DU/DIU/Capacité).

4- Importance de l'activité

Le nombre d'actes moyen déclaré par semaine dans cet échantillon était de 129.

Le nombre d'actes moyen de gynécologie déclaré par semaine était de 12.

Comme nous pouvons le constater dans la figure ci-dessous, il n'y a pas de corrélation directe entre le nombre d'actes total et celui de gynécologie hebdomadaires.

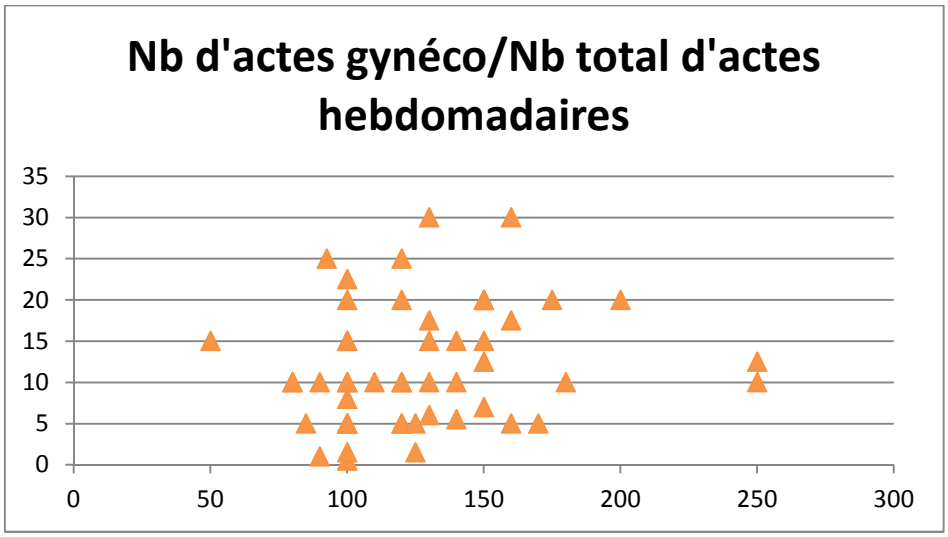


Figure 5 : nombre d'actes de gynécologie en fonction du nombre total d'actes déclaré par semaine

c) Pratique des médecins concernant la pose des DIU

27% des médecins généralistes interrogés affirmaient poser des stérilets.

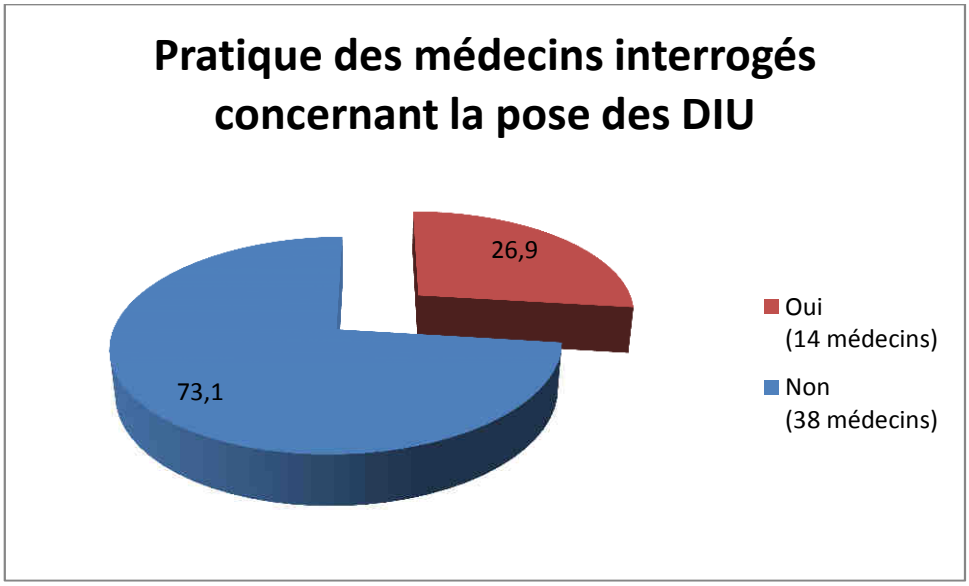


Figure 6 : Pratique des médecins interrogés concernant la pose des stérilets

Nous allons maintenant étudier la répartition des médecins généralistes interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et d'un second paramètre (sexe, âge…)

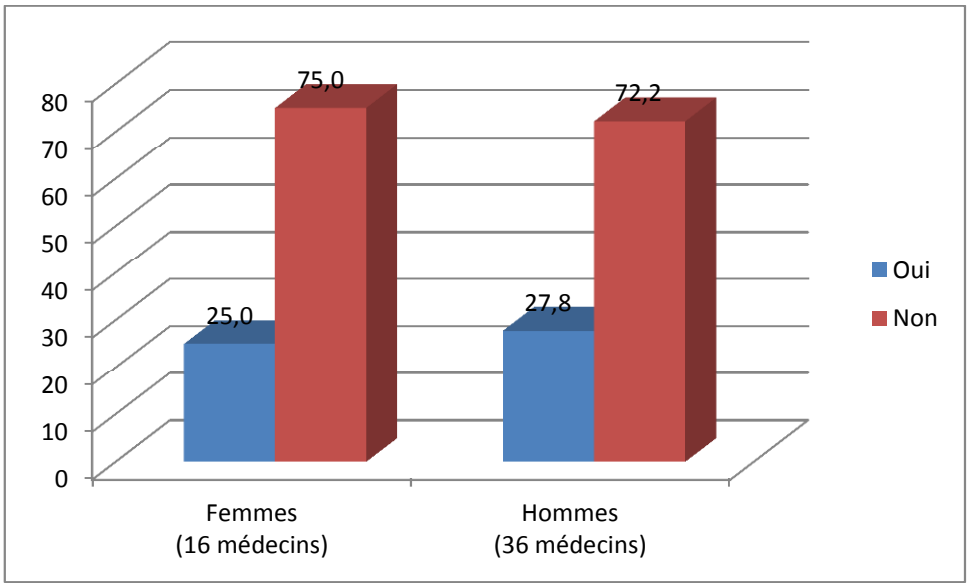
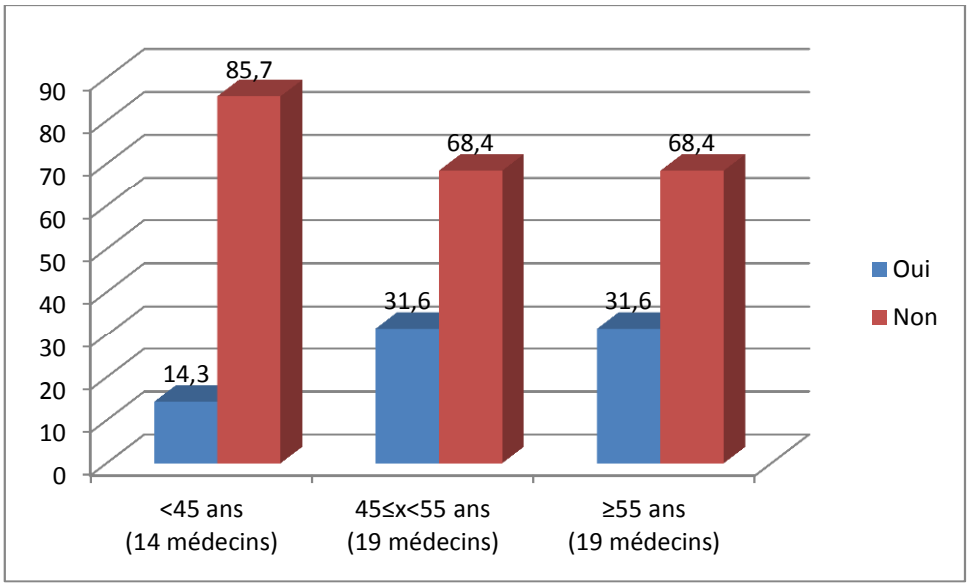
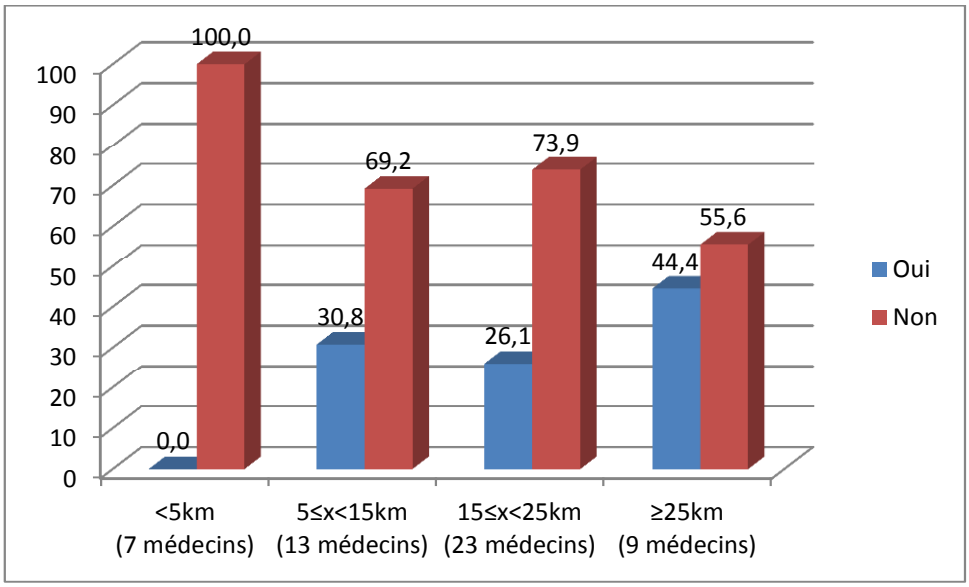


Figure 7 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur sexe



<u>Figure 8</u> : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur classe d'âge



<u>Figure 9</u> : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de la distance de leur cabinet au premier confrère gynécologue

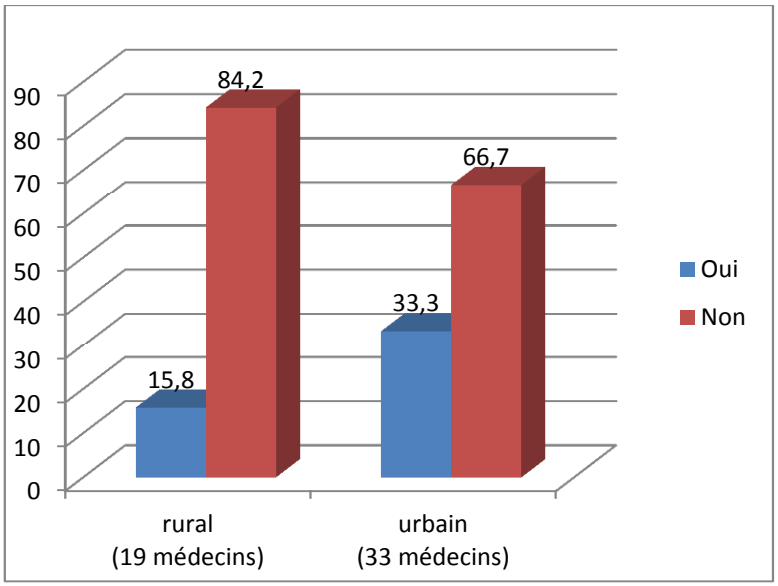


Figure 10 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur milieu d'exercice

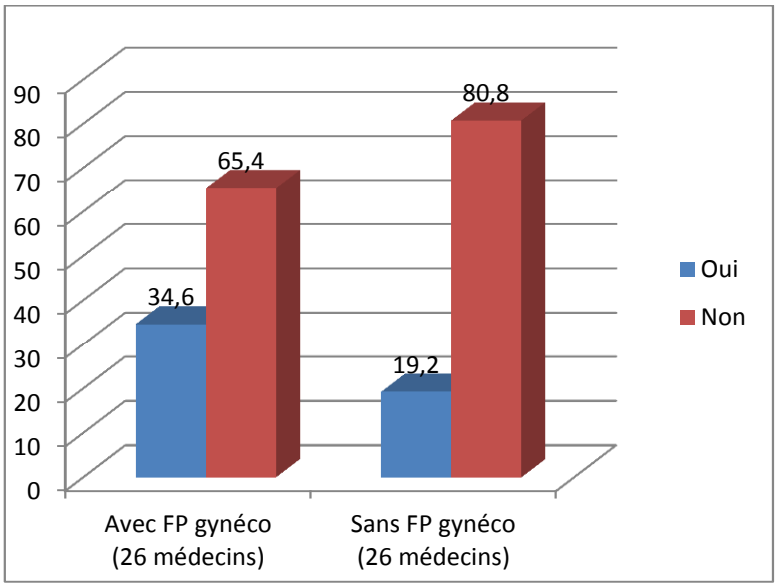


Figure 11 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur participation à une formation pratique en gynécologie au moment de l'enquête

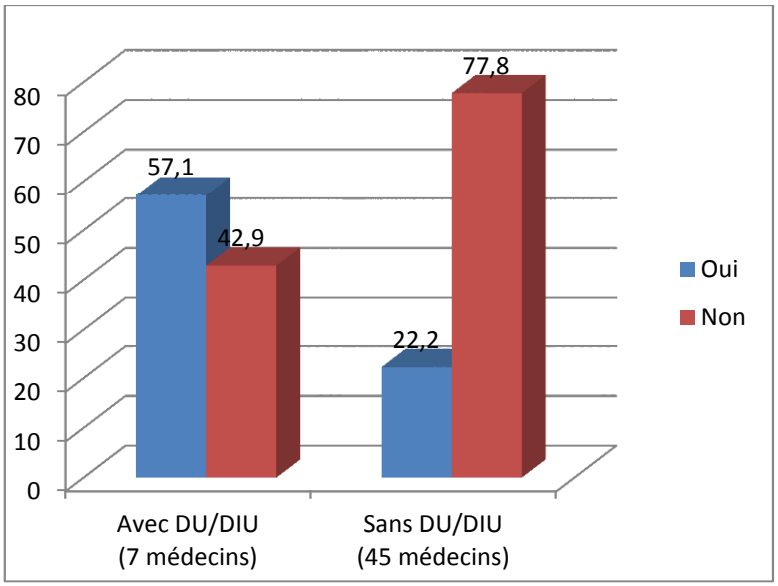


Figure 12 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur validation (acquise ou en cours) d'une formation diplômante en gynécologie (DU/DIU/Capacité)

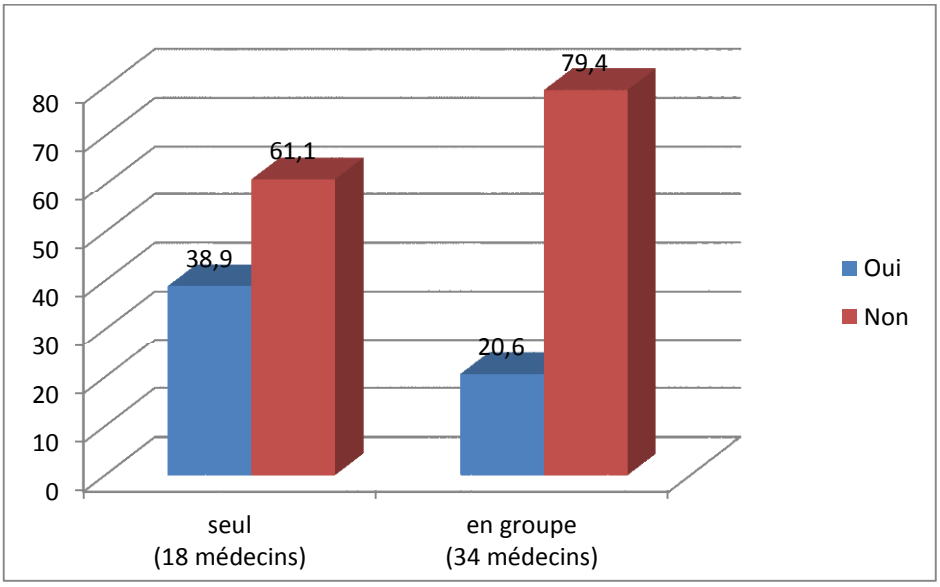
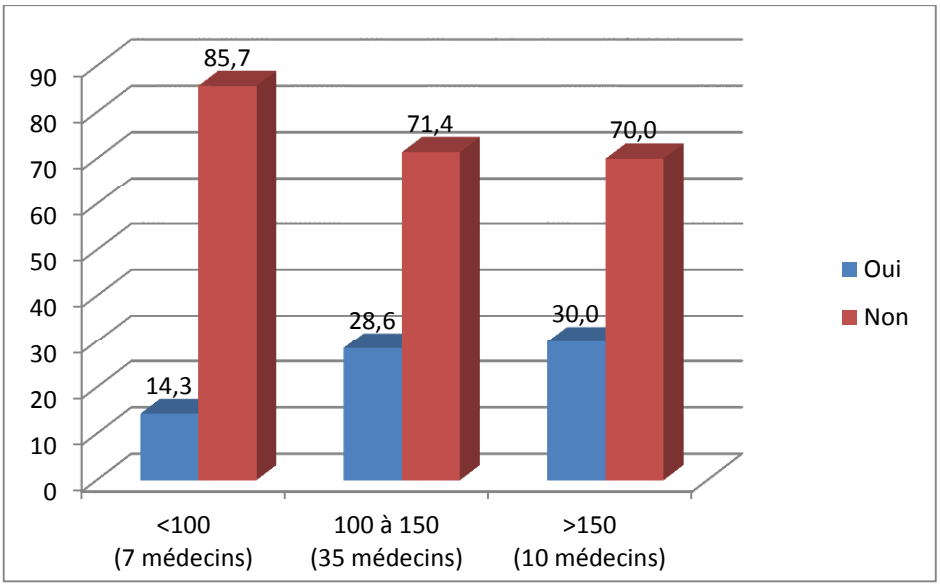
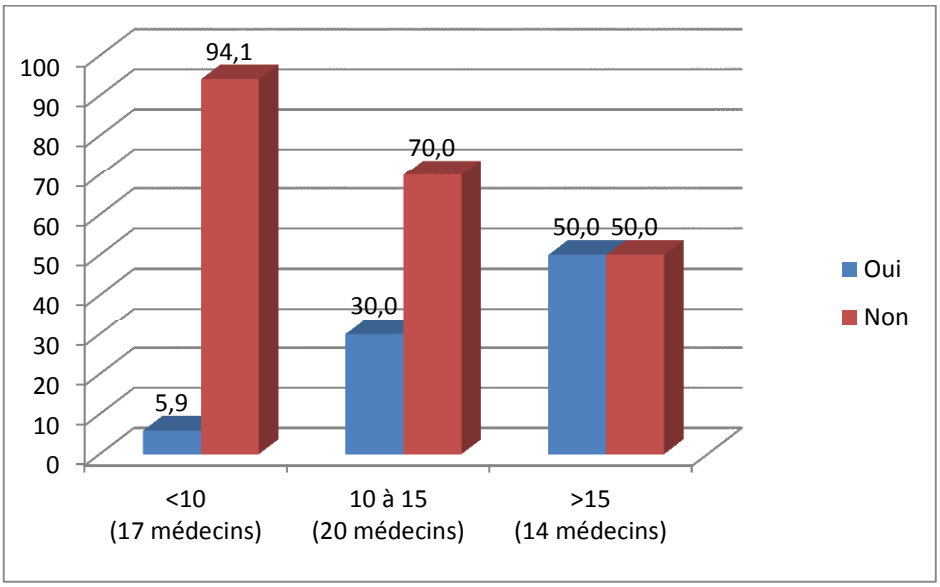


Figure 13 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur mode d'activité



<u>Figure 14</u> : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur nombre d'actes total déclaré par semaine



<u>Figure 15</u> : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur pratique concernant la pose des DIU et de leur nombre d'actes en gynécologie déclaré par semaine (1 non répondu)

d) Formation reçue par les médecins généralistes posant déjà des DIU (14 médecins)

1- Moment et qualité estimée de la formation reçue

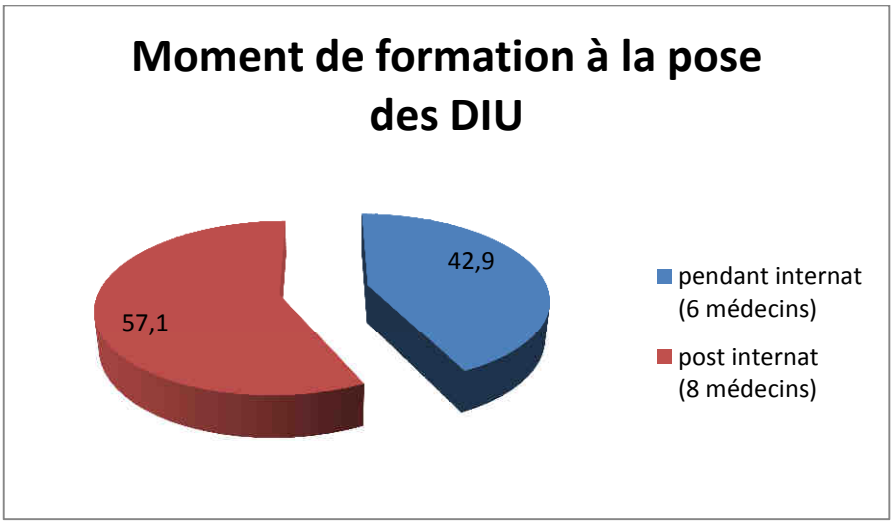
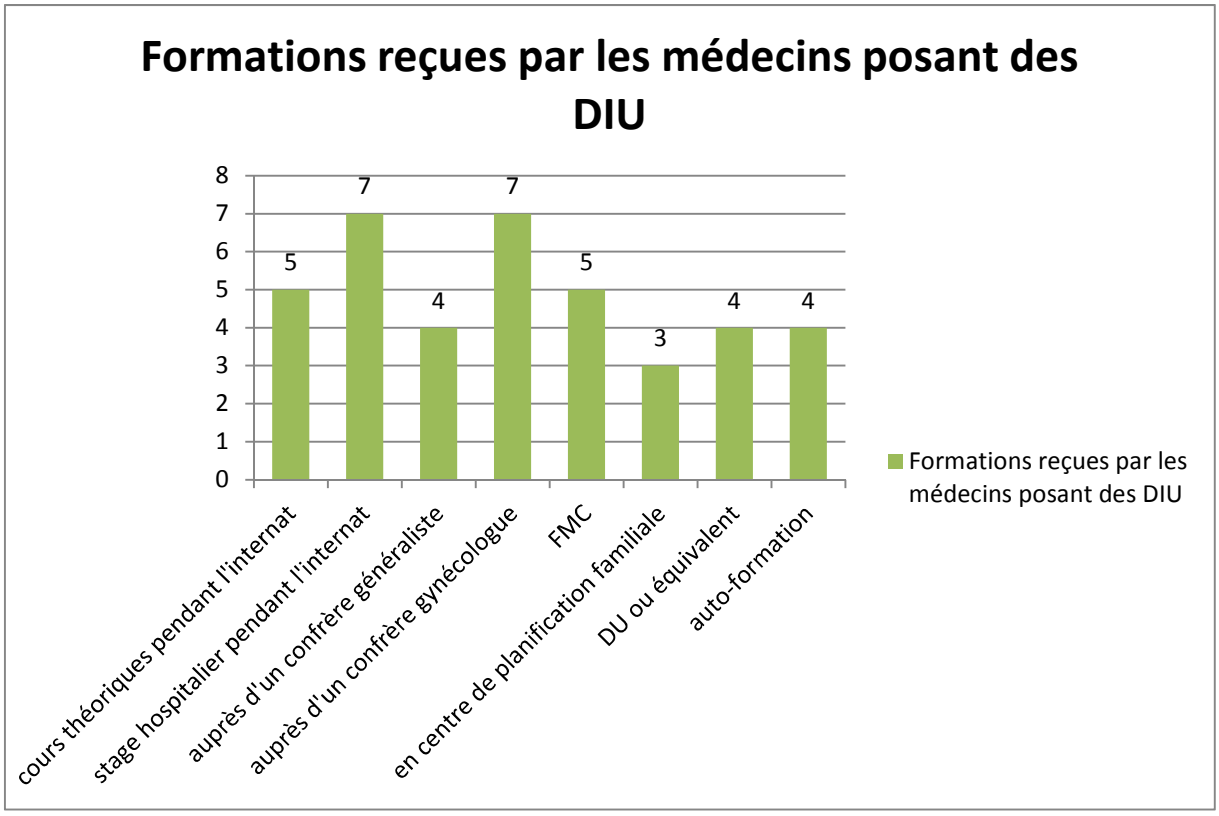


Figure 16 : Moment de formation à la pose des DIU des médecins généralistes posant des stérilets.

43% des médecins qui affirmaient poser des DIU s'étaient formés pendant leur internat ou résidanat ; les 57% restant avaient reçu une formation post-internat.

100% des médecins généralistes qui affirmaient poser au moment de l'étude des DIU estimaient avoir reçu une bonne formation initiale ou continue concernant l'information pour la prescription des DIU. Ce taux baissait à 79% si on considérait la formation initiale ou continue à la pose des stérilets.

2- Types de formations reçues ayant permis la pose des DIU en cabinet libéral de médecine générale



<u>Figure 17</u> : Types de formations reçues par les médecins généralistes posant des DIU

En moyenne, chaque médecin posant des DIU déclarait avoir reçu 2,8 types de formations différentes lui ayant permis de poser des DIU.

Personne n'a souhaité ajouter de précisions à cette question ouverte.

e) Analyse des pratiques des médecins généralistes qui ne posaient pas de stérilets en cabinet libéral au moment de l'enquête (38 médecins)

1- Raisons évoquées par les médecins généralistes ne posant pas de DIU

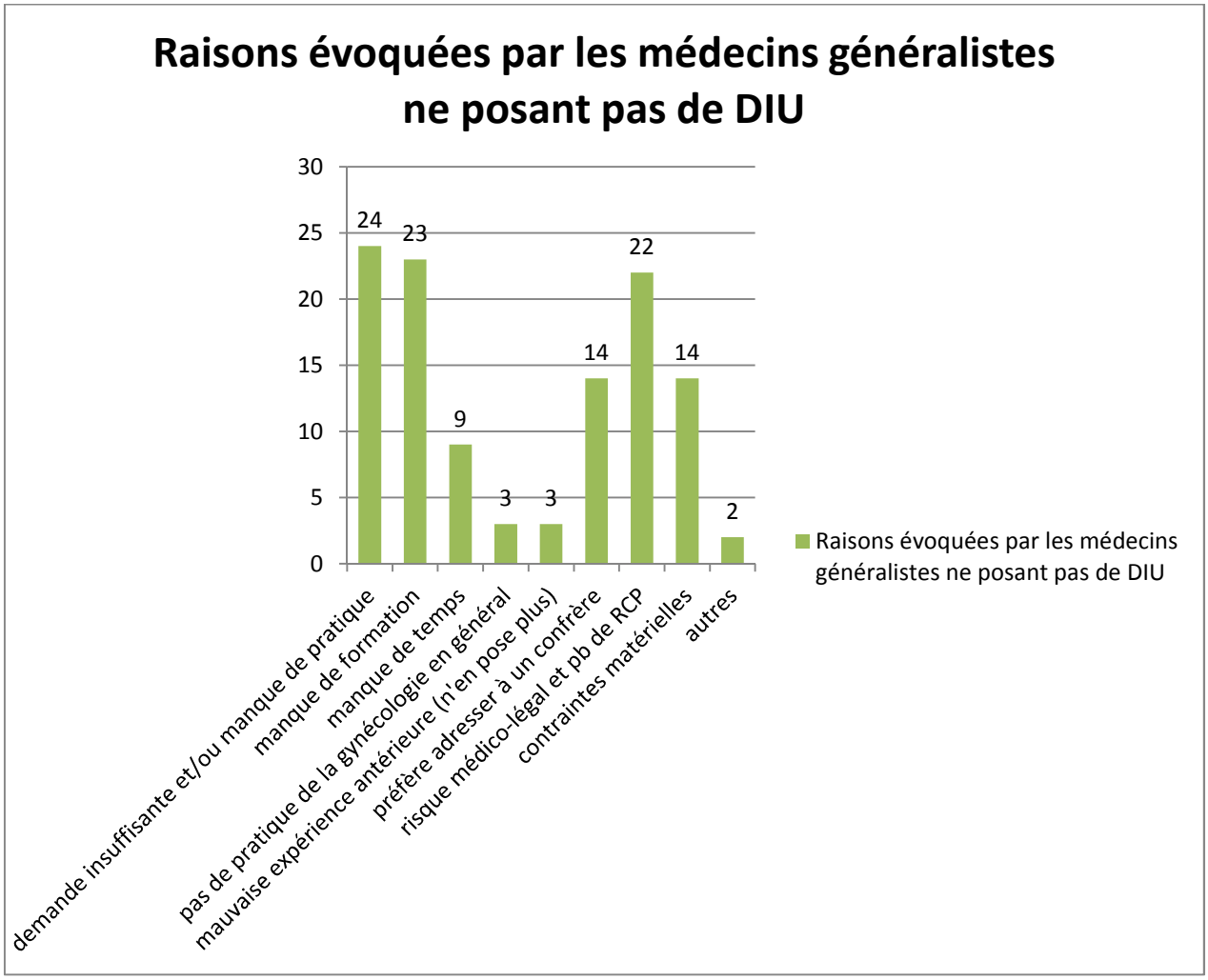


Figure 18 : Raisons évoquées par les médecins généralistes qui ne posaient pas de DIU au moment de l'enquête (question ouverte)

Dans la rubrique « Autres », les 2 médecins ont dit réciproquement : « on ne fait bien que ce qu'on fait souvent » et « je n'en ai jamais posé ».

Deux médecins ont désiré préciser leur réponse concernant l'item « préfère adresser à un confrère » : « la médecine aux médecins, la technique aux techniciens » et « on a toujours eu des gynécologues à proximité ».

En ce qui concerne l'item « contraintes matérielles », un médecin a évoqué : « je n'ai pas d'échographe pour faire un contrôle en cas de douleur lors de la pose du DIU ».

Enfin, pour l'item « risque médico-légal et problème de RCP », un médecin a précisé : « j'avais la notion de nécessité d'un plateau technique d'urgence au niveau médico-légal ».

2- Les médecins généralistes interrogés et ne posant pas de DIU envisageraient-ils la pose de stérilets avec une « bonne formation » ?

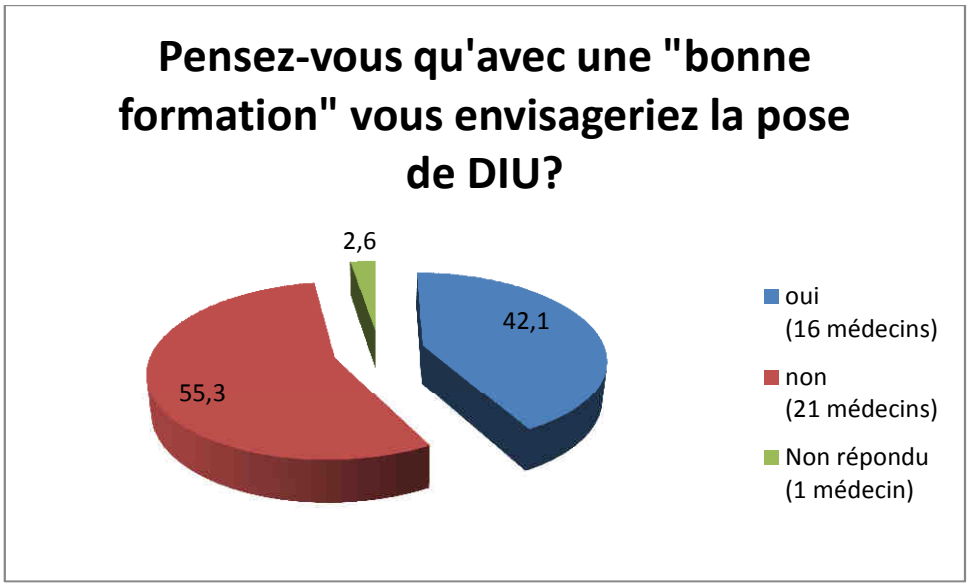
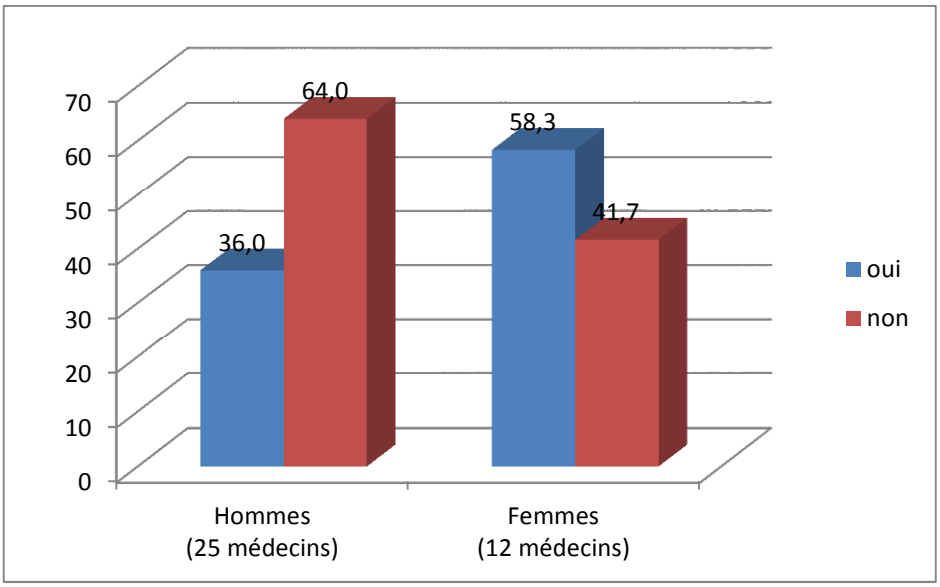
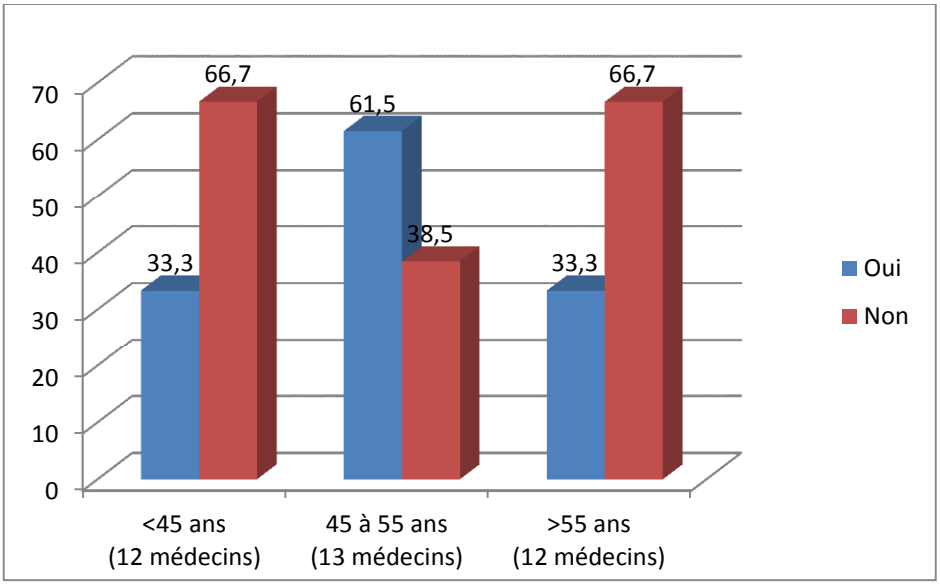


Figure 19 : Répartition des médecins ne posant pas de DIU en fonction de leur réponse à la question : « Pensez-vous qu'avec une « bonne formation » vous envisageriez la pose des DIU ? »

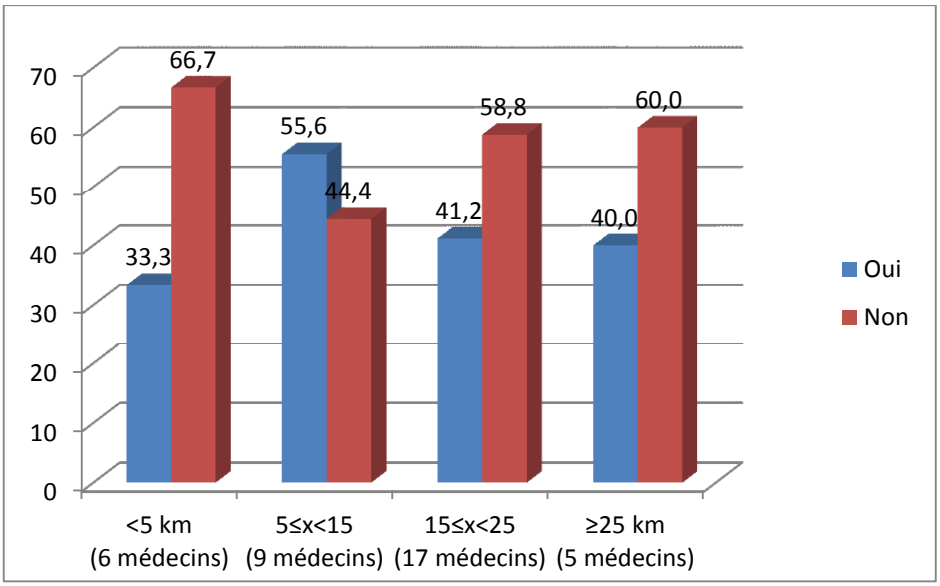
Nous allons maintenant étudier la répartition des médecins généralistes ne posant pas de stérilet au moment de l'enquête en fonction de leur réponse à la question précédemment citée (question 17) et d'un second paramètre (sexe, âge…)



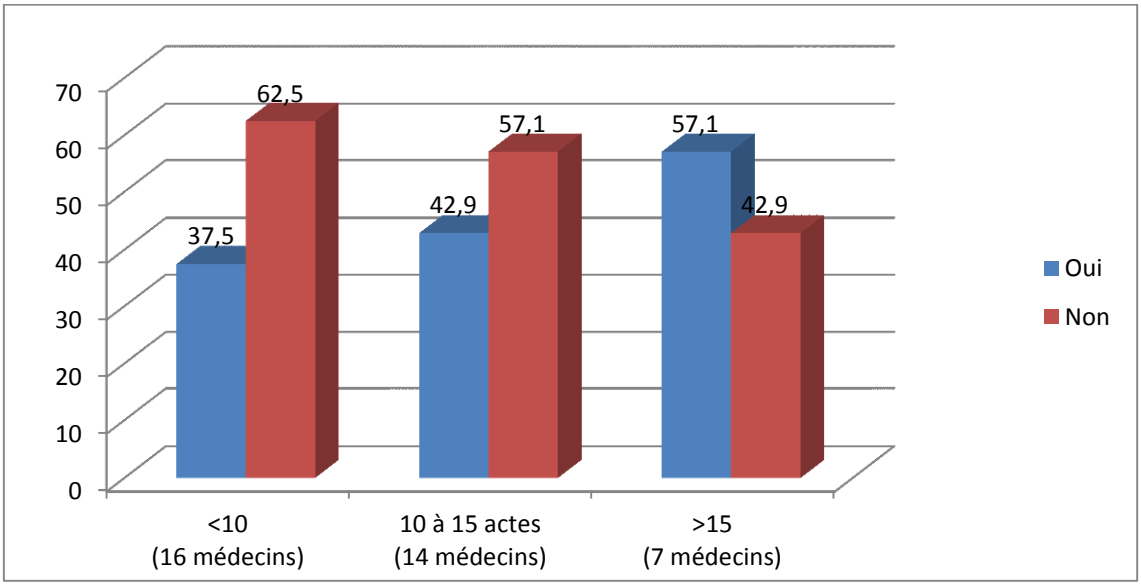
<u>Figure 20</u> : Répartition des médecins ne posant pas de DIU en fonction de leur réponse à la question 17 et de leur sexe (1 non répondu)



<u>Figure 21</u> : Répartition des médecins ne posant pas de DIU en fonction de leur réponse à la question 17 et de leur classe d'âge (1 non répondu)

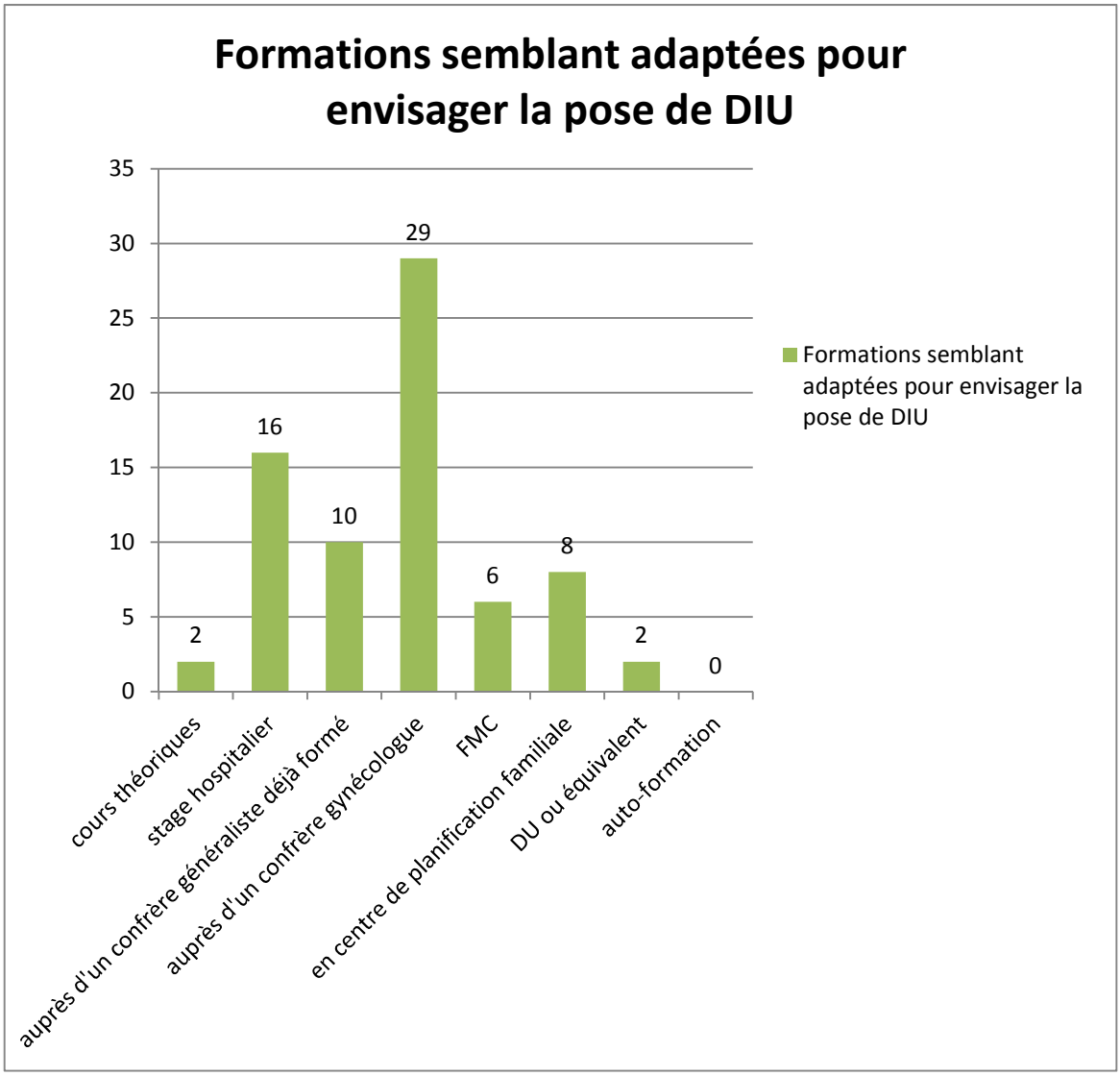


<u>Figure 22</u> : Répartition des médecins ne posant pas de DIU en fonction de leur réponse à la question 17 et de la distance les séparant du premier gynécologue (1 non répondu)



<u>Figure 23</u> : Répartition des médecins ne posant pas de DIU en fonction de leur réponse à la question 17 et du nombre d'actes de gynécologie déclaré par semaine (1 non répondu)

3- Quels sont pour ces médecins les types de formations définissant une « bonne formation » ?



<u>Figure 24</u> : Types de formations qui sembleraient nécessaires et adaptées pour faire envisager la pose de DIU aux médecins généralistes qui n'en posaient pas lors de l'étude

En moyenne, chaque médecin a évoqué le besoin de 2,2 formations pour lui permettre d'envisager la pose des DIU.

Un commentaire a été fait : « A 64 ans, je ne vais pas me former ».

f) *Y a-t-il un rapport entre la pose de DIU et celle d'implants sous-cutanés contraceptifs (Nexplanon®) ?*

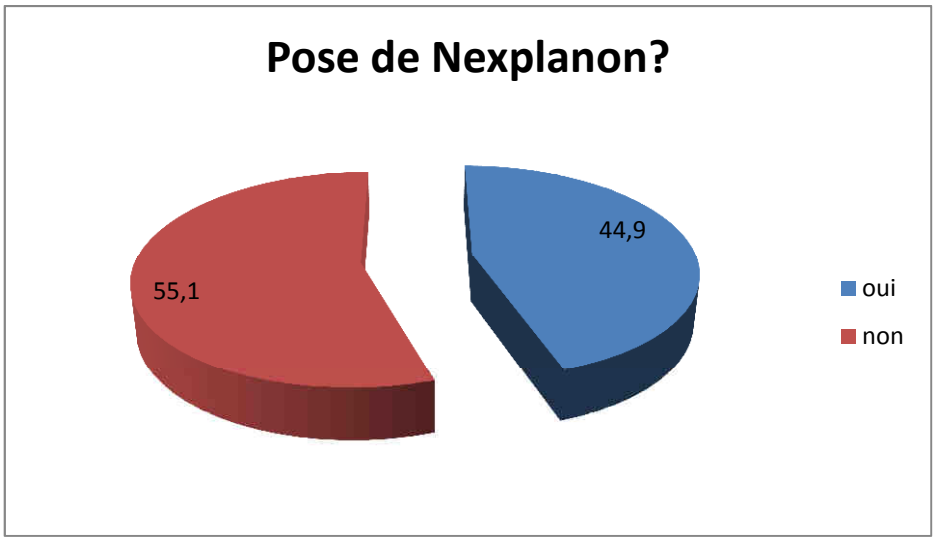


Figure 25 : Répartition des médecins généralistes interrogés en fonction de leur pratique de la pose d'implants sous-cutanés contraceptifs

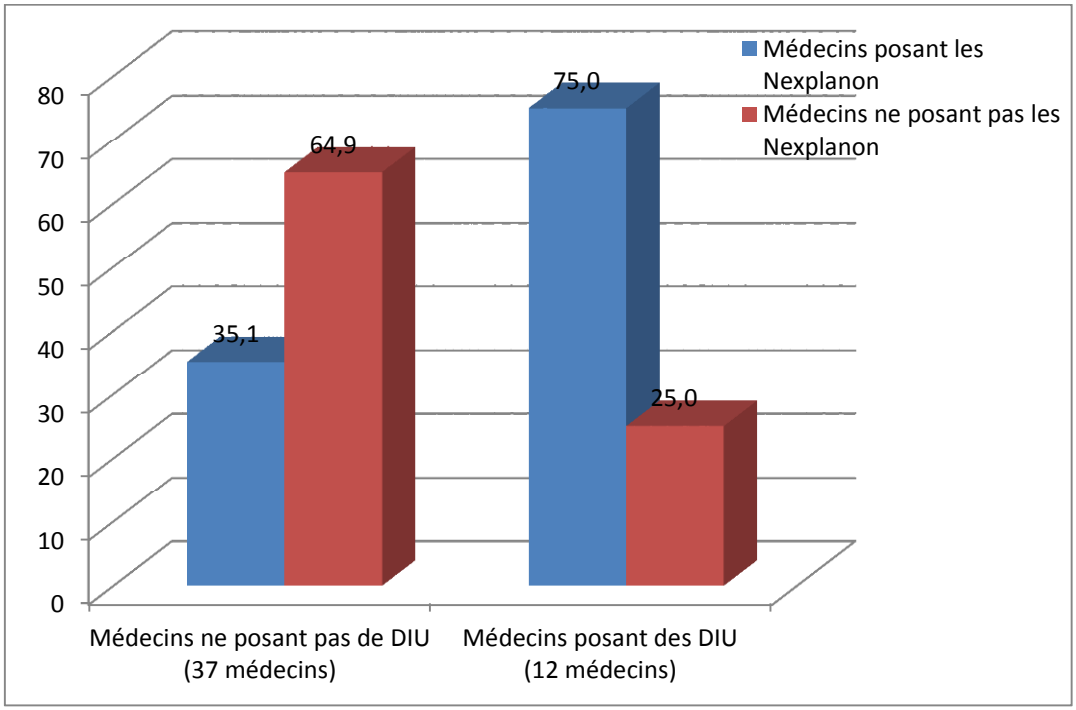


Figure 26 : Répartition des médecins généralistes interrogés en fonction de leur pratique de la pose d'implants sous-cutanés contraceptifs selon leur pratique de la pose des DIU

IV/ Discussion

a) Discussion de la méthode

1- Qualité du questionnaire

La méthode d'enquête choisie est un questionnaire.

Nous nous sommes aperçus des limites de notre questionnaire dans sa forme et dans son contenu.

Nous avons volontairement préféré les questions à réponses fermées afin de rendre plus fluide le questionnaire et de permettre aux médecins de répondre rapidement. Mais certains médecins n'ont peut-être pas trouvé la réponse qu'ils attendaient et d'autres ont pu ressentir une atteinte à leur anonymat avec des questions trop personnelles notamment sur l'âge.

De plus, le fait d'avoir séparé la deuxième partie selon la pose ou non de stérilets a peut-être généré des erreurs de réponses puisque certains médecins ont répondu à l'ensemble du questionnaire. Nous avons donc dû retirer certains questionnaires avant de faire notre analyse.

En ce qui concerne la possibilité de numéroter les réponses par ordre croissant d'importance dans certaines questions à choix multiples, nous n'avons pas pu nous en servir dans l'analyse car très peu de médecins ont priorisé leurs réponses.

Quant au contenu du questionnaire, nous n'avons pas eu beaucoup de précisions dans les questions avec possibilités de réponses libres. Des entretiens semi-dirigés notamment téléphoniques auraient peut-être permis d'approfondir davantage.

Enfin, nous nous sommes rendu compte qu'il aurait certainement été plus intéressant de demander le nombre d'années d'exercice plutôt que la date du passage de la thèse.

2- Profil de la population étudiée

Le taux de participation à l'étude est satisfaisant avec 57,4% de réponses soit 58 réponses dont 6 questionnaires ont dû être exclus pour l'analyse.

L'échantillon de l'étude est représentatif avec une composition assez similaire à celle du département de la Vendée et de la région des Pays de la Loire en ce qui concerne :

- la répartition des sexes : le nombre de femmes dans l'échantillon est de 16 sur 52 individus soit un pourcentage de 30,8% dont la différence avec les pourcentages de femmes médecins généralistes dans le département (38,2%) et dans la région (41,4%) n'est pas significative (Test de comparaison des pourcentage Chi2 à 1ddl en annexe 4)
- la moyenne d'âge (51 ans dans notre enquête contre 53 ans en moyenne d'âge nationale au 1er janvier 2012 ; différence non significative).

Nous avons choisi de répartir les milieux d'exercice en 2 secteurs : urbain et rural. En effet, comme nous l'avons expliqué aux médecins interrogés dans l'annexe du questionnaire, nous nous sommes basés sur les définitions et les données de l'INSEE (34) qui ne parle pas de la notion de « semi-urbain ». Nous fournissions la répartition des communes des 6 cantons étudiés afin d'éviter toute erreur d'interprétation subjective. Toutefois, un médecin a ajouté en commentaire que « ce classement est discutable » ; ceci est tout à fait vrai. Nous avons fait le choix de nous fier à l'INSEE ; d'autres organismes proposent d'autres classifications. Selon nos définitions retenues, 63,5% des médecins généralistes interrogés exerçaient en milieu urbain.

b) Discussion des résultats

1- Pratique des médecins généralistes concernant la pose des stérilets

- Effectifs

27% des médecins généralistes interrogés affirmaient poser des DIU.

C'est plus que dans la plupart des différents états des lieux déjà établis. Dans la thèse d'Alice DE VERBIZIER (35) intitulée « Dispositifs intra-utérins en médecine générale en Lorraine » soutenue le 13 avril 2011, seuls 8% des médecins généralistes posaient des stérilets. Dans celle de Lauriane MICHELET-BRETAUDEAU (36) intitulée « Dispositifs intra-utérins : analyse des pratiques des médecins généralistes et des gynécologues médicaux de Loire-Atlantique » soutenue le 22 juin 2010, 19,4% des médecins généralistes en posaient. Dans la thèse bordelaise de Séverine ARINO-CLOUET (37) faisant état des lieux des stérilets en médecine générale en Aquitaine et soutenue en 2005, 10,7% des médecins interrogés en posaient.

- Les facteurs influençant la pose des DIU par les médecins généralistes

Nous avons cherché à savoir s'il existe un lien entre le fait qu'un médecin généraliste pose ou non des DIU et différents critères (âge, sexe, distance entre le cabinet médical et le premier gynécologue…).

Dans notre étude, il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes quant à la pose des DIU : environ ¾ des médecins ne posent pas de stérilet quel que soit leur sexe. C'est ce qu'on retrouve dans les différentes thèses déjà citées.

Nous avons essayé de définir un « profil » des médecins généralistes posant des DIU, sous réserve du petit nombre d'individus dans chaque catégorie. Il s'agissait principalement de médecins :

- ayant plus de 45 ans

- éloignés de plus de 5 km d'un gynécologue (44,4% des médecins distant d'un gynécologue d'au moins 25 km posaient des DIU)
- exerçant plutôt seul et en milieu urbain
- suivant actuellement une formation pratique en gynécologie
- déclarant faire plus de 100 actes par semaines
- ayant une activité de gynécologie déclarée de plus de 10 actes par semaine (50% des médecins généralistes déclarant plus de 15 actes de gynécologie par semaine posent des DIU contre 5,9% seulement chez ceux en déclarant moins de 10)
- et faisant ou ayant déjà validé un DU/DIU (57,1% de ces médecins posent des stérilets)

Les différences de pourcentages observées ne sont pas toutes statistiquement significatives en grande partie du fait d'échantillons trop petits.

Dans les différentes thèses faisant état des lieux des pratiques des médecins généralistes concernant la pose des DIU, on ne retrouve pas toujours le même profil. Dans la thèse de Sabrina DIAS (38) intitulée « Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France » soutenue le 28 janvier 2010, seul l'âge semblait influencer la pose de DIU (80% des médecins généralistes posant des DIU avaient plus de 50 ans) mais l'échantillon comprenait seulement 20 médecins posant des DIU. Selon la thèse d'Alice DE VERBIZIER (35), le seul facteur socio-démographique significatif était l'ancienneté d'exercice (les médecins ayant plus d'expérience posaient plus de DIU). Le suivi d'une formation continu ainsi que la pratique de la gynécologie (nombre d'actes déclaré) étaient significativement plus élevés dans le groupe des poseurs de DIU. Dans celle de Lauriane MICHELET-BRETAUDEAU (36) aucun critère socio-démographique ne semblait influencer la pose des DIU. Dans celle de S. ARINO-CLOUET (37), les médecins posant des DIU étaient surtout des médecins de plus de 50 ans, installés depuis plus de 20 ans sans distinction de sexe.

2- Raisons évoquées par les médecins généralistes ne posant pas de DIU

Les 3 raisons qui revenaient le plus fréquemment et en proportions identiques étaient :

- la demande insuffisante et/ou le manque de pratique
- le manque de formation
- le risque médico-légal et le problème de RCP

Ce sont souvent les 3 raisons les plus citées dans les différents états des lieux précités à l'exception de la thèse de Sabrina DIAS (38) dans laquelle le motif le plus souvent avancé était la proximité d'un gynécologue mais cette thèse a été réalisée en Ile de France où l'accès au spécialiste gynécologue est facilité (proximité et disponibilité).

Plus généralement, les manques de demande, de pratique et de formation semblent bien être les principaux motifs limitant la pratique de la gynécologie en médecine générale (thèse d'Alice DE VERBIZIER (35)).

- <u>Demande insuffisante et/ou manque de pratique</u>

Un médecin ne posant pas de DIU avait fait le commentaire suivant : « on ne fait bien que ce qu'on fait souvent ».

Au total, ce motif était cité 24 fois par les 38 médecins ne posant pas de DIU ; le manque de pratique semble donc poser un problème majeur.

Ceci est en partie expliqué par le recours plus fréquent des femmes françaises au gynécologue.

Rappelons que 61,4% des femmes françaises consultent un gynécologue pour la prescription de leur contraception (données EPPM (2)). 70% des femmes françaises font réaliser leur suivi gynécologique par un gynécologue et seulement 15% par le généraliste. Les femmes jugent en général le gynécologue plus compétent que le médecin généraliste pour le suivi gynécologique (91% selon une étude BVA (33)).

Cette situation est très spécifique de la France puisque les médecins assurant le suivi gynécologique des femmes sont majoritairement les généralistes dans de nombreux pays européens.

Cependant avec la diminution constante du nombre de gynécologues médicaux, le rôle du médecin généraliste va devoir être redéfini tant dans l'esprit du médecin que dans celui des patientes.

Nous pouvons penser également que derrière cette notion de « manque de pratique » se cache un manque de confiance en ses propres capacités.

- Manque de formation (initiale ou continue)

Le défaut de formation était cité 23 fois sur les 38 médecins ne posant pas de DIU.

Nous détaillerons plus loin les différents types de formation possible en gynécologie tout au long de la formation initiale et continue.

Rappelons ici que dans l'étude FECOND (5), seuls 29% des médecins généralistes considèrent que leur formation les a bien préparés à la pose des stérilets.

Dans la thèse de Lauriane MICHELET-BRETAUDEAU (36), moins de 45% des médecins généralistes interrogés s'estimaient satisfaits de la formation reçue concernant l'information à délivrer pour la prescription et la pose des DIU.

Dans notre travail, l'erreur a été de ne poser cette question sur la satisfaction de la formation reçue sur les DIU qu'aux seuls médecins posant des DIU. Il est tout de même intéressant de constater que 100% de ces médecins estimaient avoir reçu une bonne formation concernant la prescription des DIU et un peu moins de 80% concernant la pose des DIU. Les médecins de l'étude posant des DIU se sentaient donc dans l'ensemble plutôt bien préparés à ce geste technique. Dans la thèse nantaise de Lauriane MICHELET-BRETAUDEAU (36), 2/3 des médecins posant des DIU déclaraient avoir reçu une formation de mauvaise qualité. Nous avons donc quasiment des résultats contraires alors que nos deux études portent sur des populations de médecins proches géographiquement et on peut penser en majorité issues de la même faculté nantaise (23 médecins sur les 37 ayant répondu à la question dans notre enquête). Cette notion très subjective semble donc difficile à interpréter.

- Risque médico-légal et problème de RCP

Il a été cité 22 fois dans notre enquête. En analysant les réponses, nous nous sommes rendu compte que ce motif est étroitement lié pour les médecins interrogés à l'item « contraintes matérielles » (coché par 14 médecins). En effet, un médecin précise : « j'avais la notion de nécessité d'un plateau technique d'urgence au niveau médico-légal ».

La pose des DIU fait partie des compétences du médecin généraliste.

La plupart des contraintes exprimées reposent sur le cadre légal d'avant 1981, la possession d'oxygène ou de matériel de réanimation ne faisant plus partie des conditions de pose de stérilet en cabinet libéral.

Un médecin s'inquiétait du fait qu'il ne possède pas d'échographe pour faire un contrôle en cas de douleur lors de la pose du DIU. Il n'y a pas d'obligation de posséder un échographe. Le radiologue peut réaliser ce contrôle si nécessaire et il y a certainement intérêt à travailler en collaboration avec les radiologues et les gynécologues pour pouvoir orienter rapidement si nécessaire.

En ce qui concerne la RCP, nous avons pu voir en entrevue un conseiller de la MACSF. Il suffit de faire stipuler dans son contrat que le médecin pose des stérilets. Il n'y a pas de cotisation supplémentaire. Si une complication survient, nous avons retrouvé des données quant à la responsabilité du médecin sur le site internet de la MACSF (39) :

« Quand la responsabilité professionnelle du médecin peut-elle être retenue ?

Le gynécologue peut être responsable, compte tenu de la façon dont il a posé le stérilet, de la migration du stérilet, de la perforation utérine, de douleurs, d'une grossesse intempestive et d'une intervention chirurgicale pour retrait du stérilet. Dans la grande majorité des situations, la migration se fait lors de l'installation, qu'elle soit le fait d'un geste technique inadéquat, ou d'un aléa lié par exemple à des modifications anatomiques théoriquement imprévisibles de l'utérus.

Dans ces situations, la responsabilité professionnelle du médecin est en général retenue, pour maladresse ou imprudence, car le renforcement des précautions doit permettre d'apprécier le caractère licite de l'indication, et le degré de risque.

En général aussi, dans ce contexte, le diagnostic est très rapide, car il y a eu des douleurs trop importantes lors de la pose ou les jours suivants, ce qui doit guider le gynécologue vers la réalisation immédiate d'examens complémentaires permettant une prise en charge en urgence.

Absence de responsabilité professionnelle du médecin :

Les stérilets peuvent migrer après leur implantation intra-utérine. Cela peut se faire par une perforation de la paroi utérine, sans qu'il y ait eu forcément de faute médicale. La complication est donc à considérer comme un aléa thérapeutique. Il en est ainsi lorsqu'il n'y a eu aucun incident lors de la pose, et dans les mois qui suivent. Même si la migration peut être à peu près asymptomatique, le contrôle de la bonne position du stérilet, lors de l'examen clinique et échographique effectué peu après la pose permet en pratique d'affirmer que la migration a été tardive, ce qui est constitutif d'un aléa. La responsabilité professionnelle du médecin ne sera pas retenue lorsque la patiente ne démontre pas qu'informée des risques, elle aurait renoncé à ce mode de contraception. »

Au final, pratiquer la pose de DIU, comme tout geste technique, expose à un risque d'erreur médicale. Il est donc indispensable de toujours informer les patientes des risques même rares (notamment perforation utérine), des effets secondaires, des signes devant l'alerter et l'amener à reconsulter…et de bien maitriser la technique de pose.

- <u>Autres raisons évoquées</u>

Certains médecins préfèrent adresser à un confrère notamment gynécologue. Pourquoi ? Deux explications étaient formulées par les médecins interrogés :

- « la médecine aux médecins, la technique aux techniciens » : certains médecins généralistes ne se sentent peut-être pas suffisamment à l'aise pour effectuer ce geste technique mais comme nous l'avons expliqué la pose de DIU relève tout à fait du rôle du médecin généraliste.
- « on a toujours eu des gynécologues à proximité ». Le problème actuel est que bientôt nous n'aurons plus de gynécologues à proximité. Le rôle du médecin généraliste va donc être étendu par la force des choses. Mais y aura-t-il un nombre suffisant de médecins généralistes pour combler le déficit ; sachant que

dans notre enquête déjà 9 médecins généralistes estimaient manquer de temps pour pouvoir réaliser les poses de DIU ?

Au final, en moyenne, chaque médecin a donné 3,3 raisons de ne pas poser de DIU.

3- Un manque de formation : oui mais…

Le manque de formation n'étant pas la seule raison évoquée par les médecins généralistes ne posant pas de DIU, il est logique de constater que seulement 42% des médecins ne posant pas de DIU envisageraient d'en poser avec une « bonne formation » dans notre enquête.

Il semblerait d'après notre étude, et toujours sous réserve du faible nombre de médecins dans chaque sous-catégorie, que les femmes soient plus enclines à poser des DIU après une bonne formation. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles sont peut-être plus sollicitées par les patientes en matière de gynécologie ou plus intéressées par ce problème de la contraception qui les concernent personnellement.

Une catégorie d'âge semblait également se détacher : la catégorie des 45-55 ans. Les plus jeunes sont peut-être plus réticents à ce geste technique ; plusieurs hypothèses peuvent tenter d'expliquer cette observation : la notion de risque médico-légal est-elle plus présente actuellement dans les discours qu'il y a 10 ou 20 ans ? Les plus jeunes seraient-ils moins bien formés aux gestes techniques en général du fait de l'augmentation du nombre d'étudiants dans chaque stage ? Y aurait-il une baisse de motivation ou d'intérêt des jeunes médecins pour ces gestes ? Est-ce un problème de rémunération de ces gestes ? Pour les plus de 55 ans, la raison paraît plus simple et un médecin le dit bien : « A 64 ans, je ne vais pas me former » bien qu'un tiers de ces médecins envisagerait tout de même la pose des DIU avec une bonne formation.

Notre enquête retrouvait également une corrélation entre le nombre d'actes de gynécologie déclaré par semaine et le désir de se former pour poser des DIU. Par contre la distance les séparant d'un gynécologue ne semblait pas avoir d'influence.

4- Les attentes des médecins en ce qui concerne les formations à la pose des DIU

43% des médecins posant des DIU dans cette enquête déclaraient avoir reçu leur formation pendant l'internat ou résidanat. La formation pendant l'internat paraît donc primordiale pour encourager les futurs médecins à poser des DIU.

Un paradoxe se dessine alors entre le fait que les médecins posant le plus de stérilets sont surtout les médecins de plus de 50 ans alors qu'on peut penser que leur formation initiale n'était sans doute pas celle qu'ont les étudiants en médecine actuellement.

Cependant la formation actuelle des étudiants a également ses limites. En effet, chaque interne ne bénéficie pas d'un stage en gynécologie-obstétrique durant son cursus. Il doit faire un choix entre pédiatrie ou gynécologie, or ces deux spécialités sont indispensables à l'exercice de la médecine générale. Il a également la possibilité de se former lors d'un stage chez un médecin généraliste mais encore faut-il que ce médecin pose des DIU. La thèse de Lise BARANGER (40), soutenue le 12 mai 2011, a tenté de faire le point sur les apprentissages des pratiques gynécologiques des internes en stage ambulatoire. Il est ennuyant de constater que, concernant l'apprentissage des gestes techniques (pose de DIU, pose et retrait d'implant), la majorité des internes interrogés n'en a pas (praticien) ou peu (SASPAS) réalisé. Le problème se complique encore avec l'augmentation ces dernières années du numerus clausus et donc du nombre de terrains de stage à trouver bien que le décret d'Août 2010 offrant la possibilité de stages extra-hospitaliers ouvre de nouvelles perspectives (stage en gynécologie libérale, en centre de planification…). En ce qui concerne la pédiatrie, des stages sont maintenant ouverts en centre de PMI. Des séminaires alliant théorie et pratique sur des mannequins pourraient aussi être envisagés.

L'élargissement des possibilités d'apprentissage éviterait à certains étudiants de médecine générale de finir leur cursus sans avoir la formation nécessaire en gynécologie pour l'exercice de la médecine libérale et ainsi permettrait d'offrir un choix de contraception le plus exhaustif possible aux couples.

En ce qui concerne la formation post-universitaire, l'offre est très variée. Selon l'étude prospective d'Alain MOREAU (41) débuté en 1991 portant sur le suivi à 4 ans de la pose de 300 stérilets en médecine générale, 62% des médecins avaient acquis la technique de pose en post-universitaire, via l'aide d'un confrère spécialisé ou en centre de planification. En ce qui concerne les médecins posant déjà des DIU dans notre étude, il est difficile de distinguer une formation précise ayant permis la pose des DIU ; d'ailleurs, en moyenne, chaque médecin a coché entre 2 et 3 formations reçues. Il semble tout de même que se former auprès d'un confrère gynécologue soit une méthode plébiscitée par ces médecins. Nous retrouvons d'ailleurs cette tendance plus nettement lorsqu'on regarde les attentes des médecins ne posant pas de DIU dans notre enquête. 29 médecins sur les 38 concernés estimaient que c'est la « bonne formation » qu'ils attendent.

Le gynécologue serait-il plus compétent en ce qui concerne la pose des DIU ? Dans notre travail, deux médecins disent : « la médecine aux médecins, la technique aux techniciens » et « on a toujours eu des gynécologues à proximité ». On retrouve cette idée d'acte réservé au gynécologue dans la thèse d'Alice DE VERBIZIER (35). Pourtant l'étude d'Alain MOREAU (41), confirmant les données de la littérature, conclut que *« la pose et la surveillance d'un stérilet reste tout à fait de la compétence du médecin généraliste pour peu qu'il ait la formation adéquate et une pratique de la gynécologie courante importante. Il peut alors jouer complètement son rôle de premier recours dans la prévention de la grossesse non désirée et des IVG ».* Finalement, il semblerait qu'un travail en collaboration avec les gynécologues soit très enrichissant tant au niveau de la formation qu'au niveau de la pratique.

Les autres formations envisageables étaient :

- un stage hospitalier pour 16 médecins, ce qui finalement revient quasiment à une formation auprès d'un confrère gynécologue
- une formation auprès d'un confrère généraliste déjà formé pour 10 médecins qui peut être favorisée par l'exercice en cabinet de groupe. Le problème est alors de trouver du temps et surtout de pouvoir coordonner les emplois du temps
- une formation en centre de planification familiale pour 8 des 38 médecins

- une FMC pour 6 des 38 médecins
- une autre formation comme un DU/DIU en gynécologie (2 médecins), des cours théoriques (2 médecins)

Notons que l'auto-formation n'a pas été citée (réponse proposée) une seule fois.

En ce qui concerne la formation continue, la HAS (42) recommande que *« l'accès au dispositif intra-utérin soit facilité, que son utilisation soit mieux connue et que ses bonnes pratiques fassent l'objet d'un enseignement, notamment dans le cadre des organisations professionnelles ».* Nous pouvons penser que les FMC ont été peu plébiscitées par les médecins ne posant pas de DIU car elles sont souvent trop théoriques. Seules quelques-unes proposent des ateliers pratiques de pose de DIU sur des mannequins gynécologiques. Ce sont des FMC de 2 jours en moyenne sur la contraception en général et agréées par l'OGC (43) comme formation professionnelle conventionnelle. De même le CNGE (44) propose une formation annuelle de 2 jours sur le thème de « La contraception en médecine générale » avec une formation pratique sur les gestes techniques en gynécologie ; les médecins peuvent à leur tour former les étudiants en médecine. Dans notre étude, 50% des médecins déclaraient suivre une formation pratique en gynécologie au moment de l'enquête ; 15 médecins suivaient des FMC sur ce thème sur les 52 médecins inclus. Dans le travail de LEVASSEUR en 2005, 22% des médecins généralistes interrogés suivaient une FMC. Les FMC ne semblent donc effectivement pas attirer les médecins généralistes. Une des raisons peut être le manque d'adéquation entre ces formations et la pratique en cabinet mais le côté chronophage tient sûrement une part de responsabilité également, d'autant plus que la profession se féminise. Dans le travail de LEVASSEUR de 2005 (45), les attentes des médecins par rapport aux FMC étaient à 64% l'amélioration de leurs connaissances puis l'apprentissage de gestes techniques. Nous pouvons donc dire que les médecins généralistes ne semblent pas se désintéresser des gestes techniques et ont une réelle demande d'apprentissage mais que les FMC ne sont pas toujours adaptées à leurs attentes.

Les DU/DIU en gynécologie ne semblaient pas non plus répondre aux attentes des médecins interrogés ne posant pas de stérilet. Nous n'avons pas de moyen d'en connaître la raison par notre enquête mais il est certain que l'investissement qu'ils demandent en temps, et donc financièrement, n'est pas

négligeable. Pourtant, les médecins ayant validé, ou en cours de validation d'une formation diplômante en gynécologie, sont nettement plus nombreux à poser des stérilets (57% avec la formation contre 22% sans). La question est de savoir s'ils en posaient avant mais, de toute façon, cette formation semble bien avoir une influence positive sur la pose des stérilets.

Que proposer alors aux médecins généralistes ? Peut-être faut-il innover et se servir des nouveaux moyens de communication pour les formations ? Rien ne remplacera la pratique mais grâce à l'informatique, il peut être plus aisé de toucher un grand nombre de médecins maintenant largement informatisés. Des vidéos des gestes techniques avec des explications par des spécialistes répondant aux questions en direct pourraient être envisagées. On commence d'ailleurs à voir apparaitre ces formations continues par « rendez-vous » informatiques. Ceci permettrait peut-être de mobiliser plus facilement les médecins qui peuvent rester à leur cabinet voire à leur domicile ; et ainsi gagner en temps et en organisation.

5- Y'a-t-il une corrélation entre la pose de DIU et celle de Nexplanon® par les médecins généralistes ?

Cette question n'a pas pour but de faire une discussion sur l'implant sous-cutané contraceptif ou Nexplanon®, anciennement Implanon®, mais seulement de créer une ouverture de notre sujet sur les gestes techniques en gynécologie de manière plus générale.

Dans notre enquête, 45% des médecins déclaraient poser des Nexplanon®. Dans la thèse de Sabrina DIAS (38) de 2010, seuls 10% des médecins généralistes posaient des Implanon®. Rappelons que l'Implanon® est sorti en France en 2001. Il paraît logique de constater que plus les années passent et plus les médecins généralistes se forment à la pose de cette récente méthode contraceptive.

Pourquoi alors les médecins généralistes sont-ils encore si peu à poser des DIU alors que cette méthode est bien plus ancienne que l'implant ? Est-ce ce geste technique en particulier qui fait peur et notamment la prise de risque

médico-légal ? Est-ce un problème de formation puisque le laboratoire qui a développé Implanon® a organisé de nombreux « stages » de formation à la pose de son implant ? Est-ce finalement un problème de mauvaise réputation du stérilet chez les médecins et dans la population générale ? Est-ce un problème d'idées reçues ?

Il est tout de même intéressant de constater que dans notre enquête, les médecins posant des DIU sont 75% à poser des Nexplanon® contre 35% pour ceux ne posant pas de DIU. Cette différence observée est statistiquement significative (Chi2 calculé > Chi 2 à 1ddl pour un risque $\alpha = 5\%$; soit 5,79>3,84).
Il serait donc certainement intéressant de regrouper les formations aux gestes techniques en médecine générale ; un geste en entrainant un autre.

CONCLUSION

Nous avons démontré dans notre travail, tout en se basant sur la littérature existante, que peu de médecins généralistes posent actuellement des DIU alors que cette méthode de contraception est efficace et souvent bien tolérée.

Le médecin généraliste a pourtant un rôle majeur de prévention notamment des grossesses non désirées et des IVG et se doit donc d'offrir aux couples le choix de contraception le plus complet et le plus accessible possible.

L'hypothèse de départ de notre enquête était que le manque de formation des médecins généralistes est le principal frein à la pose des DIU en cabinet libéral. En réalité, notre analyse met en évidence une plus grande complexité du problème puisque le manque de formation est loin d'être la seule raison évoquée. Le risque médico-légal ainsi que le manque de pratique et/ou de demande sont également à prendre en compte si des solutions veulent être trouvées.

Il est tout de même intéressant de constater qu'en améliorant uniquement la formation, 42% des médecins ne posant pas de DIU au moment de notre questionnaire envisageraient d'en poser. Une collaboration avec les gynécologues (libéraux ou hospitaliers) paraissait alors être le moyen de formation envers lequel ils auraient le plus confiance mais on pourrait en envisager d'autres : FMC plus tournées vers la pratique, « tutorat » entre médecins généralistes, utilisation des nouveaux moyens de communication… Il est probable que l'augmentation de la demande par une diminution des gynécologues médicaux dans les années à venir va « obliger » les médecins généralistes à se former aux différents gestes techniques en gynécologie ; pourquoi alors ne pas créer des stages courts et rémunérés dans les centres hospitaliers de proximité ou avec les gynécologues libéraux volontaires permettant ainsi de former les médecins ayant « échappé » à la formation universitaire ?

Une étude pourrait également être intéressante pour essayer de déterminer les raisons qui font que les médecins généralistes se sont davantage formés à la pose des implants sous-cutanés contraceptifs plutôt qu'à celle des stérilets pourtant plus anciens.

ANNEXES

Annexes

Annexe 1 : lettre explicative du 14 mai 2012

Nelly STEPHAN-TRICHET
33 rue du stade
44118 LA CHEVROLIERE
06.37.78.02.81
triphan98@bbox.fr

La Chevrolière, le 14 mai 2012

Objet: Thèse de médecine générale, thème de gynécologie.

Madame, Monsieur,

Je réalise une thèse de médecine générale s'intitulant **"Dispositifs intra-utérins: besoins en formation des médecins généralistes de Vendée"**. Ce travail est dirigé par le Professeur Rémy SENAND, médecin généraliste à Nantes et avec l'aide du Dr Alain PICAUD, gynécologue au CHLVO Challans.

Même si la demande de soins de la part des patients reste le plus fréquent des motifs de consultation, l'évolution de la société les pousse à rechercher une démarche préventive. Le principal but de la contraception est de prévenir le nombre de grossesses non désirées ainsi que le nombre d'IVG qui en découle. Or on sait que la meilleure contraception pour une femme est celle qu'elle choisit. Favoriser l'accès aux différents modes de contraception est donc une priorité à l'échelle individuelle mais aussi un enjeu de santé publique.
Selon la base de données de l'EPPM (étude permanente des prescriptions médicales), 37,9% des femmes consultent leur médecin généraliste pour la prescription et le suivi de leur contraception. Mais selon les différents états des lieux réalisés en France (thèses de médecine générale de 2010 à 2012), seuls 8 à 20% au maximum des médecins généralistes posent des stérilets. Ceci pose un problème d'autant plus que nous allons vers une raréfaction des gynécologues médicaux (un pour 250000 femmes en 2020 en France) qui amènera les médecins généralistes à prendre une part de plus en plus importante dans la contraception des femmes.

Ma recherche a deux principaux buts:
- déterminer s'il y a ou non une demande de formation de la part des médecins généralistes en ce qui concerne les dispositifs intra-utérins.
- cibler les besoins réels théoriques et pratiques de formation qui permettraient d'encourager la pose des stérilets ou DIU ; en mettant en parallèle les formations reçues par les médecins généralistes posant déjà des DIU.

Je vous invite donc à répondre au questionnaire ci joint sans réserve. La saisie de ce questionnaire restera bien sûr anonyme.

J'attends votre réponse si possible dans les 15 jours suivant la réception de ce document (enveloppe réponse jointe). Si vous êtes intéressés, vous pouvez me transmettre votre adresse e-mail afin que je vous envoie ma thèse sous format électronique.

En vous remerciant, je reste à votre disposition pour de plus amples informations aux coordonnées ci-dessus.

Annexe 2 : le questionnaire

a) Votre profil

1) Sexe Féminin ☐ Masculin ☐

2) Quel est votre âge? .....

3) Quand et où avez-vous soutenu votre thèse?
.....

4) Dans quel type de commune exercez-vous? (cf annexe)

Rurale ☐ Urbaine ☐

5) Exercez vous Seul ☐ En groupe ☐

6) A quelle distance approximative se situe le gynécologue (de ville ou hôpital ou centre de planification familiale) le plus proche?
.....

7) Suivez-vous une formation concernant la pratique en gynécologie?
Oui ☐ Non ☐

8) Si oui, de quel type?

☐ Revues médicales/Périodiques

☐ FMC

☐ Congrès

☐ Autres, précisez : .....

9) Avez-vous suivi ou suivez-vous une formation diplômante supplémentaire en gynécologie (DU/DIU/Capacité) ?
Oui ☐ Non ☐

10) Nombre d'actes par semaine en moyenne ? .....

11) Nombre d'actes de gynécologie par semaine en moyenne ?.....

b) Votre pratique concernant les dispositifs intra-utérins (DIU) ou stérilets

12) Posez-vous des DIU?

Oui ☐ Non ☐

Si non, veuillez passer directement à la question 16.

13) Quand vous êtes-vous formés à la pose des DIU?

Pendant l'internat ☐ En post internat ☐

14) Estimez-vous avoir reçu une "bonne formation" concernant:

l'information pour la prescription des DIU? Oui ☐ Non ☐

la pose des DIU? Oui ☐ Non ☐

15) Quel(s) type(s) de formation avez-vous reçu? *Possibilité de cocher plusieurs réponses*; *numérotez-les alors par ordre croissant d'importance pour votre pratique.*

Cours théoriques pendant l'internat ☐ Stage hospitalier pendant l'internat ☐

Auprès d'un confrère généraliste ☐ Auprès d'un confrère gynécologue ☐

FMC ☐ En centre de planification familiale ☐

Diplôme universitaire* ou équivalent ☐ Auto-formation ☐

Autres : .....

Questions 16 à 18 uniquement pour les praticiens qui ne posent pas de DIU.

16) Pour quel(s) motif(s) ne posez-vous pas de DIU? *Possibilité de cocher plusieurs réponses*; *numérotez-les alors par ordre croissant d'importance dans votre décision.*

Demande insuffisante et/ou manque de pratique ☐

Manque de formation ☐

Manque de temps ☐

Pas de pratique de la gynécologie en général ☐

Mauvaise expérience antérieure (n'en pose plus) ☐

Préfère adresser à un confrère (gynécologue ou autre médecin généraliste) ☐

Risque médico-légal et problème de Responsabilité Civile Professionnelle ☐

Contraintes matérielles ☐

Autres (manque d'intérêt, pas de pratique des gestes techniques en général...) :
……

17) Pensez-vous qu'avec une "bonne formation", vous envisageriez de poser des DIU?

Oui ☐ Non ☐

18) Quels sont les types de formations qui vous semblent les plus adaptés pour envisager de poser des DIU? *Possibilité de cocher plusieurs réponses*; *numérotez-les alors par ordre croissant d'importance.*

Cours théoriques ☐

Stage hospitalier ☐

Auprès d'un confrère généraliste déjà formé ☐

Auprès d'un confrère gynécologue ☐

FMC ☐

En centre de planification familiale ☐

Diplôme universitaire* ou équivalent ☐

Auto-formation ☐

Autres ou précisions :
.....
.....

19) Posez-vous des implants sous cutanés contraceptifs (NEXPLANON®)?

Oui ☐ Non ☐

Je tiens à vous remercier pour votre disponibilité et votre patience.

* Les diplômes universitaires de gynécologie comprennent une formation théorique, pratique et un mémoire.

Annexe: Notion d'unité urbaine et classement des communes en urbaine ou rurale dans le secteur concerné par cette étude (données de l'INSEE)

La notion d'**unité urbaine** repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine **une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu** (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) **qui compte au moins 2 000 habitants**.

Si l'unité urbaine se situe sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération multicommunale.

Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine: les communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

Dans le secteur concerné:

NOM du CANTON	COMMUNE "URBAINE"	COMMUNE RURALE
Noirmoutier	L'Epine La Guérinière Noirmoutier en l'Île	Barbâtre
Beauvoir sur Mer	Beauvoir sur Mer	Bouin Saint Gervais Saint Urbain
Saint Jean de Monts	La Barre de Monts Notre Dame de Monts Saint Jean de Monts Soullans	Le Perrier
Challans	Challans La Garnache Sallertaine	Bois de Céné Châteauneuf Froidfond
Saint Gilles Croix de Vie	Brem sur Mer Brétignolles sur Mer Coëx Commequiers Le Fenouiller Notre Dame de Riez Saint Gilles Croix de Vie Saint Hilaire de Riez	Givrand L'Aiguillon sur Vie La Chaize Giraud Landevielle Saint Maixent sur Vie Saint Révérend
Palluau		Apremont Falleron Grand'Landes La Chapelle-Palluau Maché Palluau Saint Christophe du Ligneron Saint Etienne du Bois Saint Paul Mont Pénit

Annexe 3 : lettre de relance du 29 mai 2012.

Nelly STEPHAN-TRICHET
33 rue du stade
44118 LA CHEVROLIERE
06.37.78.02.81
triphan98@bbox.fr

La Chevrolière, le 29 mai 2012

Objet: Thèse de médecine générale, thème de gynécologie.

Madame, Monsieur,

Je vous remercie sincèrement pour votre participation à l'enquête sur les besoins en formation des médecins généralistes en ce qui concerne les dispositifs intra-utérins.

Si toutefois vous n'aviez pas encore eu le temps de répondre au questionnaire, je vous sollicite à nouveau afin que vous le complétiez (5 à 10 minutes maximum) et que vous me le renvoyiez à l'aide de l'enveloppe timbrée jointe dans le premier courrier. En effet, obtenir un maximum de réponses me permettra d'être statistiquement plus fiable et ainsi de réaliser une étude la plus représentative possible de votre réalité ; ce qui pourrait éventuellement déboucher à terme sur des formations plus adaptées à vos besoins en ce qui concerne la pose des stérilets.

Je vous prie d'agréer mes sincères salutations.

Annexe 4 : Exemple de tests statistiques

Tests de comparaison des pourcentages de femmes médecins généralistes entre l'échantillon et le département de la Vendée ou la région des Pays de la Loire.

	Femmes	Hommes	Total
Effectifs observés	O1=16	O2=36	n=52
Effectifs théoriques en Vendée	T1=38,2%x52 T1=19,86	T2=61,8%x52 T2=32,14	n=52

	Femmes	Hommes	Total
Effectifs observés	O1=16	O2=36	n=52
Effectifs théoriques en Pays de la Loire	T1=41,4%x52 T1=21,53	T2=58,6%x52 T2=30,47	n=52

Le test du Chi 2 à 1 ddl (degré de liberté) est utilisé pour comparer un pourcentage observé dans un échantillon à un pourcentage théorique connu (Atlas démographique médical en France – Situation au 1er janvier 2012 rédigé par le CNOM).

L'hypothèse H0 est : pas de différence significative entre le pourcentage de femmes dans l'échantillon et celui théorique.
L'hypothèse H1 est : différence significative entre le pourcentage de femmes dans l'échantillon et celui théorique.
Si Chi 2 calculé < Chi 2 de référence (table) : H0 retenue
Si Chi 2 calculé > Chi 2 de référence (table) : H1 retenue

Dans notre enquête :
Chi 2 calculé pour la Vendée = 1,21
Chi 2 calculé pour les pays de la Loire = 2,42
Chi 2 de la table du Chi 2 à 1ddl pour un risque α = 5% : 3,84

Il n'y a donc pas de différence significative entre les pourcentages de l'échantillon et ceux connus pour le département de la Vendée et la région Pays de la Loire.

Bibliographie

1. **INPES.** Dossier de presse. [En ligne] septembre 2007. http://www.inpes.sante.fr/dp/07/dp070911.pdf.

2. La prise en charge des femmes françaises. [En ligne] 30 05 2000. http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm.

3. **OMS.** Organisation Mondiale de la santé. [En ligne] http://www.who.int/fr/.

4. Gynécologie et santé des femmes. [En ligne] 30 05 2000. http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_02A.htm#demographie.

5. **N, BAJOS.** La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques? *Bulletin mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques.* septembre 2012, 492.

6. La contraception dans le monde. [En ligne] 12 2010. http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/contraception_monde/.

7. Bilan démographique 2011. [En ligne] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1385.

8. Contraception : que savent les Français? *INPES.* [En ligne] 05 06 2007. http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf.

9. Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie? *INPES.* [En ligne] http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/11/cp111026.asp.

10. **COCON, BAJOS N et Equipe.** Synthèse de l'enquête COCON (2000-2004). INSERM-INED Unité 822.

11. **Santé, Observatoire Régional de la.** Contraception et interruption volontaire de grossesse. 2012.

12. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. *HAS.* [En ligne] 12 2004. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme.

13. L'avortement dans le monde. *INED.* [En ligne] http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/avortement_monde/.

14. Loi N°74-1026. Loi portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances. [En ligne] 04 12 1974. http://www.legifrance.gouv.fr.

15. Loi N°2001-588 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. [En ligne] 04 07 2001. http://admi.net/jo/20010707/MESX0000140L.html.

16. Loi relative à la politique de santé publique. [En ligne] 09 08 2004. http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-vote/loi-du-9-aout-2004-relative-politique-sante-publique.html.

17. La loi "Hôpital, patients, santé et territoires". *Le site santé du ministère des affaires sociales et de la santé.* [En ligne] http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html.

18. **N, BAJOS.** Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? *Populations et sociétés.* 2004, 407.

19. L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse. Rapport du groupe de travail n°2. *Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale.* [En ligne] 01 2011. http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_IVG_GT_2_CSIS_2011-2.pdf.

20. **AUBAIN C, JOURDAIN MENNINGER D.** Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. *Rapport IGAS.* [En ligne] 10 2009. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_les_politiques_de_prevention_des_grossesses_non_desirees_et_de_prise_en_charge_des_IVG.pdf.

21. **D, SERFATY.** *Contraception.* Paris : Elsevier Masson, 2011, 4°édition.

22. Contraception et avortement : les paradoxes de la liberté. [En ligne] 03 04 2010. http://claudeguillon.internetdown.org/article.php3?id_article=284.

23. Atlas de la démographie médicale en 2011. *Conseil National de l'Ordre des Médecins.* [En ligne] http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2011-les-jeunes-medecins-invitent-leurs-confreres-s%E2%80%99insta-1087.

24. La gynécologie médicale en France. *Fédération nationale des collèges de gynécologie (FNCGM).* [En ligne] 11 2007. http://fncgm.com/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=36.

25. Gynécologie médicale, quelques précisions : pourquoi avoir réouvert des postes de gynécologie médicale? *Association des gynécologues obstétriciens en formation.* [En ligne] 10 2008. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/081027AGOF_gyneco.pdf.

26. **QUALISO J, COGNEAU.** Rapport final EPILULE . [En ligne] 02 2004. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_a_l_acces_a_la_contraception_d_urgence_dans_les_etablissements_d_enseignement_et_dans_les_pharmacies.pdf.

27. Contact Sages-Femmes, la lettre du conseil de l'ordre. *Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes.* [En ligne] 10 2009. http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/108_Contact21.pdf. N°21.

28. Les compétences. *Conseil Nationale de l'Ordre des Sages-Femmes.* [En ligne] http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_competences/index.htm.

29. Rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective. *Université de Toulouse.* [En ligne] http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Role%20MG%20Prevention%202012.pdf.

30. Journée mondiale de la contraception "ton avenir, ton choix, ta contraception". *ARS de Haute-Normandie.* [En ligne] 26 09 2012. http://ars.sante.fr/26-septembre-2012-Journee-mo.142465.0.html.

31. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des DES de médecine. *journal officiel.* 2010.

32. **C, HOLUE.** Les généralistes jugés peu compétents en matière de suivi gynécologique. [En ligne] http://www.apima.org/img_bronner/generalistes_et_suivi_gyneco.pdf.

33. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. *BVA.* [En ligne] 05 2008. http://bva.fr/fr/sondages/ressenti_des_femmes_a_l_egard_du_suivi_gynecologique.html.

34. INSEE. [En ligne] http://www.insee.fr/fr/.

35. **A, DE VERBIZIER.** *Dispositifs intra-utérins en médecine générale en Lorraine : état des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes.* Faculté de médecine de Nancy : [Thèse de doctorat en médecine générale], 2011.

36. **L, MICHELET-BRETAUDEAU.** *Dispositifs intra-utérins : analyse des pratiques des médecins généralistes et des gynécologues médicaux de Loire-Atlantique.* Faculté de Nantes : [Thèse de doctorat en médecine générale], 2010.

37. **S, ARINO-CLOUET.** *Le stérilet en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes d'aquitaine.* Faculté de Bordeaux II : [Thèse de doctorat en médecine générale], 2005.

38. **S, DIAS.** *Etat des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'île de france.* Faculté de Paris Diderot - Paris VII : [Thèse de doctorat en médecine générale], 2010.

39. **(juriste), PETRUS E.** La pose du stérilet et la responsabilité du médecin. [En ligne] http://www.macsf.fr/vous-informer/pose-sterilet-et-responsabilite-medecin.html.

40. **L, BARANGER ROYER.** *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.* Faculté d'Angers : [Thèse de doctorat en médecine générale], 2011.

41. **A, MOREAU.** Suivi à 4 ans de la pose du stérilet en médecine générale. *Revue du praticien Médecine générale.* 1999, 463.

42. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. *Haute Autorité de Santé.* [En ligne] 12 2004. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_contraception_vvd-2006_2006_10_27__12_57_59_515.pdf.

43. *Organisme gestionnaire conventionnel.* [En ligne] http://www.ogc.fr.

44. *Collège national des enseignants généralistes.* [En ligne] http://www.cnge.fr.

45. **LEVASSEUR G, BAGOT C, HONNORAT C.** L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Santé publique.* 2005, Vol. 17.

46. Gynécologie médicale, quelques précisions : pourquoi avoir réouvert des postes de gynécologie médiacle. *Association des gynécologues obstétriciens en formation.* [En ligne]

NOM : TRICHET STEPHAN PRENOM : NELLY

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS: BESOINS EN FORMATIONS DES MEDECINS GENERALISTES DE VENDEE

RESUME

Contexte : 26% des femmes françaises utilisent un dispositif intra-utérin comme moyen de contraception alors que cette méthode est l'une des plus efficaces. En tenant compte du fait que plus d'un tiers des femmes consultent un médecin généraliste pour la prescription et le suivi de leur contraception, le rôle du médecin généraliste dans la prévention des grossesses non désirées est important.
Objectifs : Déterminer si avec une « bonne formation » les médecins généralistes ne posant pas de DIU envisageraient d'en poser et préciser alors les besoins en formation.
Méthode : Analyse des pratiques des médecins généralistes de 6 cantons de Vendée (85) concernant les DIU et notamment leurs besoins en formation par une enquête postale sous forme d'un questionnaire.
Résultats : Le manque de formation n'est pas le seul obstacle à la pose de stérilets en cabinet libéral de médecine générale ; on constate que seulement 42% des médecins généralistes ne posant pas de DIU accepteraient d'en poser après une « bonne formation ». Se former auprès d'un confrère gynécologue à ce geste technique leur semble être la manière la plus adaptée.
Conclusion : Aider les médecins généralistes à mieux se former sur les différents moyens de contraception ne semble pas suffisant pour permettre aux femmes d'accéder à un plus large choix de méthodes contraceptives ; d'autres paramètres sont à prendre en compte.

MOTS-CLES

Médecine générale
Dispositif intra-utérin
Formation
Analyse des pratiques