

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Lucie DESMOND

Née le 10 Septembre 1984 à Périgueux (24)

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2013

ANALYSE DE LA PRATIQUE EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'INDRE

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Gilles BODY
Membres du jury : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Monsieur le Professeur Franck PERROTIN
Madame le Docteur Françoise BANDALY
Monsieur le Docteur Guy TURPIN

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence

	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mmes	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière

M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de
l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les
secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction
que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur BODY,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur CHANTEPIE et Monsieur le Professeur PERROTIN,

Vous avez accepté de juger ce travail. Trouvez ici l'expression de mes vifs remerciements.

A Madame le Docteur BANDALY,

En témoignage respectueux pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer au jury de cette thèse.

A Monsieur le Docteur TURPIN,

Vous avez accepté de diriger ma thèse, je vous remercie de m'avoir fait confiance, et de m'avoir consacré du temps. Ce travail est l'occasion de vous témoigner ma gratitude et mon respect.

Aux équipes médicale et paramédicale de la Médecine Polyvalente à Vierzon.

Au Docteur ESSAYAN,

Vous avez pris soin de moi pour mes premiers pas d'interne, merci pour votre formation, vos précieux conseils et encouragements et d'être toujours présents à mes côtés.

A mon maître de stage Docteur FERRAGU,

Pour m'avoir fait découvrir la médecine générale et sillonner les routes de l'Indre (jusqu'à aller écouter le brame du cerf !) en me faisant découvrir la valeur de ce département, merci.

Au Docteur SOULAT et à l'équipe du service des urgences de Châteauroux,

Vous m'avez tous beaucoup appris, merci pour la formation, pour ces moments que j'ai appréciés car rendus agréables malgré les difficultés de nos missions. C'est grâce à vous que j'ai trouvé ma voie, vous m'avez convaincue. C'est avec un grand plaisir que je vous rejoins pour ma carrière d'urgentiste.

Aux personnels médical et paramédical de l'Unité de Soins Pédiatriques de Clocheville.

A Anaïs, pour ta sympathie, ton écoute et disponibilité.

Au Docteur HIRA et à l'ensemble du personnel de la Réanimation de Châteauroux,

Merci pour ce semestre formateur.

A Caroline, j'aimais beaucoup parler avec toi avant de commencer mes journées! Merci pour ton amitié.

Au Docteur LANOTTE et aux personnels médical et paramédical des urgences de Tours,

Quel enrichissement à vos côtés ! Vous avez conforté mon choix d'être urgentiste, je ne l'oublierai pas. Merci.

A tous les médecins généralistes de l'Indre qui ont accepté de répondre à cette étude. Sans eux, ce travail n'aurait pas pu être possible.

A l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Centre et en particulier à Madame Le Lann et Monsieur Vannier pour l'aide logistique à l'élaboration de ce travail.

A Maxime pour la touche anglaise.

A tous les externes,

Et notamment ceux avec qui j'ai travaillé en pédiatrie à Clocheville, j'ai eu beaucoup de plaisir à vous retrouver aux urgences de Tours.

A mes co-internes de mon sixième et dernier semestre d'internat aux urgences de Tours : Alexandre, Antoine, Bertrand, Benjamin, Elodie, Gihade, Mélanie et Rarthtana.

En souvenir de nos grandes discussions et de nos fous rires lors de la pause déjeuner. Merci de m'avoir « supportée » malgré cette période difficile. Vous allez me manquer. Bonne continuation.

A mes co-internes devenues des amis :

A Adeline, Alexandra, Aurélie, Dalila et Valérie, les pédiatres !

C'est grâce à vous que je garde un agréable souvenir de la pédiatrie !

A Clément F, merci pour les bons moments partagés pendant le stage des urgences de Châteauroux et le stage de pédiatrie. Bon courage pour ta thèse.

A Anaïs (et nos soirées avant les gardes !), **Anthony et Sarah,**

Au Docteur ROUCHY !

Cécile, c'est avec joie que bientôt tu seras une de mes collègues mais avant tout tu es devenue une amie.

Un dernier remerciement et non des moindres à :

Claire pour le recueil de données et tous ces calculs, **Olivier** pour les graphiques, faits et refaits plusieurs fois

Anne-Claire, Maman, Julien et Papa (heureusement que le téléphone existe !),

MERCI à vous pour tout ce temps passé à me lire, corriger, relire, faire la mise en page, conseiller.

Je vous en suis très reconnaissante. MERCI d'avoir été mes petites mains pour ce travail.

*A Maman et Papa
A Claire et Olivier
A Apolline et Agathe*

JE DÉDIE CETTE THÈSE

A mes Parents, pour votre soutien inconditionnel et pour m'avoir donné les moyens d'arriver jusqu'ici. C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui.

Je vous aime.

Maman, merci pour ton précieux soutien, ton dévouement tout au long de mes études. Pour ton écoute et le temps passé avec moi dans les moments difficiles et de doute. Pour ton amour.

Papa, merci pour tes conseils, ton goût de l'effort et du travail, ta sagesse. Pour l'importance que tu accordes à ce que je fais.

A ma sœur et mon frère, Claire et Olivier, pour avoir été silencieux quand je travaillais à la maison. Merci d'avoir supporté ces longues années d'études et surtout mon « bon » caractère. Merci d'avoir été présents dans les bons comme les mauvais moments. Je vous aime.

A leurs moitiés : Brice, frère d'avoir été ton témoin un certain 23 juillet 2011 **et Lisa**, la Parisienne, toi qui me demandes des conseils médicaux.

A mes nièces : Agathe, ma « sale gosse » **et Apolline**, ma filleule adorée.

Vous ne manquez pas de solliciter votre tata, vous avez été des petits « cobayes » innocents et parfaits lors de mon stage en pédiatrie.

A Julien, MERCI pour tous ces encouragements pendant la dernière ligne droite.

Merci pour toutes ces années où tu m'as soutenue et supportée, sans faille, malgré parfois des centaines de kilomètres qui nous séparaient. Nos chemins ont pris des voies différentes, tu seras toujours auprès de moi...

A Martine et Joël, pour m'avoir ouvert votre maison et avoir grandi à vos côtés. Je ne l'oublierai pas.

A mes tantes Denise (et les bonnes conserves et confitures qui m'ont accompagnées pendant l'internat), **Joséphine, Nicole, Colette et Jeanine**, pour votre soutien.

A mon oncle Philippe, sans toi, je n'en serais pas là...

A mon Parrain, j'aurais aimé que tu sois présent pour ce grand jour.

A Thomas, pour la première thèse à laquelle j'ai assistée. J'aurais voulu que tu sois auprès de moi pour la mienne.

A Dorothée, à notre rencontre sur les bancs de la fac. Même si nous ne nous donnons pas beaucoup de nouvelles, je ne t'oublie pas. Nous avons traversé des épreuves toutes les deux mais elles nous ont rendues plus fortes et surtout elles nous ont rapprochées. Merci pour ton amitié, elle m'est très précieuse.

A Lucie, tu es devenue une amie très chère (à nos coups de fil interminables...).

Merci de m'avoir « soufflé » le thème de ma thèse. A ce cinquième semestre passé ensemble à Châteauroux, à boire des « pisse-mémé » !

A cette nouvelle page que nous allons écrire ensemble.

A Alicia (A.), Morgane et Sophie, ce fut un mal pour un bien : une deuxième D4 pour une très belle rencontre ! A ces journées à la BU dans le froid, à ces fous rires et surtout à nos futurs week-ends.

A Clément, Etienne, François (à ces nuits de juillet 2003 passées en boîte !), **Manu** (merci pour tes messages) **et Pierre** (en souvenir de nos vacances à Sainte Marie La Mer), mes amis de lycée. Nous n'avons pas l'occasion de se voir souvent, les années passent mais l'amitié reste. A notre boue précieuse...

Au patinage artistique, une passion de 17 années qui m'apprirent la persévérance (aussi utile pendant toutes ces études !) et où j'ai fait de très belles rencontres.

A Sophie, mon entraîneur, les dernières années sans toi n'avaient pas les mêmes saveurs mais je ne retiens que les meilleures. Merci pour tout. Merci pour la séance que j'ai partagée avec toi en début d'année. Ce fut trop bon pour le moral ! J'espère qu'il y en aura d'autres.

A Marie, je te souhaite une longue et belle route pour l'avenir.

A Audrey dite Copiiiiine, 21 ans d'amitié...! Merci pour ton soutien. Tu es loin de moi mais c'est tellement agréable lorsque nous nous retrouvons.

A Marion, j'aurais aimé que tu sois à mes côtés. Merci pour ton soutien et tes messages qui me touchent beaucoup.

A Natalia (pour nos longues discussions devant ta porte d'entrée) **et Pierre** pour m'avoir confié Charles pendant toutes ces années. Ce qui me permettait de travailler tranquillement chez vous en attendant votre retour.

A Petit Charles, je te vois grandir, et maintenant du haut de tes 11 ans, poursuis ta route avec passion.

A Sébastien, pour ton soutien pendant ces derniers mois.

A Zolikhha, à nos SMS à n'importe quelle heure de la nuit ou du jour. Tu as traversé une épreuve difficile cette année. J'étais triste d'être loin de toi pour t'aider à la surmonter mais sache que malgré la distance, je pense à toi. Je te retrouve bientôt pour mon plus grand bonheur.

A Nounou, je garde un immense souvenir des jours passés quand tu me gardais aux Rivachauds.

Aux familles Faye, Jolivet, Lelais et Renou, vous m'avez vue naître.

A Mme et Mr Ruaud, mes chers voisins. Lucifer se souvient...

A ma grand-mère Libéra, mon grand-père René, Françoise et ma tante Odette, une pensée pour eux. J'aurais aimé qu'ils soient encore à mes côtés.

A tous, un grand MERCI pour vos encouragements et votre soutien pour parvenir à ce but.

RÉSUMÉ

Contexte : Le médecin généraliste, qualifié en soins primaires, est un spécialiste ayant une place légitime dans le suivi gynécologique des femmes. La pénurie constatée de gynécologues provoque un transfert du suivi gynécologique vers le médecin généraliste. L'objectif de cette étude était d'analyser la pratique actuelle des médecins généralistes de l'Indre en gynécologie-obstétrique.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, transversale. Un questionnaire en 10 parties a été envoyé début janvier 2013 par voie postale aux 177 médecins généralistes de l'Indre. Après une relance, la date limite de réponse était le 1^{er} mars 2013.

Résultats : Le taux de réponses était de 57%. Par semaine, la gynécologie-obstétrique représentait 7,4% de l'activité globale des médecins généralistes. Les femmes en réalisaient 11% et les hommes 7%. 55% des femmes versus 25% des hommes en faisaient 10% ou plus ($p=0,012$). 38% des médecins de 60 ans ou plus contre 14% des 30-39 ans effectuaient 10% ou plus de gynécologie-obstétrique par semaine ($p=0,37$). 50% des médecins citadins contre 18% des ruraux avaient une activité de 10% ou plus de gynécologie-obstétrique ($p=0,008$). 87% des actes étaient faits sur demande de la patiente. 36% des médecins avaient déclaré réaliser peu ou pas de gynécologie-obstétrique. 95% des médecins femmes versus 70% des hommes pratiquaient les frottis cervico-vaginaux ($p=0,009$). Les 60 ans ou plus en faisaient le moins ($p=0,008$). 71% des médecins étaient favorables à l'augmentation de leur activité en gynécologie-obstétrique selon le contexte.

Conclusion : La pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de l'Indre avec une prédominance féminine fait partie intégrante de leur activité globale. Avec l'évolution de la démographie médicale, les médecins généralistes seront de plus en plus sollicités pour le suivi gynécologique.

Mots-clés :

- Médecins généralistes
- Gynécologie-obstétrique
- Démographie médicale
- Formation médicale
- Contraception
- Suivi de grossesse

TITRE EN ANGLAIS

An analysis of general practitioners' work in the practice of gynecology and obstetrics in the Indre region.

RÉSUMÉ EN ANGLAIS

Context : A general practitioner, qualified in first aid care, is considered as a specialist who has a legitimate right to practice gynecological medical care in women patients. The current lack of qualified gynecologists has resulted in the transfer of gynecological care from specialists to general practitioners. This study's main aim was to analyze the way in which general practitioners (GPs) currently practice gynecology and obstetrics in the Indre region.

Method : This survey was observational, descriptive and cross sectional. In January 2013, a ten-part questionnaire was posted to the 177 general practitioners located in the Indre region. After one reminder letter, the deadline for returning the questionnaires was fixed for 1st March 2013.

Results : 57% of GPs responded positively to the questionnaires. The practice of gynecology and obstetrics represented 7.4% of their main weekly activity. Women doctors practiced 11% of specific gynecological and obstetrical care whereas men doctors only practiced 7 %. 55 % of women doctors compared with 25 % of men doctors practiced 10 % or more ($p=0,012$). 38% of doctors aged 60 and over versus 14 % of 30-39 year olds performed 10% or more gynecological and obstetrical acts per week ($p=0,37$). 50% of town based doctors versus 18% of rural-based doctors spent 10% of their working week administering gynecological and obstetrical care ($p=0,008$). 87% of these acts were performed at the patients' request. 36% of the GPs declared that they had little or no opportunity to practice gynecology and obstetrics. 95% of women GPs, versus 70% of men GPs practiced surgical smears ($p=0,009$). GPs aged 60 and over declared doing very few ($p=0,008$). 71% of GPs said they were willing to increase their gynecological and obstetrical activity if necessary.

Conclusion : Gynecological and obstetrical care practiced by GPs in the Indre region (with a majority of women doctors) represents an important part of their professional activity. Considering medical demography's evolution, it is going to become increasingly necessary for GPs to provide adequate gynecological care for their patients.

Key words :

- General practitioners
- Gynecology-Obstetrics
- Medical demography
- Medical training
- Contraception
- Pregnancy monitoring

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	18
TABLE DES FIGURES	19
INTRODUCTION	21

PREMIÈRE PARTIE

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE

1. Démographie médicale globale	23
1.1. Les médecins en activité et les retraités	23
1.2. Les médecins en activité régulière	23
1.3. L'évolution des effectifs des médecins en activité	23
1.4. La densité médicale	24
1.5. L'âge et le sexe	24
1.6. Le mode d'exercice	25
2. Démographie des médecins généralistes	25
2.1. Les médecins généralistes en activité	25
2.2. La densité médicale	26
2.3. L'âge et le sexe	27
2.4. Le mode d'exercice	27
3. Démographie des gynécologues	27
3.1. Les effectifs	27
3.2. Les gynécologues médicaux et les gynécologues médico-obstétriciens en activité	28
3.3. La densité médicale	28
3.4. L'âge et le sexe	29
3.5. Le mode d'exercice	29

LA FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES, DES GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX ET DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS

1. Le Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM)	31
1.1. La Première Année Commune aux Études de Santé (PACES)	31
1.2. Les deuxième et troisième années du DFGSM	31
2. Le Deuxième Cycle des Études Médicales (DCEM) ou l'externat	32
3. Le Troisième Cycle des Études Médicales (TCEM)	32
3.1. La médecine générale	32
3.2. La gynécologie	33
3.2.1. La gynécologie médicale	34
3.2.2. La gynécologie-obstétrique	34
3.2.3. Nombres de postes à l'internat	35
4. Le post-internat en médecine générale	35
4.1. Le Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de gynécologie obstétrique	35
4.2. La Formation Médicale Continue (FMC)	35

DEUXIÈME PARTIE

MÉTHODE

1. Type d'étude	36
2. Population étudiée	36
3. Questionnaire	36
4. Envoi du questionnaire	37
5. Saisie et analyse des résultats	37

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée : données sociodémographiques	38
1.1. Sexe et âge des médecins	38
1.2. Année d'installation	38
1.3. Exercice professionnel des médecins : zone, mode et secteur d'exercice	39
1.3.1. Répartition générale selon la zone d'exercice	39
1.3.2. Répartition générale selon le mode d'exercice	39
1.3.3. Répartition selon le secteur d'exercice	39
1.3.4. Répartition selon la zone d'exercice et le sexe	40
1.4. Distance avec un gynécologue	40
1.5. Nombre d'actes de médecine générale en moyenne par semaine	41
1.5.1. Répartition générale	41
1.5.2. Répartition selon le nombre d'actes et le sexe	41
1.5.3. Répartition selon le nombre d'actes et l'âge	42
1.6. Pourcentage d'actes de gynécologie-obstétrique dans l'activité globale des médecins	42
1.6.1. Répartition générale	42
1.6.2. Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon le sexe	43
1.6.3. Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon l'âge	44
1.6.4. Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon l'année d'installation	44
1.6.5. Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon la zone d'exercice	45
1.6.6. Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon le mode et le secteur d'exercice	45
1.6.7. Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon la distance avec un gynécologue	46
2. Évaluation globale de l'activité de gynécologie-obstétrique	46
2.1. Circonstances de la pratique de la gynécologie	46
2.2. Les trois motifs de consultation de gynécologie-obstétrique les plus fréquemment rencontrés	47
2.3. Pratique d'examens gynécologiques : spéculum, touchers vaginaux	47
2.3.1. Répartition générale	47
2.3.2. Répartition selon le sexe	48
2.3.3. Répartition selon l'âge	48
2.4. Les médecins pratiquant peu ou pas de gynécologie-obstétrique : les raisons de leur choix	48
2.4.1. Répartition générale	48
2.4.2. Répartition selon le sexe	49
2.4.3. Répartition selon l'âge	49
3. Dépistage et prévention	50
3.1. Répartition générale	50
3.2. Répartition selon le sexe	50
3.3. Répartition selon l'âge	50

4. Contraception	51
4.1. Répartition générale	51
4.2. Répartition selon le sexe	51
4.3. Répartition selon l'âge	52
5. Suivi de grossesse	53
5.1. Répartition générale	53
5.2. Répartition selon le sexe	53
5.3. Répartition selon l'âge	54
6. IVG médicamenteuse	54
7. Ménopause	54
7.1. Répartition générale	54
7.2. Répartition selon le sexe	54
7.3. Répartition selon l'âge	55
8. Répartition de l'activité de gynécologie-obstétrique des médecins généralistes	55
9. Formation en gynécologie-obstétrique	56
9.1. Répartition générale	56
9.2. Répartition selon le sexe	56
9.3. Répartition selon l'âge	57
10. Opinion des généralistes sur l'augmentation de leur activité de gynécologie-obstétrique	57
10.1. Répartition générale	57
10.2. Répartition selon le sexe	58
10.3. Répartition selon l'âge	58
11. Commentaires libres	59
11.1. Formation	59
11.2. Regard sur le métier	59
11.2.1. Le fait d'être un homme	59
11.2.2. Prise en charge de la gynécologie	59
11.2.3. Problème de démographie médicale	60
11.3. Relation médecin-patient	60
11.3.1. Aspect médico-légal	60
11.3.2. Proximité de sages-femmes ou de gynécologues	60
11.4. Disponibilité	61
11.4.1. Manque de temps	61
11.4.2. Médecins exerçant peu ou pas la médecine générale	61
DISCUSSION	
1. Points forts de l'étude	62
1.1. Un taux de participation élevée	62
1.2. Le profil des médecins ayant répondu	62
1.3. Le questionnaire	62
1.4. Biais de déclaration	62
2. Points faibles de l'étude	62
2.1. Biais de sélection	62
2.1.1. Le choix de la région	62
2.1.2. L'échantillon	63
2.2. Biais d'analyse	63
2.3. Biais de mesure	64
3. Résultats	64
3.1. Activité des médecins généralistes	64
3.1.1. Consultations hebdomadaires	64
3.1.2. Consultations hebdomadaires selon le sexe	64
3.2. Activité en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes	64

3.2.1. Disparités dans la pratique de la gynécologie-obstétrique en médecine générale	64
3.2.2. Un exercice très féminin	65
3.2.3. Activité plus importante chez les 60 ans ou plus	65
3.2.4. Activité plus importante en milieu citadin	66
3.2.5. Motifs de consultation	66
3.2.6. L'examen gynécologique	66
3.2.7. Les raisons de la faible activité en gynécologie-obstétrique	67
3.3. Dépistage et prévention	68
3.3.1. Le frottis cervico-vaginal	68
3.3.2. La palpation des seins et la prescription de mammographie	68
3.4. Contraception	69
3.4.1. Les nouveaux moyens contraceptifs	69
3.4.2. L'implant contraceptif	69
3.5. Suivi de grossesse	69
3.6. Ménopause	70
3.7. Formation en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes	71
3.7.1. La formation universitaire	71
3.7.2. La Formation Médicale Continue	71
3.7.3. Le Diplôme Inter-Universitaire de gynécologie-obstétrique	72
3.8. Opinion des médecins généralistes sur l'augmentation de leur activité en gynécologie-obstétrique	72
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	74
ANNEXES	
Annexe 1 : Schéma des études médicales	79
Annexe 2 : Questionnaire	80
Annexe 3 : Lettre explicative	83
Annexe 4 : Lettre explicative lors de la relance	84
Annexe 5 : Courrier de remerciement pour l'URPS des Médecins Libéraux du Centre	85

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AIMM	Association des Internes en Gynécologie Médicale
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CES	Certificat d'Études Spécialisées
CDGM	Comité de Défense de la Gynécologie Médicale
CNGOF	Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
CNIPI	Commission Nationale de l'Internat et du Post Internat
CNOM	Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins
DCEM	Deuxième Cycle des Études Médicales
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DESC	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DFGSM	Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales
D.I.U.	Diplôme Inter-Universitaire
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ENC	Examen National Classant
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Human Papilloma Virus
GO	Gynécologie-Obstétrique
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MEP	Médecins à Exercice Particulier
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
SFMG	Société Française de Médecine Générale
TCEM	Troisième Cycle des Études Médicales
THS	Traitement Hormonal Substitutif
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

TABLE DES FIGURES

Figure	Page
1 - Pyramide des âges de médecins en activité régulière en 2013	24
2 - Mode d'exercice des nouveaux inscrits	25
3 - Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1 ^{er} janvier 2013	26
4 - Pyramide des âges des médecins généralistes au 1 ^{er} janvier 2013	27
5 - Effectifs des gynécologues médicaux de 2007 à 2017	28
6 - Effectifs des gynécologues médico-obstétriciens de 2007 à 2017	28
7 - Densité des gynécologues médicaux pour 5 000 femmes à l'échelle des bassins de vie en région Centre	28
8 - Pyramide des âges des gynécologues médicaux en région Centre au 1 ^{er} janvier 2011	29
9 - Mode d'exercice des gynécologues médicaux au 1 ^{er} janvier 2013	29
10 - Mode d'exercice des gynécologues médicaux et obstétriciens au 1 ^{er} janvier 2013	30
11 - Répartition des médecins selon leur sexe et leur âge	38
12 - Répartition générale selon leur zone d'exercice	39
13 - Répartition générale selon leur mode d'exercice	39
14 - Répartition générale selon leur secteur d'exercice	39
15 - Zone d'exercice des médecins selon le sexe	40
16 - Distance séparant les médecins généralistes d'un gynécologue	40
17 - Répartition des médecins selon le nombre d'actes par semaine de médecine générale	41
18 - Nombre d'actes selon le sexe des médecins	41
19 - Nombre d'actes selon l'âge des médecins	42
20 - Pourcentage d'actes de gynécologie-obstétrique dans l'activité globale des médecins	42
21 - Part de l'activité de gynécologie-obstétrique dans l'activité globale des médecins généralistes selon leur sexe	43
22 - Part moyenne de l'activité de gynécologie-obstétrique selon le sexe	43
23 - Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon l'âge	44
24 - Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon l'année d'installation	44
25 - Part de l'activité de gynécologie-obstétrique dans l'activité globale selon la zone d'exercice	45
26 - Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon la distance avec un gynécologue	46
27 - Circonstances de la pratique de la gynécologie-obstétrique	46
28 - Motifs de consultation de gynécologie-obstétrique	47
29 - Pratique des examens gynécologiques selon le sexe	48
30 - Pratique des examens gynécologiques selon l'âge	48
31 - Raisons expliquant la faible activité de gynécologie-obstétrique selon le sexe	49
32 - Médecins pratiquant peu ou pas de gynécologie-obstétrique	49
33 - Actes de dépistage et prévention selon le sexe	50
34 - Réalisation des frottis selon l'âge	51
35 - Prescriptions de moyens contraceptifs selon le sexe	51
36 - Prescription de nouveaux moyens contraceptifs selon l'âge	52

37 - Pose d'implants selon l'âge	52
38 - Suivi de grossesse selon le sexe	53
39 - Suivi de grossesse selon l'âge	54
40 - Prescription de THS selon le sexe	54
41 - Prescription d'un traitement hormonal selon l'âge	55
42 - Pourcentage d'actes de gynécologie-obstétrique au cours de la dernière semaine d'activité des médecins généralistes	55
43 - Formation en gynécologie-obstétrique selon le sexe	56
44 - Formation en gynécologie-obstétrique selon l'âge	57
45 - Avis des médecins généralistes sur l'augmentation éventuelle de leur activité de gynécologie-obstétrique selon le sexe	58
46 - Opinion des médecins généralistes sur l'augmentation éventuelle de leur activité de gynécologie selon l'âge	58

INTRODUCTION

La médecine générale a profondément évolué depuis une vingtaine d'années [1].

La World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA, définit en 2002, la médecine générale comme une « *spécialité clinique orientée vers les soins primaires* » [2].

De nos jours, le médecin généraliste est le spécialiste de premier recours qui coordonne la prise en charge du patient, assure la synthèse, permet la continuité des soins dans le cadre d'un suivi au long cours et développe une démarche de santé publique.

Son champ d'action est ainsi large et pluridisciplinaire.

Qualifié en soins primaires, le médecin généraliste doit assurer le suivi de ses patients et patientes et tient, à ce titre, une place légitime dans le suivi gynécologique des femmes.

Or, la gynécologie est une spécialité médico-chirurgicale ayant vocation à prendre en charge tous les problèmes gynécologiques notamment médicaux pendant toute la vie d'une femme en particulier la contraception, l'éducation, la prévention et le dépistage des cancers génitaux [3].

Contrairement à de nombreux pays européens où les actes de gynécologie dits « de base » sont assurés par le médecin généraliste [4], la France connaît dans ce domaine une configuration particulière avec trois spécialités de gynécologie [5] :

- deux médicales : la gynécologie médicale et la gynécologie médico-obstétrique ;
- une chirurgicale : la gynécologie-obstétrique.

La spécialité médicale traite de toutes les pathologies gynécologiques et mammaires, endocriniennes, cancéreuses, le suivi gynécologique classique et le suivi de grossesse.

La spécialité chirurgicale, la gynécologie-obstétrique s'occupe des accouchements, des grossesses pathologiques et prend en charge chirurgicalement les pathologies gynécologiques comme les cancers.

Cependant, selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), « *les spécialistes de gynécologie-obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, les examens systématiques et de dépistage, les contraceptions les plus courantes ou le traitement substitutif hormonal (THS) de la ménopause* » [6].

Selon les chiffres de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS), seules 25% des femmes en âge de consulter ont accès à un suivi médical gynécologique alors qu'elles étaient 97% en 1997 [7]. En 2013, au niveau national, 1448 gynécologues médicaux exercent versus une prévision de 1259 en 2017 [5, 8].

Les médecins généralistes vont être amenés à voir leur activité de gynécologie-obstétrique augmenter. Cette évolution de l'activité de gynécologie des médecins généralistes s'inscrit dans la perspective de pallier le déficit des gynécologues.

Dans une étude réalisée en Ile-de-France en 2009, sur l'état des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes, 9,4% de l'activité des médecins généralistes interrogés était consacrée à la gynécologie-obstétrique [9].

Dans l'Indre, département rural, l'accès à une consultation de gynécologie sera rendue plus difficile que dans un département urbain par les distances et par une faible densité de gynécologues médicaux. En 2013, ils sont deux à exercer dans ce département soit une densité médicale de 1.9 gynécologues pour 100 000 femmes à rapporter à la densité nationale de 4.7/100 000 femmes, et à celle de la région d'Ile-de-France de 7.5/100 000 femmes [5].

De ce constat est née l'idée de cette étude dont l'objectif était d'analyser, après observation, la pratique actuelle des médecins généralistes de l'Indre en gynécologie-obstétrique.

PREMIÈRE PARTIE

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE

Tous les ans, depuis 2004, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) publie un atlas de la démographie médicale en France. Toutes les spécialités par département sont détaillées : effectifs, évolution d'une année sur l'autre, permettant ainsi de faire un état des lieux annuel de la démographie médicale.

1. Démographie médicale globale :

1.1. Les médecins en activité et les retraités [5] :

Au 1^{er} janvier 2013, selon l'atlas de la démographie médicale en France, 215 865 médecins en activité, inscrits au tableau de l'Ordre, ont été recensés.

En un an, cet effectif a légèrement diminué (-0,12%) tandis que le nombre de médecins retraités a, quant à lui, augmenté de 8% sur la même période (+44,8% entre 2007 et 2013).

Au cours de l'année 2012, le tableau de l'Ordre recense 5 078 médecins sortis du tableau de l'Ordre pour cause de retraite ; soit +4,8% par rapport à l'année précédente. En 2018, ils seront 5 307.

Toutefois, d'après les prévisions, il semble que le nombre de médecins actifs va croître d'ici à 2018 pour atteindre 216 946 inscrits au tableau de l'Ordre (+0,5%).

1.2. Les médecins en activité régulière [5] :

Selon la définition ordinale, l'activité régulière est composée de médecins installés et disposant d'une adresse professionnelle. Au 1^{er} janvier 2013, en France, le tableau de l'Ordre recense 199 419 médecins inscrits en activité régulière soit 0,3% de moins que l'année précédente.

En 2018, il semble que les médecins seront 199 852 à exercer en activité régulière à l'échelle de la France. Les effectifs évoluent différemment selon la spécialité : -5,52% pour les généralistes et +5,84% pour les spécialistes.

La région Centre se positionne au 3^{ème} rang des régions qui dénombrent la plus forte diminution des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière (-2,9%).

À l'échelon départemental, le département de l'Indre est au 2^{ème} rang des 53 départements enregistrant une baisse des effectifs (-10,9%).

1.3. L'évolution des effectifs des médecins en activité :

En forte hausse depuis les années 1980, les effectifs des médecins ont connu une croissance ralentie depuis 2008. Cela s'explique par les déséquilibres de la pyramide démographique tant de la population en général que des professionnels de santé qui vont provoquer une réduction du nombre de médecins en exercice par rapport à la population à prendre en charge. En effet, depuis 2008 et ce jusqu'en 2015 les cessations d'activité de médecins seront supérieures aux installations, amenant ainsi une baisse du nombre de médecins en activité durant cette période [10].

Le nombre total de médecins en activité résulte du numerus clausus. Il s'agit du nombre de places ouvertes en deuxième année des études médicales fixé chaque année par les pouvoirs publics. Créée en 1971, le numerus clausus a été élevé jusqu'en 1983 (environ 8 000 places), puis a diminué pour atteindre son niveau le plus bas en 1993 (3 500 places). C'est notamment la baisse du numerus clausus dans les années 1990 qui explique le ralentissement des effectifs observés depuis 2005, alors que les départs à la retraite des médecins issus des promotions nombreuses de la fin des années 1960 et du début des années 1970 augmentent [11].

Pour pallier la pénurie annoncée de médecins, le numerus clausus a été augmenté progressivement depuis le début des années 2000. Ainsi il était de 7 100 pour 2006-2007 et de 7 300 pour l'année scolaire 2007-2008. Stable depuis 2010, en 2013, il était de 7 492 [12]. Néanmoins, il faut entre 9 et 11 ans pour former un médecin. Aussi le relèvement du numerus clausus ne devrait produire ses effets qu'après 2015. Ses évolutions se répercutent avec un certain retard sur les effectifs de médecins en activité.

1.4. La densité médicale :

La densité médicale est le rapport entre le nombre de médecins et le nombre d'habitants sur un territoire donné.

Au 1^{er} janvier 2013, la densité médicale métropolitaine en activité régulière est de 299,7 médecins pour 100 000 habitants, contre 130 en 1970 [5].

Cette densité moyenne recouvre d'importantes disparités géographiques. Selon les projections de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), la densité médicale attendrait 292 médecins pour 100 000 habitants en 2030 [13].

Si la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) compte 354,9 médecins pour 100 000 habitants, la région Centre se situe au-dessous de cette moyenne avec une densité de 241,7 médecins pour 100 000 habitants. En 2018, la densité médicale diminuerait à 232,7 [5].

1.5. L'âge et le sexe [5]: une population qui vieillit et se féminise :

Plus âgée, mais aussi plus féminisée, la population des médecins présente un profil démographique en constante évolution depuis vingt ans.

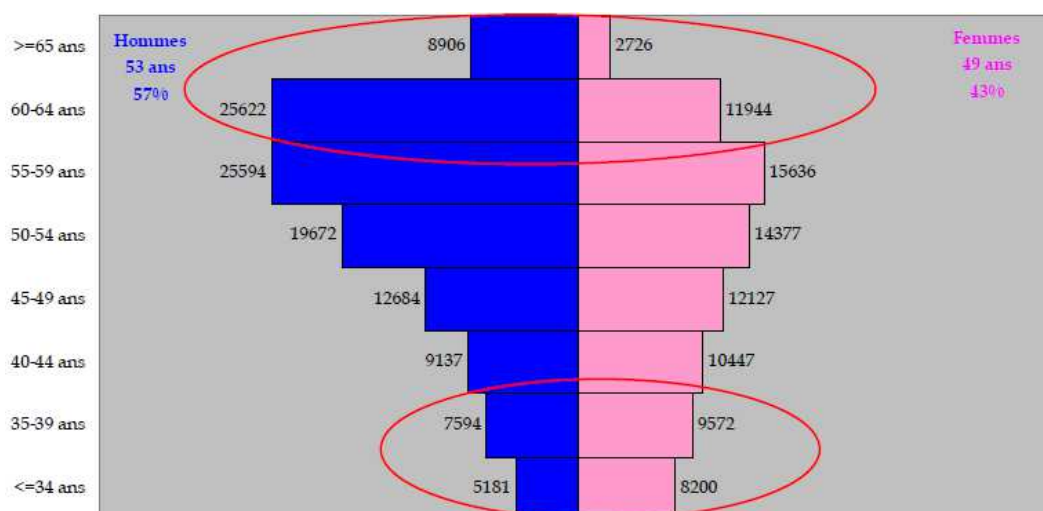


Figure 1 : Pyramide des âges de médecins en activité régulière en 2013 [5].

Alors que les médecins inscrits au tableau de l'Ordre, en activité régulière, sont âgés en moyenne de 51,6 ans (53 ans pour les hommes, 49 ans pour les femmes), les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 24,7% des effectifs **[Figure 1]**. Ils sont susceptibles de partir à la retraite d'ici à 2018 tandis que les médecins nouvellement inscrits, dont l'âge est inférieur à 40 ans, ne représentent que 15,3% de l'effectif total.

La proportion d'hommes de moins de 40 ans est de 11,2%, les femmes sont 20,9% **[Figure 1]**.

À noter que la part des femmes est passée de 38% en 2007 à 43% au 1^{er} janvier 2013.

1.6. Le mode d'exercice :

En 2013, parmi les 199 419 médecins en activité régulière, 46,6% exercent en libéral soit 1,4% de moins qu'en 2012, une proportion stable depuis 2000. Tandis que le mode d'exercice salarié est en augmentation de 1,1% soit 43,1% **[5]**.

La pratique d'une activité « mixte », salariat et exercice libéral, est en léger déclin, 10,3% en 2013; elle concernait 12 % des médecins en 2000 **[11]**. Enfin, 5 % des médecins exercent dans le secteur libéral en tant que remplaçant, un taux identique à celui observé en 2000.

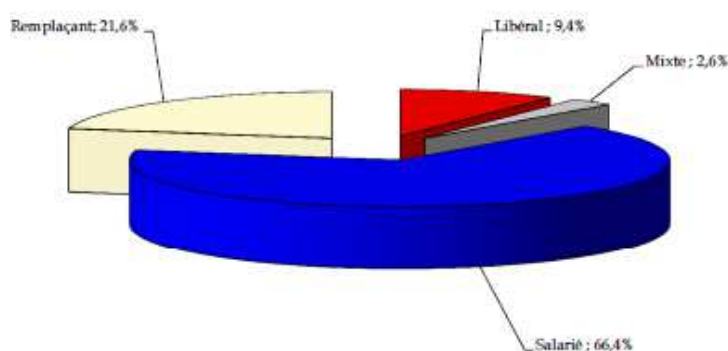


Figure 2 : Mode d'exercice des nouveaux inscrits **[5]**.

Parmi les nouveaux inscrits au cours de l'année 2012, 66,4% d'entre eux ont fait le choix d'exercer leur activité en tant que médecin salarié et 9,4% ont privilégié la médecine libérale exclusive **[5, Figure 2]**. Les projections montrent que cinq ans plus tard, ils sont nettement plus nombreux à exercer en secteur libéral.

L'exercice libéral augmente avec l'âge. Avant 35 ans, les jeunes médecins sont majoritairement salariés à l'hôpital. Les femmes médecins exercent davantage en tant que salariées que leurs homologues masculins, notamment à l'hôpital **[11]**.

Au 1^{er} juin 2011, 50,5% des médecins inscrits en activité régulière de la région Centre exercent en mode d'exercice libéral, 40,1% ont une activité salariée et 9,4% mixte.

Dans l'Indre, 49,3% des médecins sont en exercice libéral **[14]**.

2. Démographie des médecins généralistes :

2.1. Les médecins généralistes en activité :

Au 1^{er} janvier 2013, le tableau de l'Ordre recense 91 539 médecins généralistes inscrits en activité régulière ; soit une baisse de 1% en un an **[5]**.

Le nombre de médecins généralistes en région Centre est de 2 988 dont 249 dans l'Indre [5]. En 2012, ils étaient 3 062 dont 257 dans l'Indre [8].

A noter, un certain nombre de médecins généralistes a une activité professionnelle différente de la médecine générale. Ces médecins exercent les Médecines à Exercice Particulier (MEP) (tels que l'angéiologie, l'ostéopathie, l'acupuncture...). Leur nombre exact n'est pas toujours bien connu.

2.2. La densité médicale :

Selon les estimations de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la population française comptait 65 280 857 habitants au 31 décembre 2012.

La densité nationale des médecins généralistes est donc de 140,2 médecins pour 100 000 habitants.

En 2013, la densité médicale régionale est de 138,6 médecins généralistes, en activité régulière, pour 100 000 habitants contre 139,8 en 2012 [5].

Tout comme en 2012, la région Centre enregistre la plus faible densité : 116 médecins généralistes pour 100 000 habitants tandis que la région PACA conserve sa première place (162 médecins généralistes/100 000 habitants) [5].

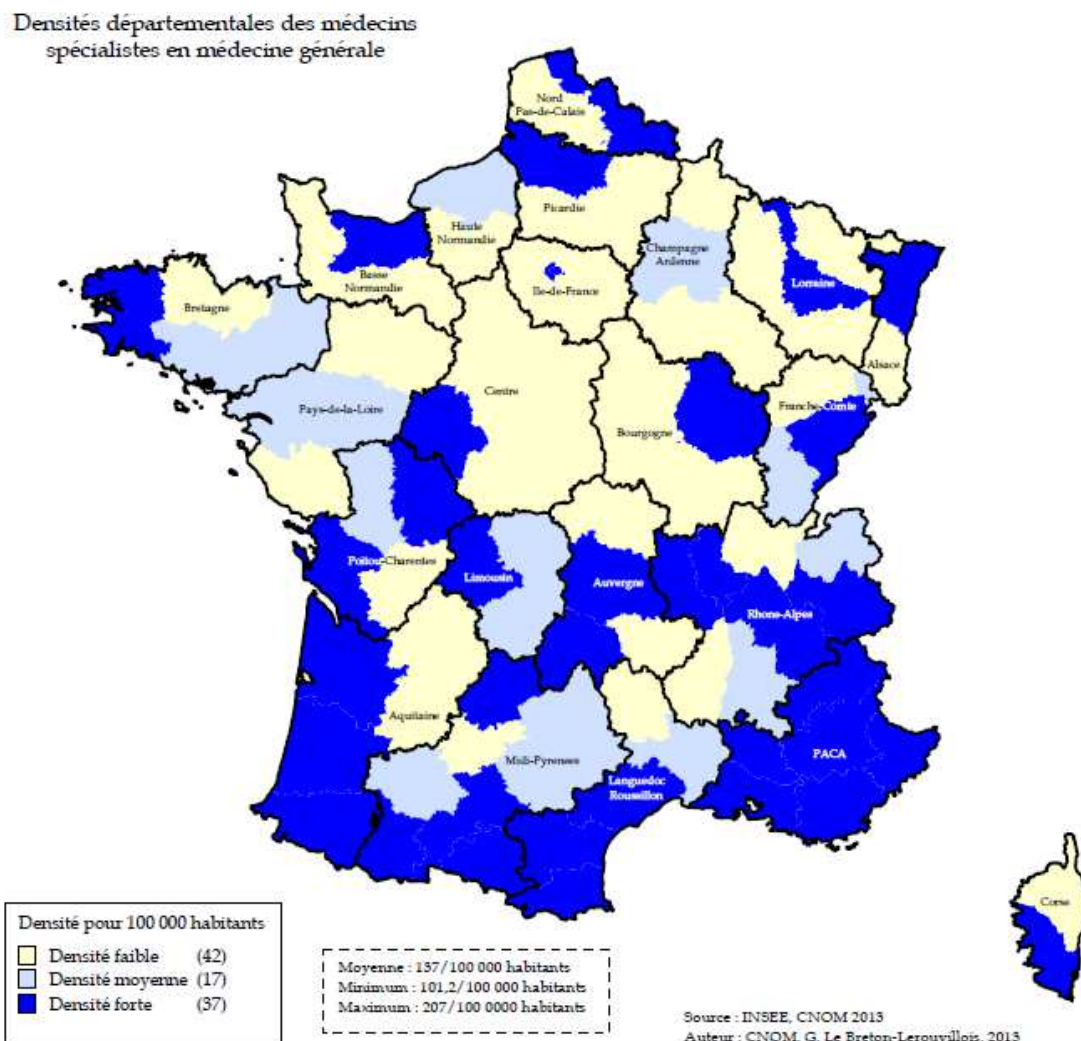


Figure 3 : Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2013 [5].

En 2013, la densité départementale des médecins généralistes, en activité régulière, est de 136,5 pour 100 000 habitants [Figure 3].

La densité médicale de l'Indre est de 107,1 médecins généralistes, largement en-dessous de la moyenne, faisant partie des densités les plus faibles [Figure 3].

2.3. L'âge et le sexe :

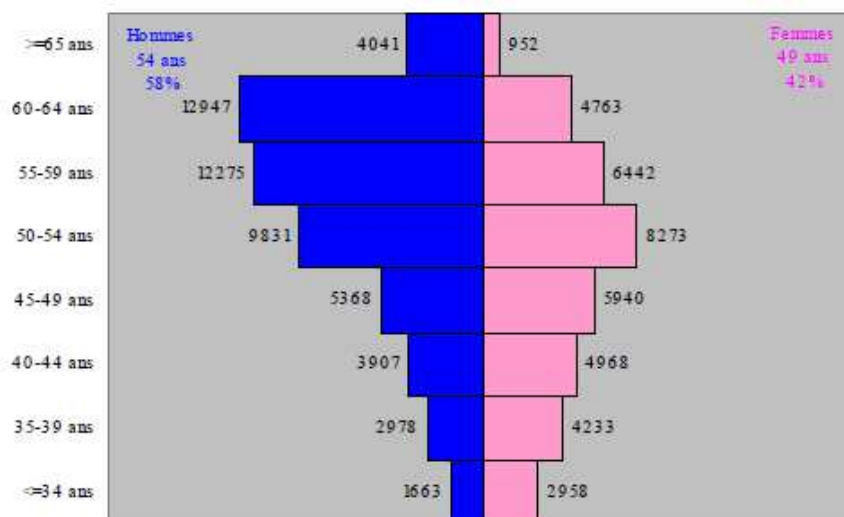


Figure 4 : Pyramide des âges des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2013 [5].

En 2013, l'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans [5, Figure 4] (en 2005, 48,5 ans [15], en 2009, 51 ans [9]). 24,8% d'entre eux sont susceptibles d'arrêter leur activité professionnelle d'ici à 2018. Dans la région Centre, au 1^{er} juin 2011, l'âge moyen est de 53 ans, il est identique dans le département de l'Indre [14].

Au 1^{er} janvier 2013, les femmes représentent 42% des médecins généralistes [5, Figure 4] (41% en 2012 [10]). En région Centre, elles sont 37,3% (contre 28% en 2011 [14]), dans l'Indre, 22% [39].

2.4. Le mode d'exercice :

En 2013, 59% des médecins généralistes exercent leur activité en secteur libéral exclusif, 35% sont salariés et 6% ont une activité mixte [5].

Si 23% choisissent l'exercice libéral en 1^{ère} inscription, 5 ans plus tard ce chiffre atteint 45,5%.

Au 1^{er} juin 2011, dans la région Centre, les proportions sont stables par rapport aux chiffres nationaux : respectivement 61,3%, 32,4% et 6,3%.

Dans le département de l'Indre, 51,8% ont une activité libérale, 38,6% salariée et 9,6 % mixte [14].

3. Démographie des gynécologues :

3.1. Les effectifs :

Au 1^{er} janvier 2013, en France, selon les données du CNOM, 7 061 gynécologues, toutes spécialités confondues sont recensés [5] contre 7 136 en 2009 [16] soit moins de 1%.

En région Centre, ils sont au nombre de 217 soit 3% des gynécologues nationaux, dans le département de l'Indre, ils sont 16 [5].

Je m'intéresse plus particulièrement à la spécialité de gynécologie médicale.

3.2. Les gynécologues médicaux et les gynécologues médico-obstétriciens en activité :

En France, au 1^{er} janvier 2013, 3097 gynécologues sont en exercice pour 3 308 au 1^{er} janvier 2012. Pour la région Centre, les chiffres sont respectivement de 89 pour 95 et dans l'Indre 6 pour 7 [5,8].

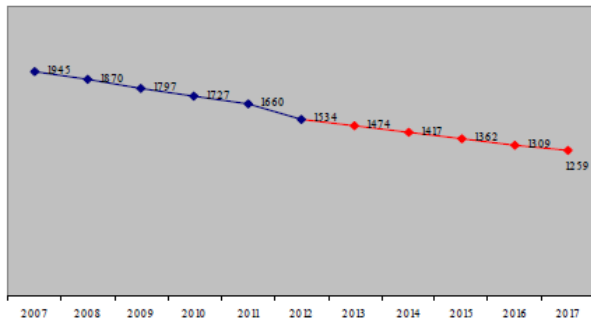


Figure 5 : Effectifs des gynécologues médicaux de 2007 à 2017 [8]

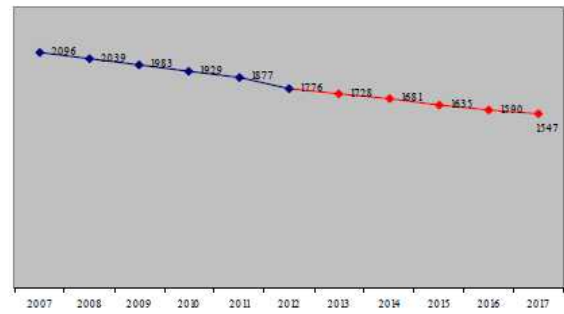


Figure 6 : Effectifs des gynécologues médico-obstétriciens de 2007 à 2017 [8].

Cette diminution est confirmée avec les prévisions qui évaluent le nombre de gynécologues médicaux et gynécologues médico-obstétriciens aux alentours de 2 800 en 2017, soit une baisse significative de 9% de ces spécialistes en 4 ans [8, Figures 5 et 6].

3.3. La densité médicale :

Sur la base de 100 000 habitants,

Les densités des gynécologues médicaux, au 1^{er} janvier 2013, sont au national de 5,6, en région 3,5 et départementale 2,1. La densité départementale moyenne est de 4,3 [5].

Les densités des gynécologues médico-obstétriciens sont légèrement supérieures à celles des gynécologues médicaux : nationale 6,4, en région 5,2, départementale de 4,2 soit en dessous de la densité départementale moyenne qui est de 5,7 [5].

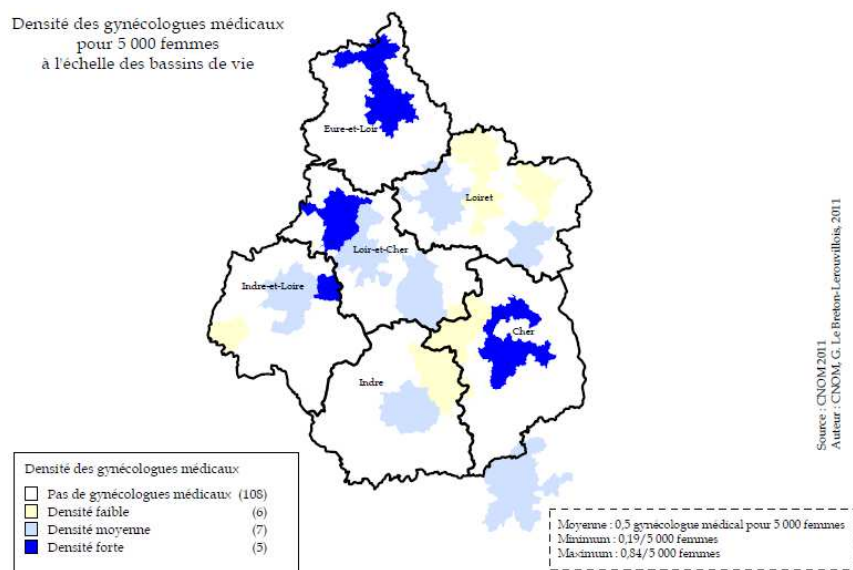


Figure 7 : Densité des gynécologues médicaux pour 5 000 femmes à l'échelle des bassins de vie en région Centre [14].

Quant au département de l'Indre, pour ces deux spécialités, il fait parti des densités les plus faibles. En région Centre, avec une densité moyenne de 0,5 gynécologue médical pour 5 000 femmes, 108 bassins de vie ne recensent aucun spécialiste en gynécologie médicale et gynécologie médico-obstétrique [14, Figure 7]

3.4. L'âge et le sexe :

Sur le plan national, l'âge moyen des gynécologues médicaux en activité, toutes spécialités confondues est de 59 ans au 1^{er} janvier 2013 [5]. En région Centre, au 1^{er} juin 2011, l'âge moyen est identique [14].

Depuis plusieurs années, on observe un rétrécissement à la base de la pyramide des âges des gynécologues médicaux et médico-obstétriciens en activité, ce qui traduit un vieillissement marqué de la population médicale. En 2009, l'âge moyen toutes spécialités confondues était de 54 ans [9]. La profession se féminise, en effet, en 2009, les femmes étaient 88% en gynécologie médicale et 52% en gynécologie médicale et obstétrique [9].

En 2013, la gynécologie médicale est avant tout représentée par des femmes (94%) dont l'âge moyen est de 58 ans. Les hommes sont âgés en moyenne de 59 ans.

En 2013, les spécialistes pratiquant la gynécologie médicale et obstétricale sont constitués de 56% de femmes d'âge moyen 58 ans et de 44% d'hommes âgés en moyenne de 61 ans [5].

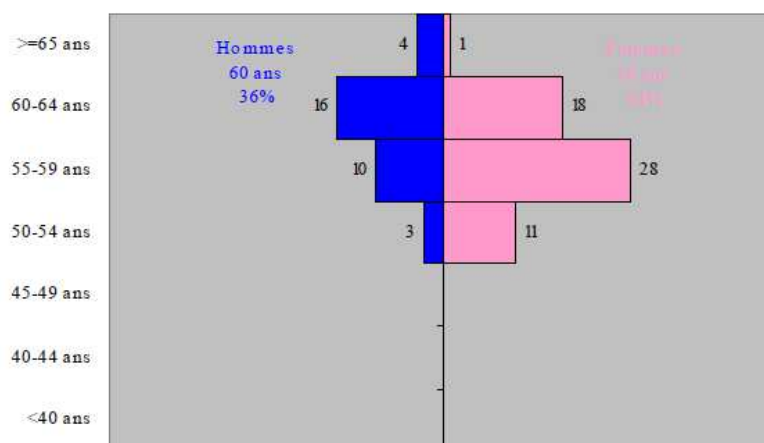


Figure 8 : Pyramide des âges des gynécologues médicaux en région Centre au 1^{er} janvier 2011 [14].

Dans la région Centre, la gynécologie médicale exclusive ou non est représentée majoritairement par les femmes : 64% [14, Figure 8].

3.5. Le mode d'exercice :

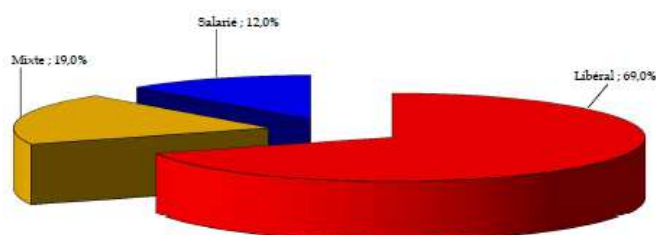


Figure 9 : Mode d'exercice des gynécologues médicaux au 1^{er} janvier 2013 [5].

L'activité de gynécologie médicale toutes spécialités confondues est essentiellement libérale. Au 1^{er} janvier 2013, 69% des gynécologues médicaux exercent en libéral, 12% sont salariés et 19% ont une activité mixte [5, Figure 9].

Dans l'Indre, en 2011, 100% des gynécologues sont dans le secteur libéral [14].

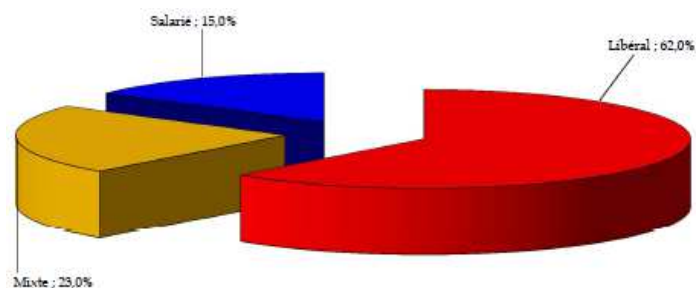


Figure 10 : Mode d'exercice des gynécologues médico-obstétriciens au 1^{er} janvier 2013 [5].

Les gynécologues médico-obstétriciens ont un mode d'exercice identique à leurs confrères : en libéral, 62%, activité salariée 15% et mixte 23% [5, Figure 10].

Dans l'Indre, le mode d'exercice est respectivement de 25%, 25% et 50% [14].

LA FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES, DES GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX ET DES GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS [Annexe 1]

1. Le Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM):

Depuis la rentrée 2010, le premier cycle des études médicales a été réformé dans toutes les universités. Il dure trois ans et mène au DFGSM [17, 18]. Il est reconnu au niveau licence et comprend :

1.1. La Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) [17, 19] :

La PACES intègre quatre filières : médecine, pharmacie, odontologie et sage-femme. Certaines facultés permettent également d'intégrer les filières de masso-kinésithérapie et d'ergothérapie. La PACES se divise en deux semestres.

Au premier semestre, les enseignements sont communs à toutes les filières. Il se clôt par l'organisation d'une première session d'épreuves. A l'issue de ce premier semestre commun, les étudiants, selon leur rang de classement, choisissent la ou les filière(s) auxquelles ils souhaitent candidater.

Les étudiants terminant en dernière partie de classement lors de cette première session ont d'ores-et-déjà la possibilité d'être réorientés vers d'autres filières de l'université.

Au second semestre, les étudiants suivent des enseignements communs en complément des enseignements spécifiquement dédiés à la ou les filière(s) choisie(s) par l'étudiant.

Ils passent la deuxième épreuve du concours à la fin de l'année débouchant sur quatre classements. En fonction de son rang, l'étudiant a accès ou non aux filières qu'il a présentées. Il choisit ainsi le cursus pour la poursuite de ses études.

Le redoublement de cette première année n'est autorisé qu'une seule fois. À la suite de deux échecs à ce concours, il est alors définitivement impossible de se représenter sauf dérogation exceptionnelle.

1.2. Les deuxième et troisième années du DFGSM :

Ces deux années permettent de compléter la formation des étudiants pour qu'ils obtiennent le diplôme de formation générale en sciences médicales [17, 19].

Les matières étudiées complètent les connaissances déjà acquises en première année dans les sciences dites "fondamentales" (anatomie, physiologie, histologie...).

Un nouvel enseignement est également abordé : la sémiologie (étude des signes cliniques). Il s'agit là du premier contact pratique de l'étudiant avec la médecine.

A la rentrée en deuxième année du DFGSM, l'étudiant doit suivre un stage d'initiation aux soins infirmiers.

Les stages de sémiologie se répartissent sur les deuxième et troisième années.

2. Le Deuxième Cycle des Études Médicales (DCEM) ou l'externat :

De la quatrième à la sixième année, l'étudiant reçoit une formation théorique et une formation pratique sur les différentes pathologies segmentées en modules. Ces modules comprennent une liste d'items numérotés qui correspond soit à des pathologies, soit à des situations cliniques ou thérapeutiques. C'est le programme officiel de l'Examen National Classant (ENC) [17].

L'objectif principal du DFGSM comme de l'externat est l'acquisition de savoirs généraux en médecine. Ainsi les bases théoriques de l'examen gynécologique sont normalement acquises au cours de celui-ci avec l'initiation à la séméiologie et à l'examen clinique gynécologique (touchers vaginaux, palpation mammaire, pose de spéculum, réalisation de frottis cervico-vaginaux, pose de stérilet...) et obstétrique (assister à des accouchements) [9]. Selon les facultés, l'étudiant effectuera ou non un stage dans un service de gynécologie obstétrique. Par conséquent, à la fin de l'externat, la formation pratique est variable selon les parcours.

3. Le Troisième Cycle des Études Médicales (TCEM) :

Le passage de l'externat au TCEM se fait par un concours national. Appelé auparavant le Concours de l'Internat, il a laissé place en 2004 à l'ENC. Les résultats à ce concours permettent aux étudiants de choisir leur spécialité et leur faculté pour le TCEM [17].

En France, au terme du TCEM, une thèse d'exercice est requise pour obtenir le droit d'exercer en tant que docteur en médecine.

3.1. La médecine générale :

Depuis l'instauration de l'ENC, la médecine générale est devenue une spécialité et les postes permettant de devenir généraliste sont intégrés à ce concours [17].

Les compétences en gynécologie des internes arrivant en TCEM sont donc très variables. Le rôle du TCEM est de professionnaliser les étudiants et de les spécialiser à leur pratique future.

Le TCEM dure 3 ans matérialisés par 6 semestres indépendants. Une maquette de stages est à valider pour avoir le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) [20] :

- 2 semestres obligatoires dans un lieu de stage hospitalier agréé pour la médecine générale :
 - * un au titre de la médecine d'adultes : médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie... ;
 - * un au titre de la médecine d'urgence ;
- 2 semestres dans un lieu de stage hospitalier et/ou ambulatoire agréé pour la médecine générale :
 - * un au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie : un semestre dans l'une des spécialités ou si possible un trimestre de chaque (les terrains de stage sont peu nombreux, cette dernière possibilité est souvent impossible) ;
 - * un semestre libre ;
- 1 semestre en médecine générale auprès de praticiens généralistes agréés (dit « niveau 1 ») : découverte de la médecine générale en cabinet. L'interne pourra, selon l'activité de son maître de stage avoir une pratique de la gynécologie médicale et obstétrique.

- 1 semestre selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé ou SASPAS), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel.
L'enseignement théorique est de 200 heures.

3.2. La gynécologie :

Jusqu'en 1984, la formation des gynécologues était assurée par le Certificat d'Études Spécialisées (CES) de gynécologie médicale en trois ans et complétée par une année supplémentaire pour la gynécologie obstétrique [21, 22].

Le CES de gynécologie médicale correspondait à une formation destinée à une pratique de ville axée sur le suivi gynécologique classique, la contraception, l'orthogénie, le suivi de grossesse et la prise en charge des pathologies médicales de la sphère gynécologique.

En 1984, la disparition des CES englobe la formation et la pratique de la gynécologie médicale dans le DES de gynécologie-obstétrique. Cette formation permettait alors une qualification en gynécologie médicale et chirurgicale, faisant disparaître la spécialité de gynécologie médicale seule.

Une autre voie était également possible afin d'obtenir le diplôme de gynécologie médicale. En effet, après le passage obligatoire de l'internat, l'étudiant pouvait s'inscrire en DES d'endocrinologie pour quatre ans, complété par le Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine de la reproduction et gynécologie médicale d'une durée de deux ans [21].

En 1997, considérant que la suppression de la gynécologie médicale pouvait impliquer de graves conséquences en matière de prise en charge et suivi des femmes, des gynécologues et des femmes créent le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale (CDGM). Ils lancent une pétition demandant la restauration d'un diplôme spécifique de gynécologie médicale et la garantie du libre accès au gynécologue de son choix [22].

Selon le CDGM, la gynécologie médicale est le meilleur moyen d'avoir un suivi de qualité des femmes tant sur le dépistage cancérologique que la contraception, la procréation et la ménopause [22].

En novembre 2000, une filière distincte de gynécologie obstétrique est créée avec un nombre de postes déterminé par an, permettant une meilleure gestion du nombre de ces futurs spécialistes. Leur formation change : après un tronc commun de deux ans, ils pourront ensuite choisir une spécialisation en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique de trois ans chacune [9].

En juin 2002, devant la mobilisation des femmes et le besoin de santé publique que représente la pratique de la gynécologie médicale, le ministre Mr Mattei reçoit le CDGM et s'engage à créer un DES de gynécologie médicale, distinct du DES de gynécologie obstétrique correspondant à une spécialité médicale et une spécialité chirurgicale. Un décret paraît au Journal Officiel du 1^{er} février 2003 annonçant la formation d'un DES de gynécologie médicale [23].

L'ensemble des instances médicales, l'association des médecins en formation et des jeunes médecins, la gynécologie hospitalière, universitaire et libérale, les instances européennes de gynécologie, les médecins généralistes s'opposent à ce DES de gynécologie médicale [24]. Ils estiment cette filière néfaste pour l'ensemble des médecins en formation, gynécologues ou non, sans intérêt

en terme de santé publique et de démographie médicale. S'ajoute à ces arguments le fait que le DES de gynécologie médicale ne sera pas reconnu dans les autres pays d'Europe. En effet, dans la Communauté Européenne, la gynécologie médicale est couplée à celle de l'obstétrique.

Malgré ces protestations, ce décret est mis en application à la rentrée universitaire de novembre 2003 [23].

En 2010, dans une contribution rédigée dans le cadre de l'audition de la gynécologie médicale par la Commission Nationale de l'Internat et du Post Internat (CNIPI), l'Association des Internes en Gynécologie Médicale (AIGM) a exprimé le souhait des internes de maintenir la maquette actuelle [25]. La gynécologie médicale et la gynécologie-obstétrique doivent aboutir à un partage des compétences communes et spécifiques des deux disciplines, « *la majorité des jeunes générations se montrant favorables à une distinction nette entre la pratique médicale et la pratique chirurgicale* » [25].

3.2.1. La gynécologie médicale :

La gynécologie médicale est une spécialité qui a émergé dans les années 1950 [22]. Elle s'intéresse aux aspects médicaux de la gynécologie, à l'endocrinologie de la reproduction, à la médecine interne de la femme.

Le DES de gynécologie médicale est un DES purement médical, d'une durée de quatre ans, comportant la particularité d'exiger 18 mois hors filière en gynécologie obstétrique pour parfaire la formation des internes dans cette discipline. Son but est de former des spécialistes compétents dans le domaine de l'endocrinologie de la reproduction, de l'infertilité et son traitement ainsi que dans le domaine de l'oncologie.

La maquette de formation pratique comporte [26] :

- 3 semestres dans des services de gynécologie obstétriques agréés pour le DES de gynécologie obstétrique.

- 3 semestres dans un des services agréés :

- * pour la formation en gynécologie médicale au sein du DES gynécologie médicale et gynécologie obstétrique ;

- * pour le DES d'endocrinologie et métabolismes ;

- * pour le DES d'oncologie médicale ;

- * pour le DESC de médecine de la reproduction.

- 2 semestres libres.

L'enseignement théorique comporte 250 heures d'enseignement spécifique à la gynécologie, l'obstétrique et l'hormonologie [26].

3.2.2. La gynécologie obstétrique :

La spécialité de gynécologie-obstétrique comprend essentiellement chirurgie et accouchement.

La maquette d'une durée de 5 ans comprend [27] :

- 5 semestres dans des services agréés pour le DES de gynécologie obstétrique.

- 2 semestres dans des services agréés pour le DES de chirurgie générale ou pour les DESC de chirurgie viscérale et digestive, chirurgie urologique ou chirurgie vasculaire.

- 3 semestres libres.

La formation théorique comprend 300 heures d'enseignement.

3.2.3. Nombre de postes à l'internat :

Pour la gynécologie médicale, de 2004 à 2013, le nombre de postes à l'internat a été multiplié par 2,6 pour passer de 16 à 41 postes. Les projections du nombre d'internes à former pour 2018 prévoient 46 postes [28, 29].

Pour la gynécologie obstétrique, sur la même période, l'augmentation est de 1,3 passant de 158 à 213 postes pour cette spécialité. Pour 2018, il est prévu de former 213 internes [28, 29].

En 2011, il est acté dans le compte-rendu de l'audition des gynécologues médicaux [7], la demande d'augmentation du nombre d'internes à former en gynécologie médicale sur la période 2010-2014, soit 204 internes. Cette augmentation permettrait de réduire l'écart existant entre la gynécologie médicale et la gynécologie obstétrique. Elle serait présentée comme une réponse adaptée aux objectifs de prise en charge de la santé des femmes par les gynécologues médicaux.

Sur la période 2010-2014, 166 gynécologues médicaux seront formés contre 1 001 gynécologues obstétriciens [28, 29].

4. Le post-internat en médecine générale :

Après le TCEM, le médecin peut réaliser différentes formations pour parfaire ses compétences.

4.1. Le Diplôme Inter-Universitaire (D.I.U.) de gynécologie-obstétrique [30] :

Ce D.I.U. est réservé aux médecins généralistes. Il permet de leur donner une formation complémentaire en gynécologie obstétrique : surveillance de la grossesse, suites de couches et allaitement, contraception, ménopause et dépistage des cancers.

La formation est composée d'une partie théorique et de stages hospitaliers (réalisation de gestes techniques).

4.2. La Formation Médicale Continue (FMC) [31] :

Elle permet le perfectionnement des connaissances, c'est-à-dire la transformation ou l'amélioration des connaissances acquises pendant l'université et l'acquisition de connaissances nouvelles.

La FMC est une obligation légale pour tous les médecins en exercice (selon l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996) [32].

Elle est à concilier avec une obligation complémentaire : l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) (introduite par la loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie).

Le but de l'EPP est l'amélioration continue de la qualité des soins et la prise en charge du patient en permettant au médecin de déceler ses points faibles.

Pour valider son obligation de FMC-EPP, chaque praticien doit obtenir un total de 250 crédits sur une période de 5 ans. Une attestation de validation de FMC-EPP est établie par une commission régionale. Si le médecin a satisfait à son obligation, la commission en informe le Conseil Département de l'Ordre des médecins qui délivre une attestation au médecin.

DEUXIÈME PARTIE

MÉTHODE

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale basée sur l'envoi d'un questionnaire. Elle a été réalisée entre janvier et mars 2013 dans le département de l'Indre.

2. Population étudiée :

La population étudiée était composée des 177 médecins généralistes du département de l'Indre, inscrits au Conseil de l'Ordre et installés en secteur libéral en 2013. Leur activité principale était la médecine générale. Les médecins généralistes dont l'activité était centrée sur d'autres domaines (acupuncture, homéopathie, ostéopathie, angiologie) c'est-à-dire les MEP ont également été inclus. En 2013, ils étaient 23 (6 MEP exclusifs, 17 non exclusifs).

La liste de ces médecins m'a été transmise par l'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux (URPS) du Centre, située à Orléans.

3. Questionnaire [Annexe 2] :

Le questionnaire comportait 10 parties permettant d'évaluer la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes. Les parties se décomposaient comme suit :

- leurs données sociodémographiques : âge, sexe, année d'installation, mode d'exercice, distance avec un gynécologue, nombre d'actes de médecine générale dont le pourcentage d'actes de gynécologie-obstétrique ;
- l'évaluation globale de leur activité de gynécologie : circonstances de leur pratique de la gynécologie, les 3 motifs de consultation les plus fréquents en gynécologie-obstétrique, leur pratique des examens au spéculum et/ou des touchers vaginaux, le cas échéant les raisons de leur faible pratique de gynécologie-obstétrique ;
- le dépistage et la prévention : réalisation de frottis cervico-vaginaux, examen clinique des seins, prescription de mammographie ou de vaccins anti-Human Papilloma Virus (HPV) ;
- la contraception : instauration ou renouvellement de la pilule, prescription de nouveaux moyens de contraception, pose de Dispositifs Intra-Utérins (DIU) ou d'implants contraceptifs ;
- le suivi de grossesse ;
- la pratique des Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) médicamenteuses ;
- la ménopause : prescription ou renouvellement des traitements hormonaux substitutifs (THS) ;
- la répartition de leur activité de gynécologie-obstétrique en nombre d'actes sur leur dernière semaine de consultation dans chacun des domaines de gynécologie-obstétrique précités ;
- leur formation en gynécologie-obstétrique : universitaire, FMC, D.I.U., littérature, internet ou autre et questionnement sur leur volonté de faire plus de gynécologie-obstétrique si le besoin se présentait.

- zone de commentaires libres.

Le contenu du questionnaire a été validé dans la thèse de Mme Sabrina DIAS [9]. Des modifications ont été apportées aux intitulés et formulations des questions.

4. Envoi du questionnaire :

Le questionnaire a été envoyé le 7 janvier 2013 par voie postale via l'URPS Médecins Libéraux du Centre aux 177 médecins généralistes du département de l'Indre. Le pli était composé du questionnaire et d'une lettre explicative [Annexe 3]. La date limite des réponses était fixée au 10 février 2013.

Malgré tout, le 11 février 2013, une relance postale (sans questionnaire), gérée par l'URPS médecins Libéraux du Centre a été envoyée aux non-répondeurs [Annexe 4]. Une nouvelle date limite des réponses a été fixée au 1^{er} mars 2013.

Les réponses reçues après cette date n'ont pas été prises en compte dans l'analyse des résultats.

Un système d'identification a été mis en place par l'URPS pour pouvoir relancer les médecins interrogés et n'ayant pas répondu, en conservant toutefois un total anonymat dans l'exploitation des réponses pour respecter la position de chaque médecin.

5. Saisie et analyse statistique des résultats :

Le recueil des données a été effectué à l'aide du logiciel Excel® 2003. Les items du recueil de données suivent la trame du questionnaire.

Les résultats, calculés avec le logiciel Excel® sont exprimés en moyenne (variables quantitatives) ou en pourcentage (variables qualitatives).

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel BiostaTGV®.

Le test t de Student a été utilisé pour la comparaison des variables quantitatives. Les tests exact de Fisher et du Chi 2 (χ^2), avec la correction de Yates si besoin, ont été utilisés pour la comparaison des variables qualitatives. Afin de montrer l'existence d'une différence significative entre les items analysés, une valeur de p inférieure à 0,05 a été retenue.

RÉSULTATS

Sur 177 questionnaires envoyés aux médecins généralistes de l'Indre, 101 réponses ont été reçues entre le 7 janvier et le 1^{er} mars 2013 soit un taux de participation de 57%.

Le 11 février 2013, 87 questionnaires étaient réceptionnés, 14 sont arrivés après une relance.

Deux questionnaires parvenus après la date limite fixée au 1^{er} mars 2013 n'ont pas été pris en compte.

Sur 101 retours, 1 seul a été exclu au motif que la première partie concernant les données sociodémographiques du médecin n'avait pas été complétée.

Les réponses aux 10 items n'ont pas toujours été exprimées, ce qui implique une variation du nombre de réponses par question.

Sans précision les figures sont sur la base de 100 réponses au questionnaire.

1. Caractéristiques de la population étudiée : données sociodémographiques :

1.1. Sexe et âge des médecins:

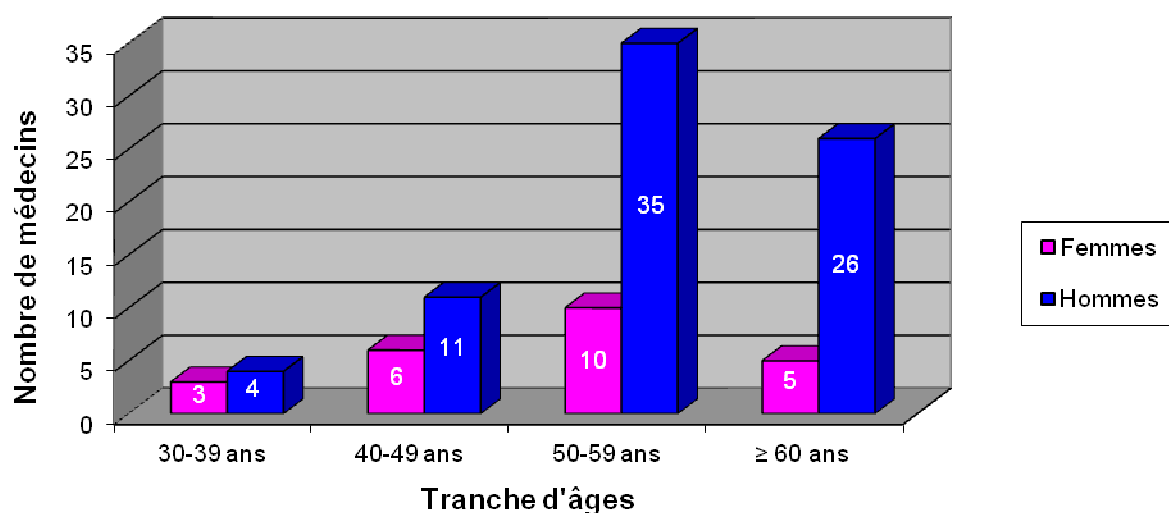


Figure 11 : Répartition des médecins selon leur sexe et leur âge.

Sur la base 100, 24% des médecins étaient des femmes, 76 % des hommes. Le sexe ratio H/F était de 3,21.

Les médecins répondant avaient un âge moyen de 54,5 ans. Les extrêmes allaient de 34 ans à 74 ans.

L'âge moyen des femmes était de 51,2 ans et des hommes 55,5 ans.

1.2. Année d'installation :

Sur 100 réponses, l'ancienneté moyenne dans la profession était de 24,3 ans : pour les femmes 24,2 ans et pour les hommes 25 ans.

L'installation la plus récente datait de 2012, la plus ancienne de 1974.

1.3. Exercice professionnel des médecins : zone, mode et secteur d'exercice :

1.3.1. Répartition générale selon zone d'exercice :

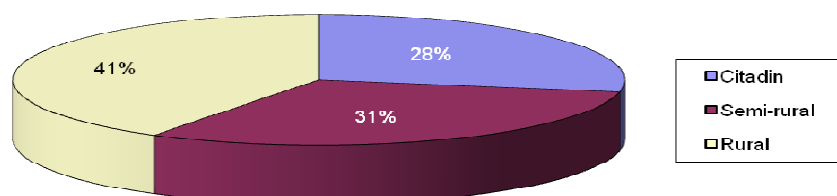


Figure 12 : Répartition générale selon leur zone d'exercice.

Forte proportion de médecins en milieu rural.

1.3.2. Répartition générale selon le mode d'exercice :

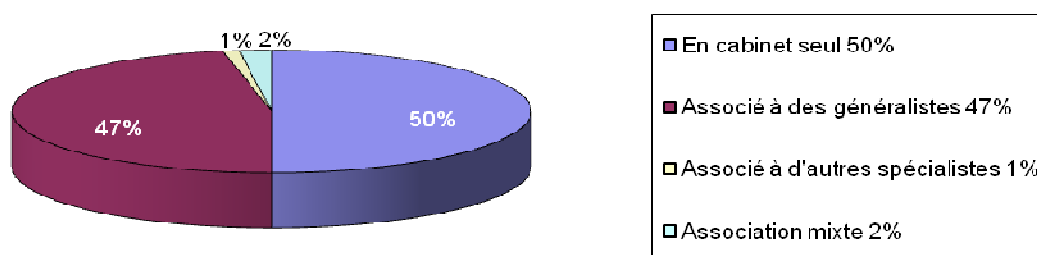


Figure 13 : Répartition selon leur mode d'exercice.

A noter : 2 médecins n'ont pas répondu à cet item.

Association mixte : médecin généraliste associé à d'autre(s) médecin(s) généraliste(s) et à d'autre(s) spécialiste(s).

1.3.3. Répartition générale selon le secteur d'exercice :

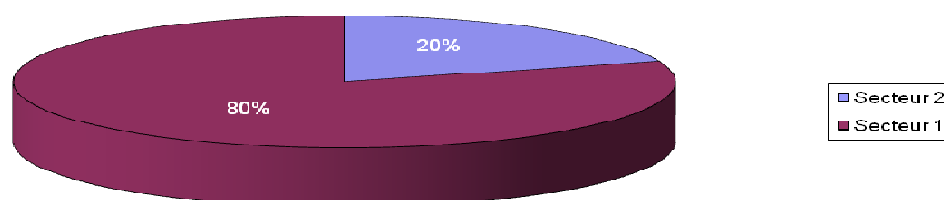


Figure 14 : Répartition selon leur secteur d'exercice.

A noter : 29 sans réponse pour cet item.

Le médecin de secteur 1 applique le tarif conventionnel.

Celui de secteur 2 pratique des honoraires libres [33].

1.3.4. Répartition selon la zone d'exercice et le sexe :

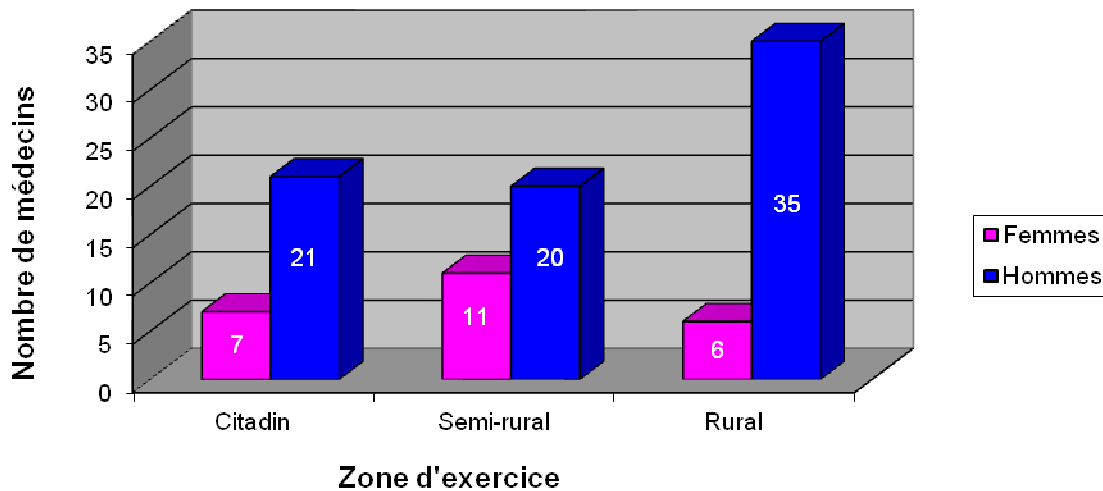


Figure 15 : Zone d'exercice des médecins selon le sexe.

46% des hommes exerçaient en milieu rural, le même pourcentage s'appliquait aux femmes en milieu semi-rural.

1.4. Distance avec un gynécologue :

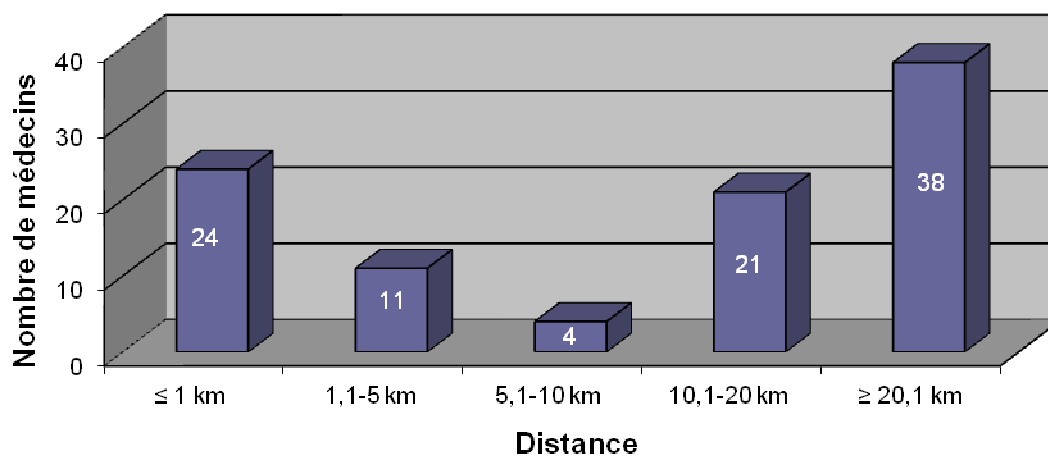


Figure 16 : Distance séparant les médecins généralistes d'un gynécologue.

A noter : 2 questionnaires sans réponse.

39% des médecins étaient installés à plus de 20 km d'un confrère gynécologue, 25% à moins de 1 km.

1.5. Nombre d'actes de médecine générale en moyenne par semaine :

A noter : 4 médecins n'ont pas répondu à cet item.

1.5.1. Répartition générale :

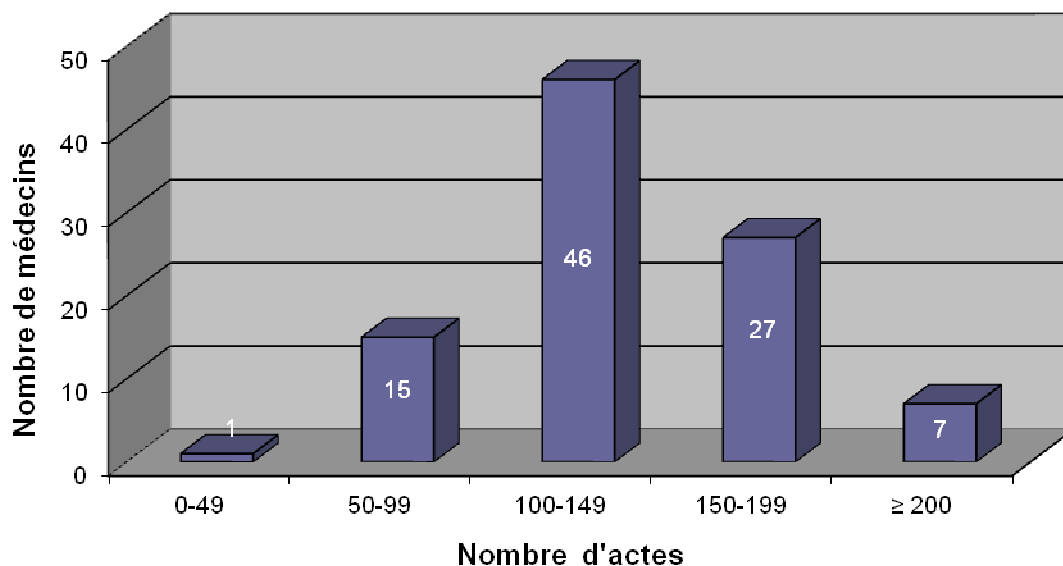


Figure 17: Répartition des médecins selon le nombre d'actes par semaine de médecine générale.

Si 46 médecins avaient effectué entre 100 et 149 actes par semaine, la moyenne était située à 129 actes.

1.5.2. Répartition selon le nombre d'actes et le sexe :

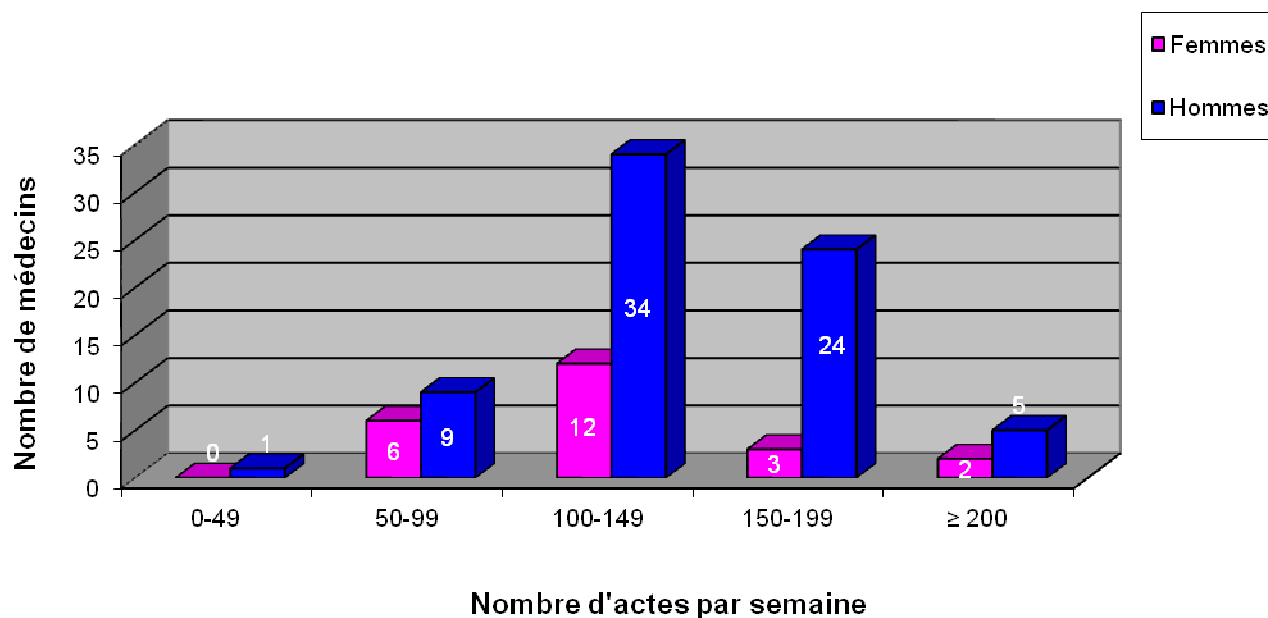


Figure 18 : Nombre d'actes par semaine selon le sexe des médecins.

La majorité des hommes et des femmes ayant participé à notre étude a réalisé entre 100 et 149 actes de médecine générale par semaine. La moyenne d'actes hebdomadaire des hommes était de 134, celle des femmes de 115. Il y avait une différence significative (test t de Student : $p=0,050$).

1.5.3. Répartition selon le nombre d'actes et l'âge :

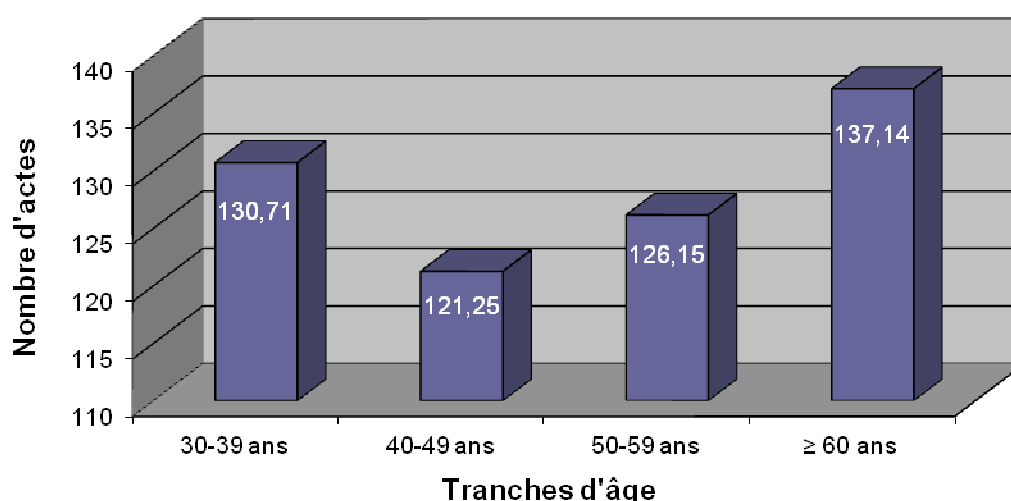


Figure 19 : Nombre d'actes selon l'âge des médecins.

Les médecins ayant l'activité de médecine générale la plus importante étaient les médecins âgés de 60 ans ou plus. La plus faible activité était celle des médecins de 40 à 49 ans.

D'après le test de Student, il n'existait pas de différence significative entre les tranches d'âge.

1.6. Pourcentage d'actes de gynécologie-obstétrique dans l'activité globale des médecins :

1.6.1. Répartition générale :

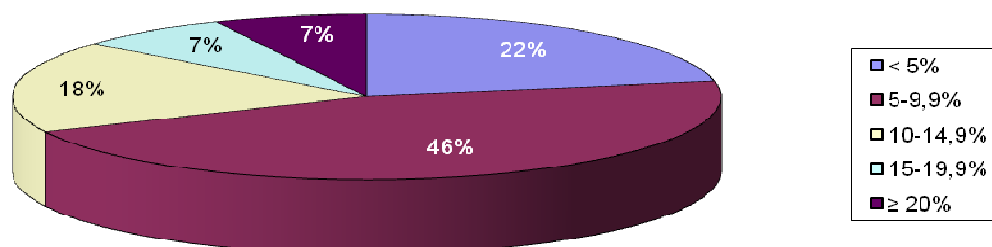


Figure 20 : Pourcentage d'actes de gynécologie-obstétrique dans l'activité globale des médecins.

A noter : 13 médecins n'ont pas répondu à cette question.

Pour 68% des médecins ayant répondu (59 sur 87), la gynécologie-obstétrique représentait moins de 10% de leur activité globale. Ils réalisaient en moyenne 5,2% de gynécologie-obstétrique par semaine.

Si un médecin a déclaré ne pas en pratiquer, pour 2 médecins femmes cela représentait 30% de leur activité.

Pour l'ensemble des médecins ayant répondu, la moyenne des actes par semaine de gynécologie-obstétrique était de 10 soit 7,4% d'actes de gynécologie-obstétrique sur leur activité globale.

La suite de l'étude abordait les données sociodémographiques des 87 médecins ayant répondu à une activité de gynécologie-obstétrique. Le seuil a été fixé à 10% ou plus de gynécologie-obstétrique (proche de la moyenne observée dans notre échantillon).

1.6.2. Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon le sexe :

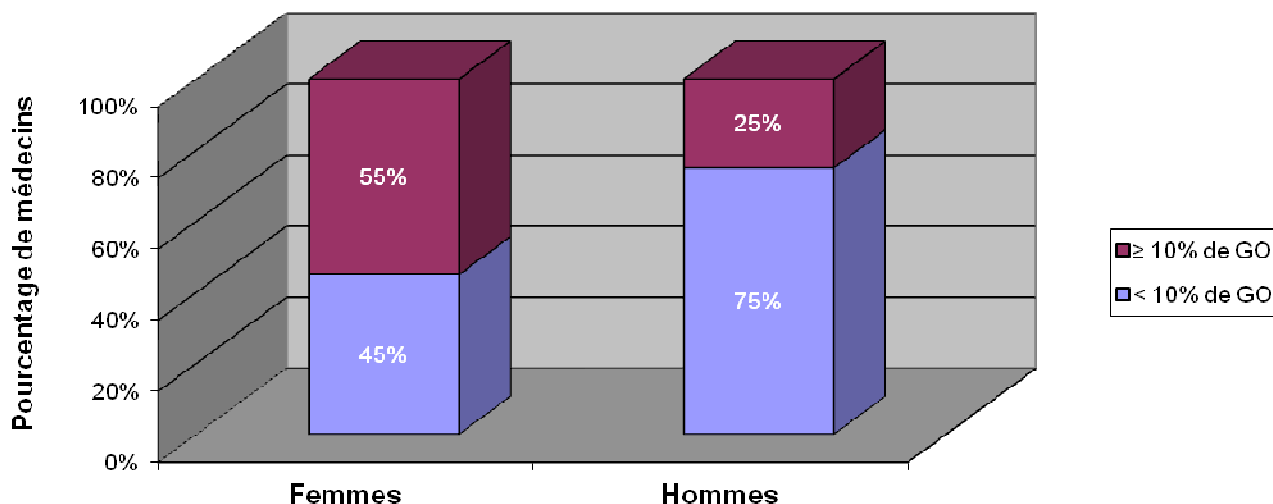


Figure 21 : Part de l'activité de gynécologie-obstétrique dans l'activité globale des médecins généralistes selon leur sexe.

A noter : 13 médecins n'ont pas répondu à cette question.

45% des femmes réalisaient moins de 10% de gynécologie-obstétrique versus 75% des hommes. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,012$ d'après le test du χ^2).

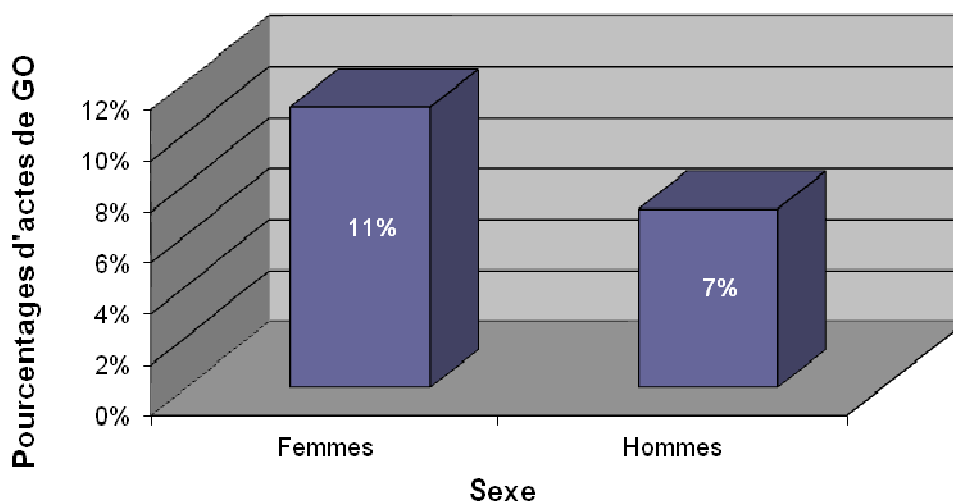


Figure 22 : Part moyenne de l'activité de gynécologie-obstétrique selon le sexe.

Pour les 20 femmes ayant répondu, leur activité moyenne de gynécologie obstétrique était de 11% (moyenne de 13 actes hebdomadaire).

Les 67 hommes faisaient en moyenne 7% de gynécologie-obstétrique (moyenne de 9 actes).

1.6.3. Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon l'âge :

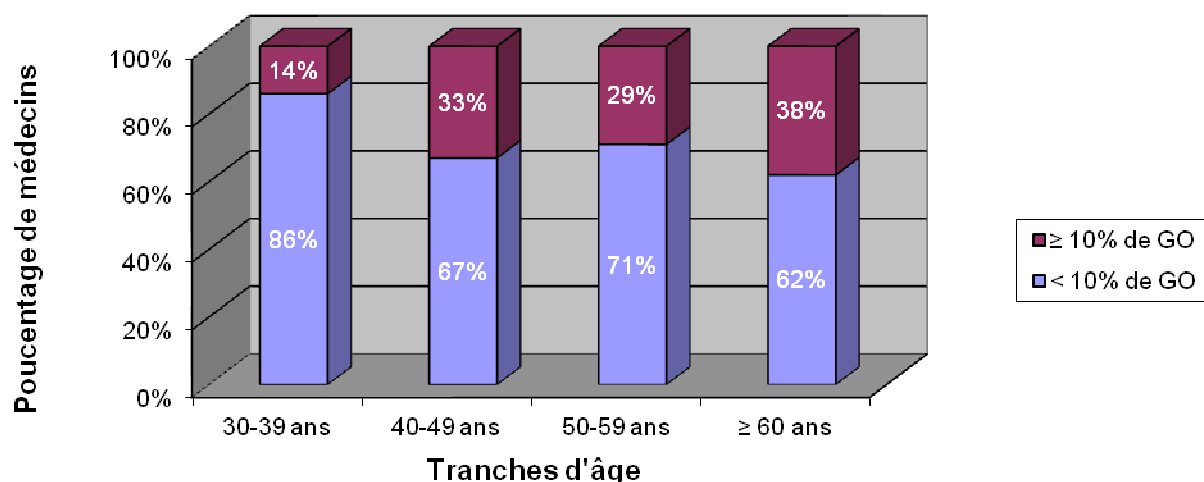


Figure 23 : Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon l'âge.

A noter : 13 médecins n'ont pas répondu à cette question.

Les médecins de 60 ans ou plus réalisaient la part de gynécologie-obstétrique la plus importante. 38% faisaient 10% d'actes ou plus par semaine.

Quant aux jeunes médecins entre 30-39 ans, la majorité avait une activité de gynécologie-obstétrique inférieure à 10%.

Il n'y avait pas de différence significative entre les tranches d'âge (tests de Fisher et Chi² avec correction de Yates).

1.6.4. Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon l'année d'installation :

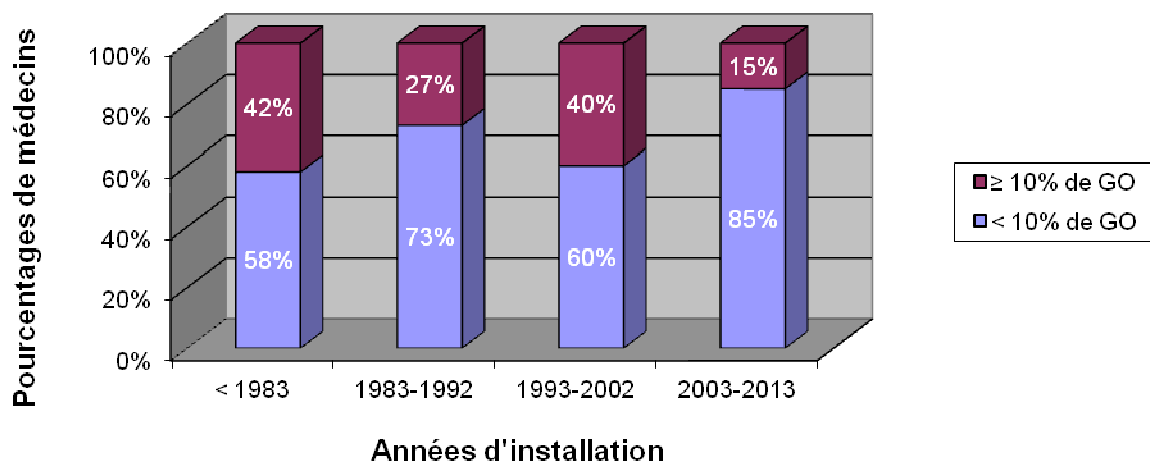


Figure 24 : Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon l'année d'installation.

A noter : 13 médecins n'ont pas répondu à cette question.

Les médecins installés avant 1983 et ceux entre 1993-2002 avaient une activité en gynécologie-obstétrique superposable, respectivement 42% et 40% de ces médecins assuraient 10 % ou plus de gynécologie-obstétrique.

Les médecins installés depuis 2003 avaient l'activité de gynécologie-obstétrique la plus faible.
Les différences entre l'année d'installation des médecins généralistes et leur activité en gynécologie-obstétrique n'étaient pas significatives (test du Chi²).

1.6.5. Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon la zone d'exercice :

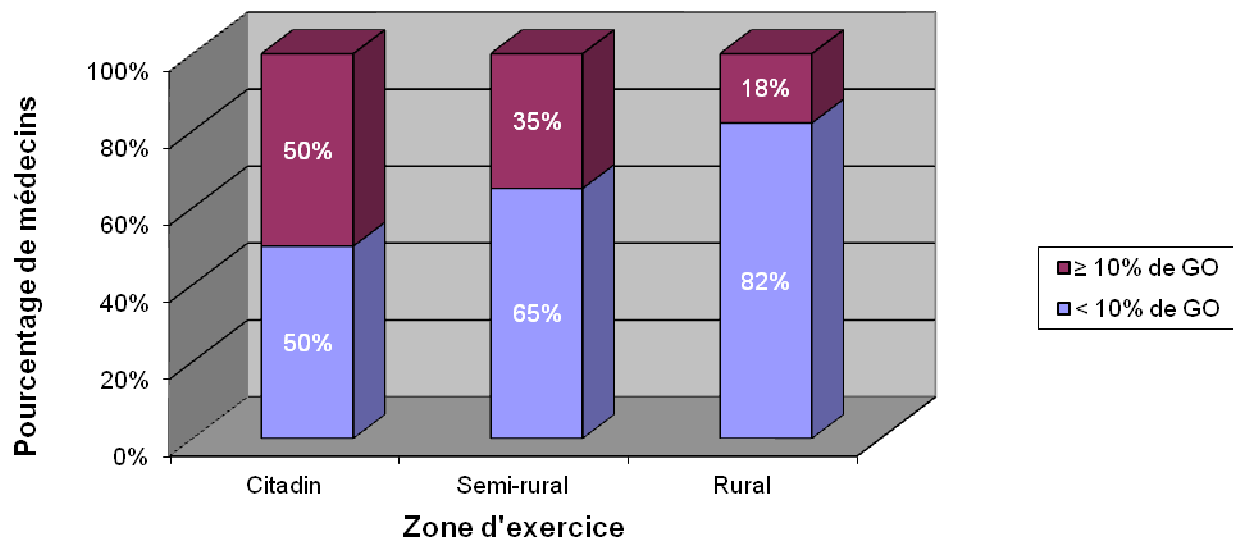


Figure 25 : Part de l'activité de gynécologie-obstétrique dans l'activité globale selon la zone d'exercice.

A noter : 13 questionnaires sans réponse.

Parmi les médecins citadins, 50% réalisaient 10% ou plus d'actes de gynécologie-obstétrique contre respectivement 35% et 18% des médecins semi-ruraux et ruraux.

Seule différence significative : les médecins citadins avaient une part d'activité de gynécologie-obstétrique significativement plus importante que leurs confrères installés en milieu rural (χ^2 : $p=0,008$).

1.6.6. Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon le mode et le secteur d'exercice :

Aucune différence significative n'a été retrouvée.

1.6.7. Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon la distance avec un gynécologue :

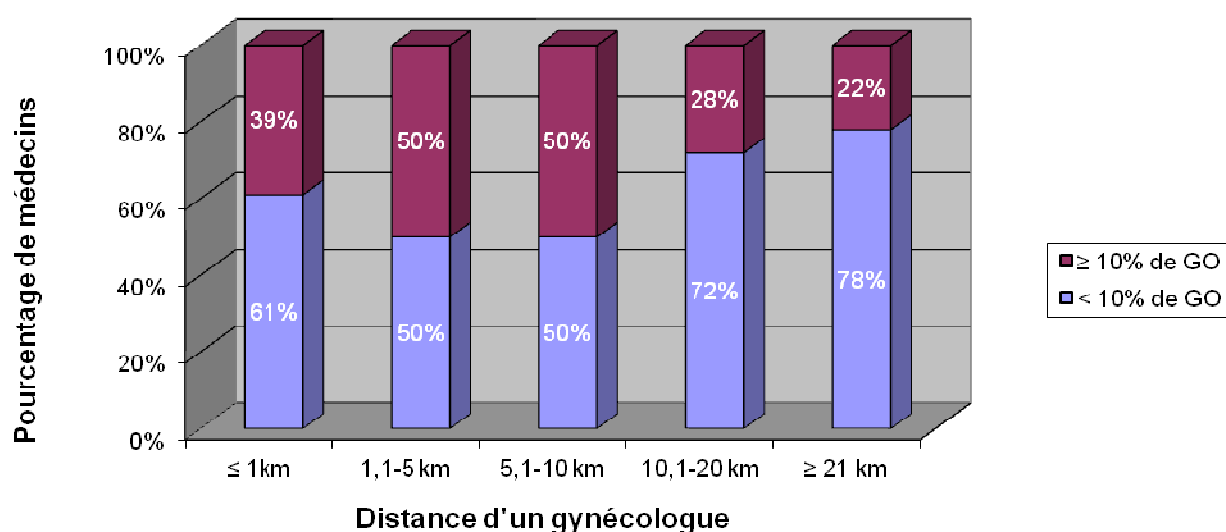


Figure 26 : Part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon la distance avec un gynécologue.

A noter : 15 médecins n'ont pas répondu à ces 2 items.

Les médecins situés entre 1,1 et 10 km d'un gynécologue libéral ou hospitalier réalisaient la part de gynécologie-obstétrique la plus importante.

Il n'y avait pas de différence significative entre la distance séparant les généralistes d'un gynécologue et leur activité de gynécologie-obstétrique (d'après les tests de Fisher et de χ^2 avec correction de Yates).

2. Évaluation globale de l'activité de gynécologie-obstétrique :

2.1. Circonstances de la pratique de la gynécologie :

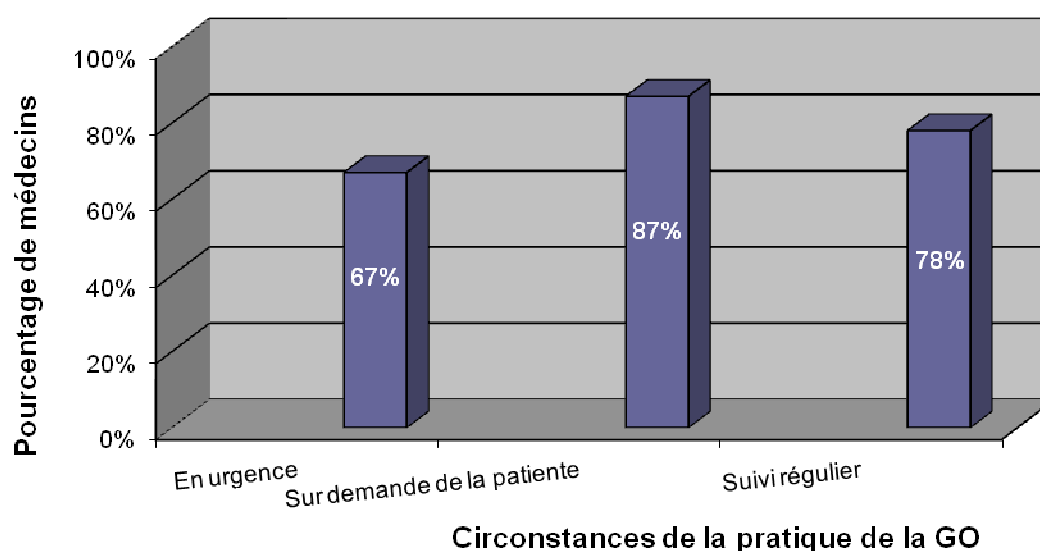


Figure 27 : Circonstances de la pratique de la gynécologie-obstétrique.

A noter : 4 médecins n'ont pas répondu.

Plusieurs réponses étaient possibles.

87% faisaient des actes de gynécologie-obstétrique sur demande de la patiente.

Les autres items avaient également été cochés par plus de 50% des médecins.

Pour le suivi régulier, 87,5% des femmes médecins en réalisaient versus 75% des hommes. Cette différence n'était pas significative.

2.2. Les trois motifs de consultation de gynécologie-obstétrique les plus fréquemment rencontrés :

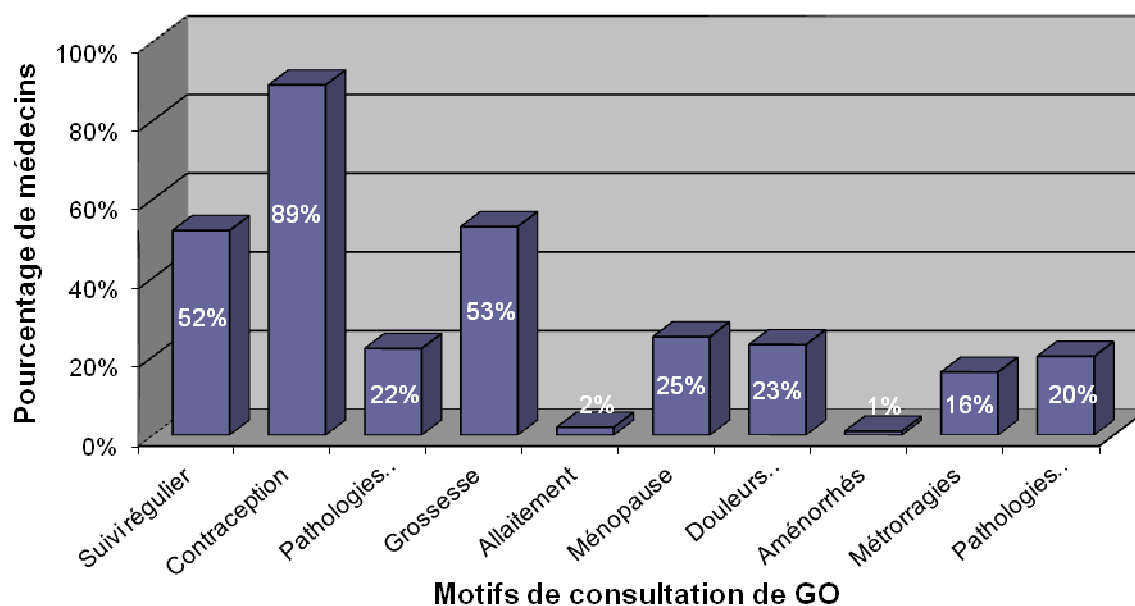


Figure 28 : Motifs de consultation de gynécologie-obstétrique.

A noter : 10 médecins ont répondu à plus de 3 items, 1 à 2 items, 1 à 1 item et 3 questionnaires sans réponse.

Soit 15 questionnaires non comptabilisés.

Les 3 motifs de consultation les plus souvent rencontrés étaient :

- la contraception : 89%
- la grossesse : 53%
- le suivi régulier : 52%

3 motifs n'avaient pas été cités : contraception d'urgence, infertilité et autre (« autre » indique tout motif non exprimé dans le questionnaire).

2.3. Pratique d'examen gynécologiques : spéculum, touchers vaginaux. :

2.3.1. Répartition générale :

Sur 100 réponses, 90% des médecins pratiquaient les examens gynécologiques au sein de leur cabinet.

2.3.2. Répartition selon le sexe :

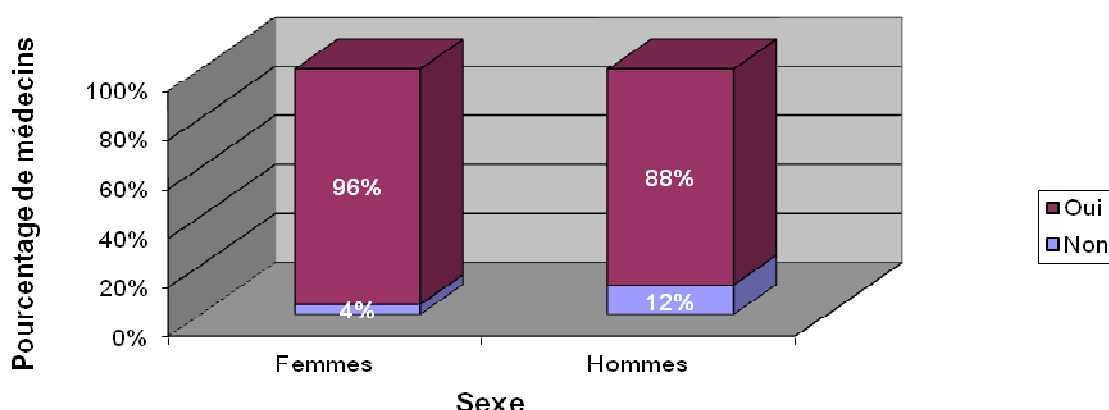


Figure 29 : Pratique des examens gynécologiques selon le sexe.

Il n'y avait pas de différence significative selon le sexe (test de Fisher).

2.3.3. Répartition selon l'âge :

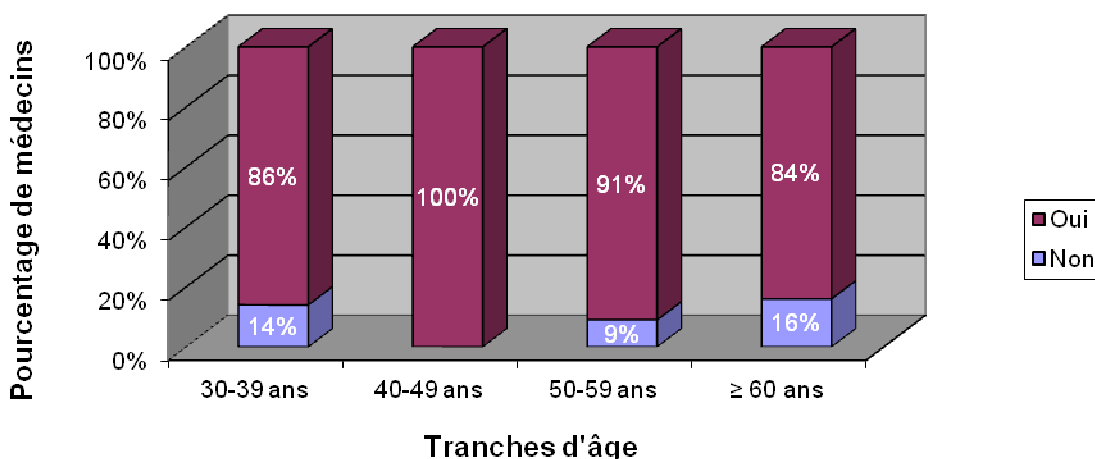


Figure 30 : Pratique des examens gynécologiques selon l'âge.

Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les médecins quelque soit l'âge (test de Fisher).

2.4. Les médecins pratiquant peu ou pas de gynécologie-obstétrique : les raisons de leur choix :

2.4.1. Répartition générale :

36 médecins avaient participé à cet item, plusieurs réponses étaient possibles.

36% des médecins interrogés avaient déclaré pratiquer peu ou pas de gynécologie-obstétrique.

Pour 42% d'entre eux, la raison la plus souvent avancée était le manque de demande puis une présence de gynécologue(s) à proximité de leur cabinet (39%).

Deux raisons étaient ensuite évoquées : le manque de temps (28%) et le manque d'intérêt personnel (25%). Les deux derniers items choisis par les médecins étaient à 17% pour manque de formation et autre (« autre » indique tout motif non exprimé dans le questionnaire).

2.4.2. Répartition selon le sexe :

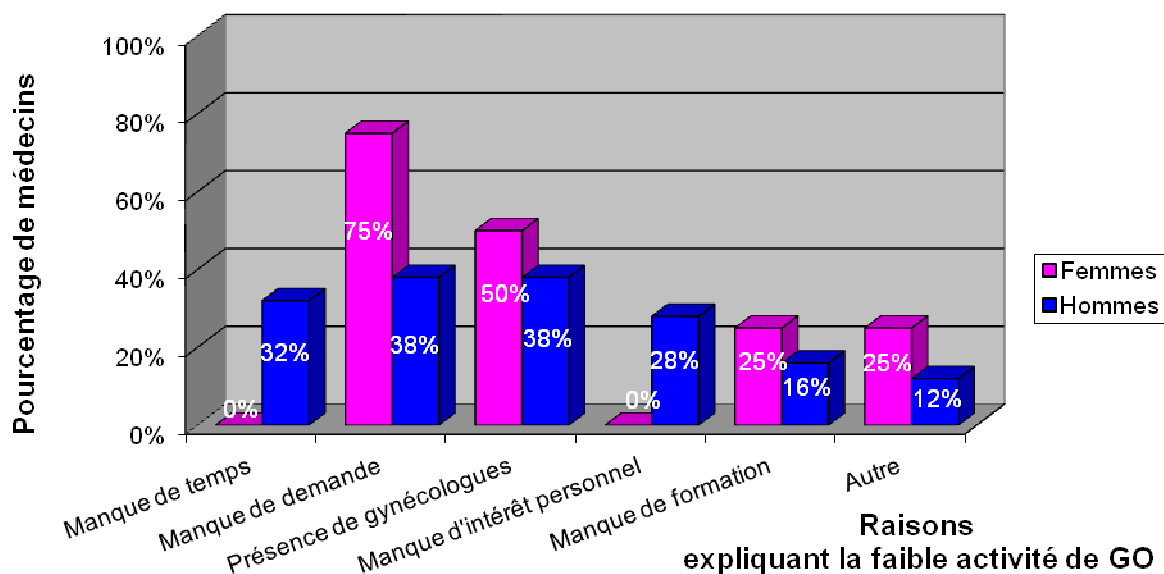


Figure 31 : Raisons expliquant la faible activité de gynécologie-obstétrique selon le sexe.

Parmi les 36% de médecins ayant répondu, 17% étaient des femmes et 42% des hommes.

Pour les deux sexes : les deux premiers motifs étaient les mêmes :

- le manque de demande : 75% des femmes et 38% des hommes ;
- la proximité des gynécologues : 50% et 38%.

Aucun médecin femme n'avait cité le manque de temps et le manque d'intérêt personnel contre respectivement 31% et 28% chez les médecins masculins.

4 médecins évoquaient d'autres raisons limitant leur exercice de gynécologie-obstétrique :

- une activité d'ostéopathie exclusivement (homme-56 ans) ;
- une association à des médecins féminins dont la clientèle est plus jeune et plus féminine (homme-53 ans) ;
- une réticence importante des patientes envers un médecin généraliste masculin (homme-62 ans) ;
- le manque de place (homme-34 ans).

2.4.3. Répartition selon l'âge :

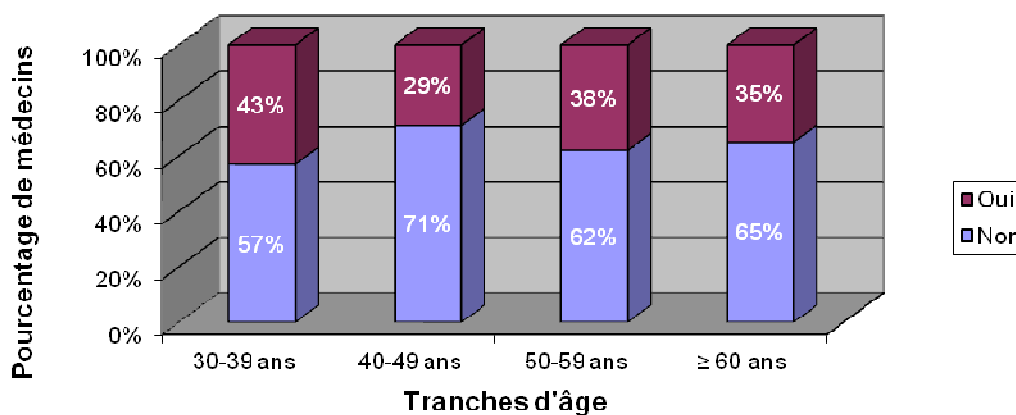


Figure 32 : Médecins pratiquant peu ou pas de gynécologie-obstétrique.

A noter : le « non » traduit une pratique régulière.

43% des plus jeunes médecins pratiquaient peu ou pas de gynécologie-obstétrique alors que ce pourcentage était inférieur pour les autres tranches d'âge.

Il n'y avait pas de différence significative avec l'âge.

3. Dépistage et prévention :

3.1. Répartition générale :

76% des médecins réalisaient les frottis dans leur cabinet.

L'examen des seins, la prescription de mammographies et la réalisation des vaccins anti-HPV faisaient partis de l'activité habituelle de gynécologie-obstétrique pour la quasi-totalité des médecins interrogés réalisant ces actes.

3.2. Répartition selon le sexe :

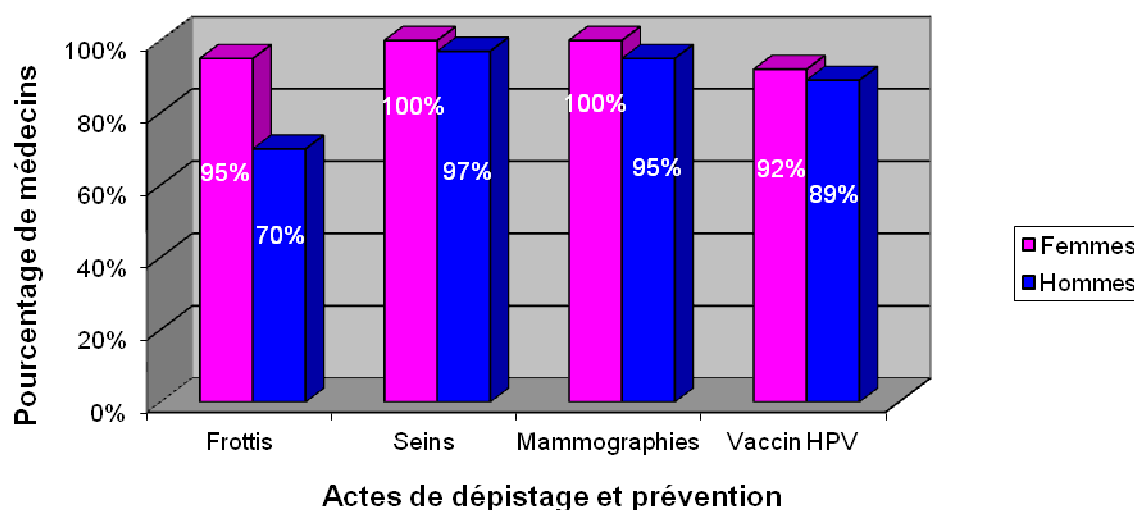


Figure 33 : Actes de dépistage et prévention selon le sexe.

95% des femmes réalisaient les frottis cervico-vaginaux dans leur cabinet contre 70% des hommes. La différence entre les deux sexes était statistiquement significative ($p=0,009$ d'après le test du χ^2) pour la pratique du frottis.

L'examen des seins, la prescription de mammographies et la réalisation des vaccins anti-HPV étaient réalisés par plus de 90% des médecins quelque soit le sexe.

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes pour ces trois actes de dépistage et prévention.

3.3. Répartition selon l'âge :

Les 3 actes de dépistage et de prévention réalisés par la quasi-totalité des médecins n'indiquaient pas de différence significative selon l'âge. Seul le critère « frottis » a été étudié.

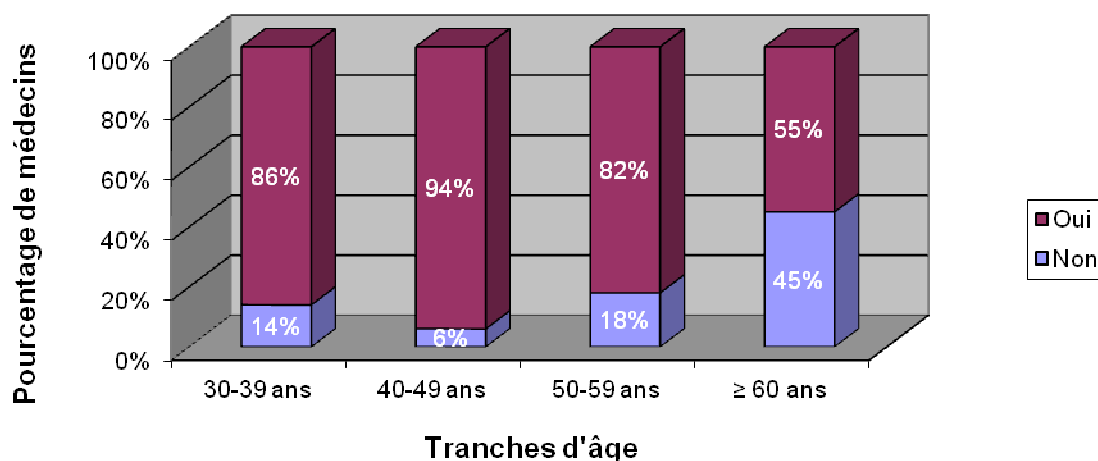


Figure 34 : Réalisation des frottis selon l'âge.

Les médecins généralistes âgés de 40-49 ans réalisaient le plus de frottis. Ceux qui en faisaient le moins étaient les 60 ans ou plus.

D'après le test du Chi², il existait une différence significative entre la réalisation des frottis des 60 ans ou plus avec toutes les autres tranches d'âge ($p=0,008$).

4. Contraception :

4.1. Répartition générale :

Plus de 96% des médecins prescrivait et renouvelaient la pilule.

Concernant la prescription des nouveaux moyens contraceptifs (anneau vaginal, patch hormonal), 55% des médecins déclaraient ne pas en prescrire.

Les poses de DIU et d'implants contraceptifs étaient peu pratiquées : respectivement 11% et 18% des médecins le faisaient

4.2. Répartition selon le sexe :

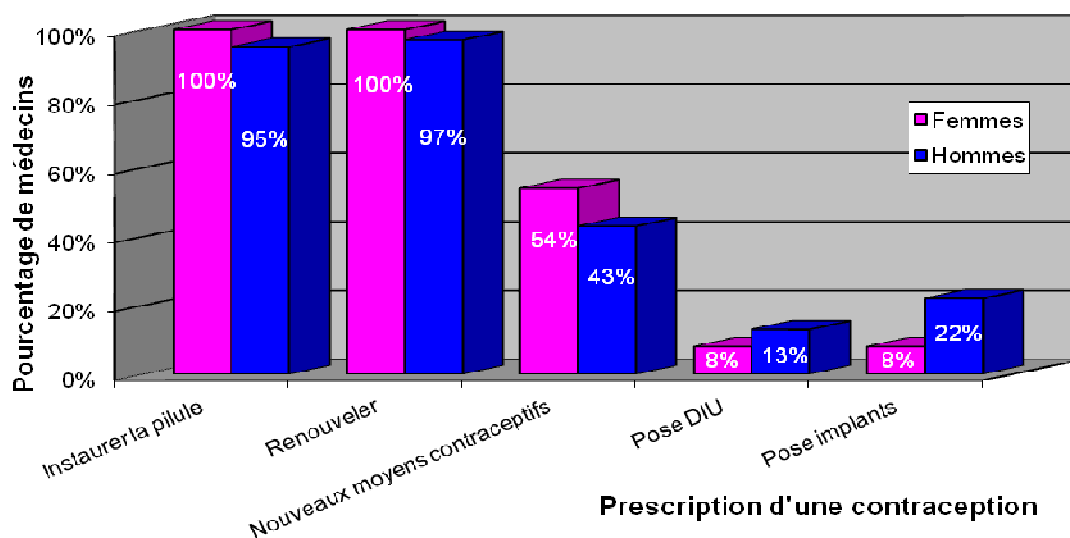


Figure 35 : Prescriptions de moyens contraceptifs selon le sexe.

Globalement, tous les médecins prescrivaient et renouvelaient la pilule quelque soit leur sexe. Parmi les 100 prescripteurs de nouveaux moyens de contraception, 54% étaient des femmes contre 43% des hommes.

8% des femmes posaient des DIU et des implants alors que pour les hommes c'était respectivement 13 et 22 %.

Il n'existait pas de différence significative entre les deux sexes pour la prescription d'une contraception (par les tests de Fisher et χ^2).

4.3. Répartition selon l'âge :

Parmi les prescripteurs des nouveaux moyens contraceptifs et des implants, il était intéressant d'étudier leur répartition selon l'âge.

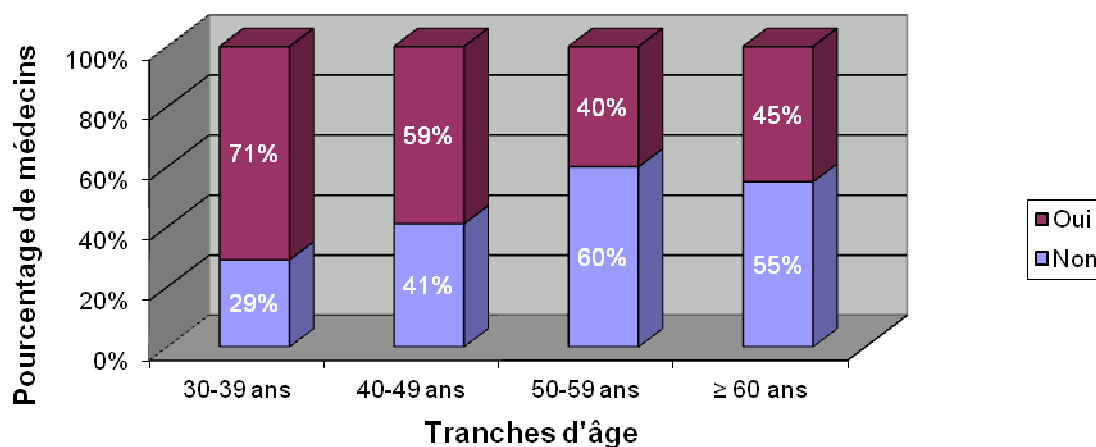


Figure 36 : Prescriptions de nouveaux moyens contraceptifs selon l'âge.

Il existait une différence marquée entre la prescription des jeunes médecins de 30-39 ans et les plus de 50 ans : 71% des jeunes médecins prescrivaient ces nouveaux moyens de contraception pour seulement 40 % de la tranche d'âge 50-59 ans.

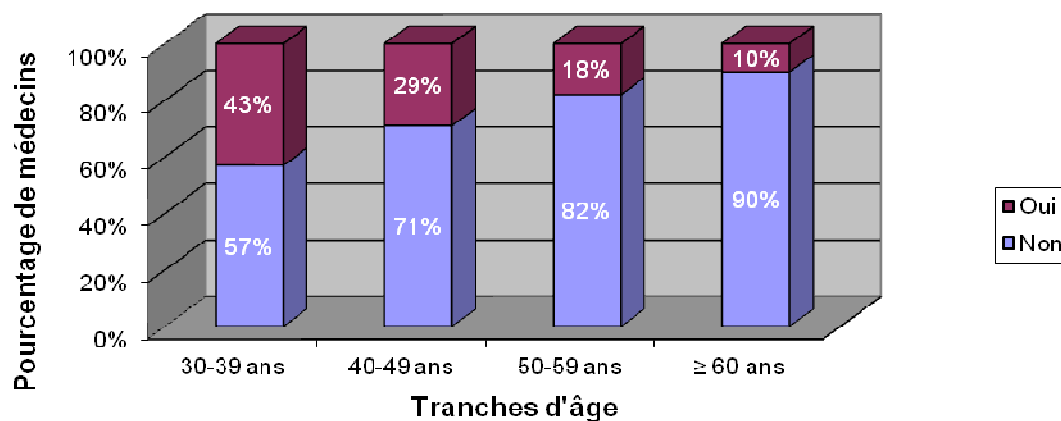


Figure 37 : Pose d'implants selon l'âge.

Comme pour la prescription de nouveaux moyens de contraception, 43 % des médecins de 30-39 ans posaient plus d'implants que les médecins des tranches d'âge supérieures. L'écart s'accroissait avec l'âge pour atteindre seulement 10 % pour les plus de 60 ans.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les âges (tests de Fisher et χ^2) pour l'instauration ou le renouvellement d'une pilule, la prescription de nouveaux moyens contraceptifs, les poses de DIU ou d'implants.

5. Suivi de grossesse :

5.1. Répartition générale :

Parmi les 100 réponses, 82% des médecins suivaient des grossesses.

5.2. Répartition selon le sexe :

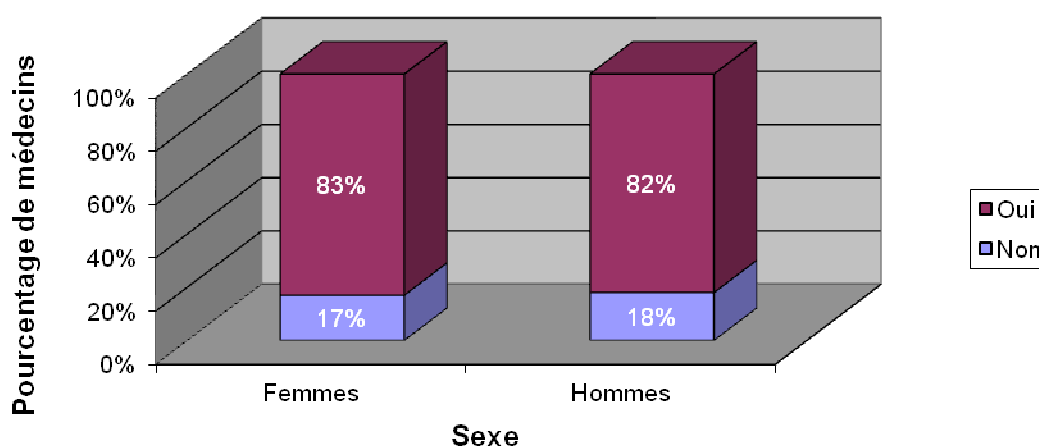


Figure 38 : Suivi de grossesse selon le sexe.

Quelque soit le sexe, les médecins généralistes suivaient des grossesses.

Parmi les 82 médecins suivant des grossesses, 20 (soit 24%) étaient des femmes et 62 (soit 76%) étaient des hommes.

Le pourcentage du suivi de grossesse était pratiquement identique entre les femmes (83%) et les hommes (82%).

Il n'existait pas de différence significative (d'après le test du χ^2 avec correction de Yates).

5.3. Répartition selon l'âge :

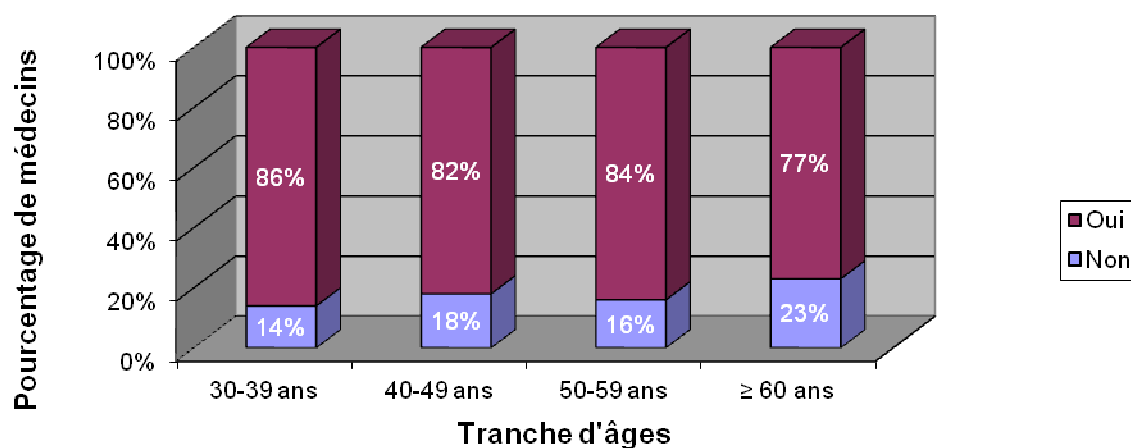


Figure 39 : Suivi de grossesse selon l'âge.

Il n'y avait pas de différence significative dans le suivi de grossesse selon l'âge des médecins.

6. IVG médicamenteuse :

Sur les 100 réponses, aucun médecin généraliste de l'Indre ne pratiquait d'IVG.

7. Ménopause :

7.1. Répartition générale :

La majorité des médecins interrogés, 83% prescrivait des THS, 66% instauraient et renouvelaient les traitements de la ménopause, alors que 34% d'entre eux ne réalisaient que des renouvellements. 17% des médecins n'en prescrivait pas.

7.2. Répartition selon le sexe :

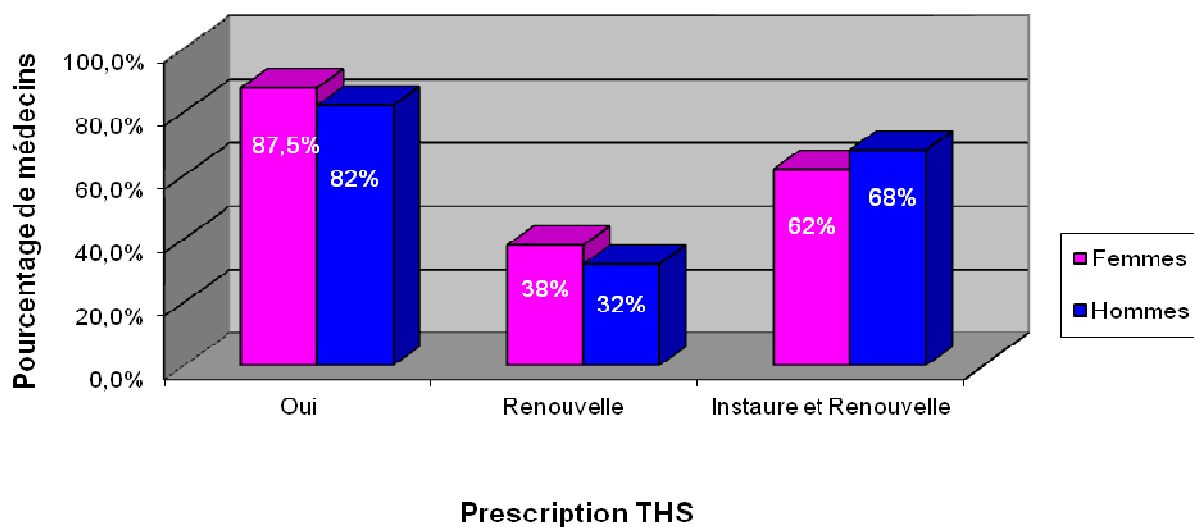


Figure 40 : Prescription de THS selon le sexe.

Parmi les 87,5% de femmes prescrivant le THS, 38% le renouvelaient et 62% l'instauraient et le renouvelaient. Les médecins hommes étaient 82% à le prescrire.

Il n'existait pas de différence significative entre hommes et femmes concernant la prescription des THS (d'après le test du Chi² avec correction de Yates).

7.3. Répartition selon l'âge :

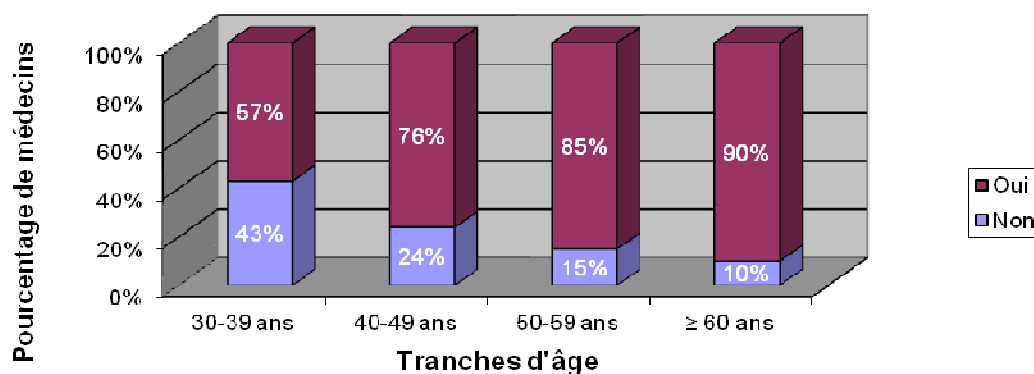


Figure 41 : Prescription d'un traitement hormonal selon l'âge.

Les médecins de 60 ans ou plus étaient proportionnellement plus nombreux à prescrire les THS que les jeunes médecins : 90% contre 57%.

Mais cette différence n'était pas statistiquement significative (test de Fisher).

8. Répartition de l'activité de gynécologie-obstétrique des médecins généralistes :

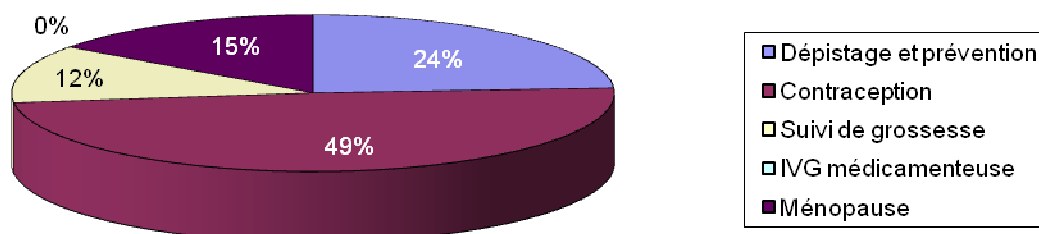


Figure 42 : Pourcentage d'actes de gynécologie-obstétrique au cours de la dernière semaine d'activité des médecins généralistes.

A noter : 10 questionnaires sans réponse.

Le domaine le plus fréquemment abordé était la contraception (49%) puis par ordre décroissant le dépistage et la prévention, la ménopause et le suivi de grossesse.

9. Formation en gynécologie-obstétrique :

Plusieurs réponses étaient possibles.

A noter : 1 homme n'a pas répondu à cet item.

9.1. Répartition générale :

La formation reçue par les médecins interrogés était avant tout universitaire (87%), complétée par les FMC (58%) et la littérature médicale et/ou internet (47%).

12 médecins (12%) avaient le DIU de gynécologie-obstétrique.

6 médecins (6%) avaient noté d'autres moyens de formation.

- la revue PRESCRIRE (femme-42 ans) ;
- les cours d'homéopathie et d'acupuncture (femmes-61 ans) ;
- trois demi-journées avec une gynécologue hospitalière d'un centre hospitalier de proximité du cabinet pour la réalisation de frottis (femme-43 ans) ;
- sur le terrain (homme-62 ans) ;
- non précisé (hommes-57 et 58 ans).

9.2. Répartition selon le sexe :

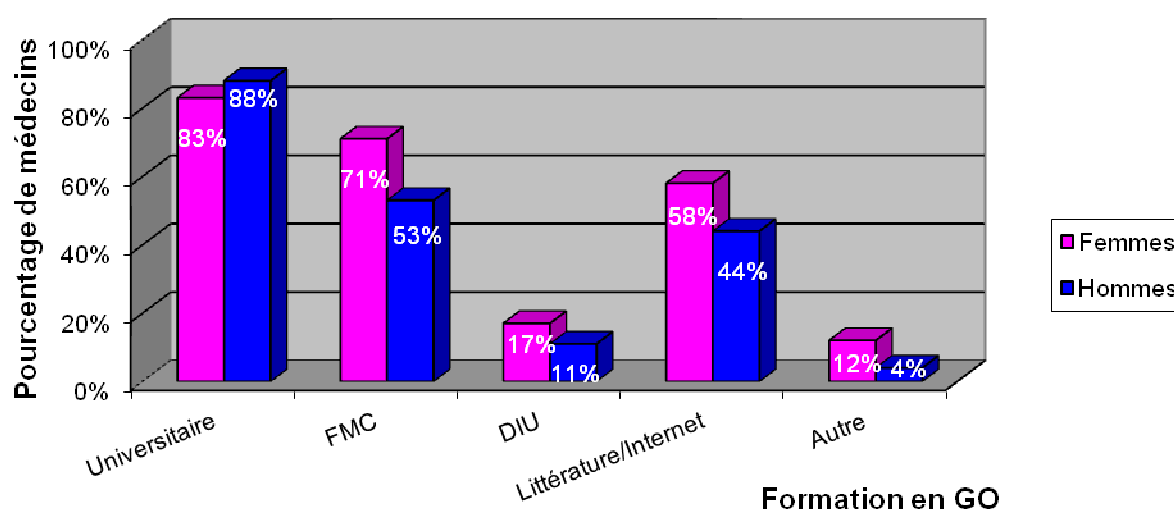


Figure 43 : Formation en gynécologie-obstétrique selon le sexe.

Globalement, la formation reçue par les médecins interrogés était la même suivant le sexe.

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre le sexe des médecins et leur formation.

9.3. Répartition selon l'âge :

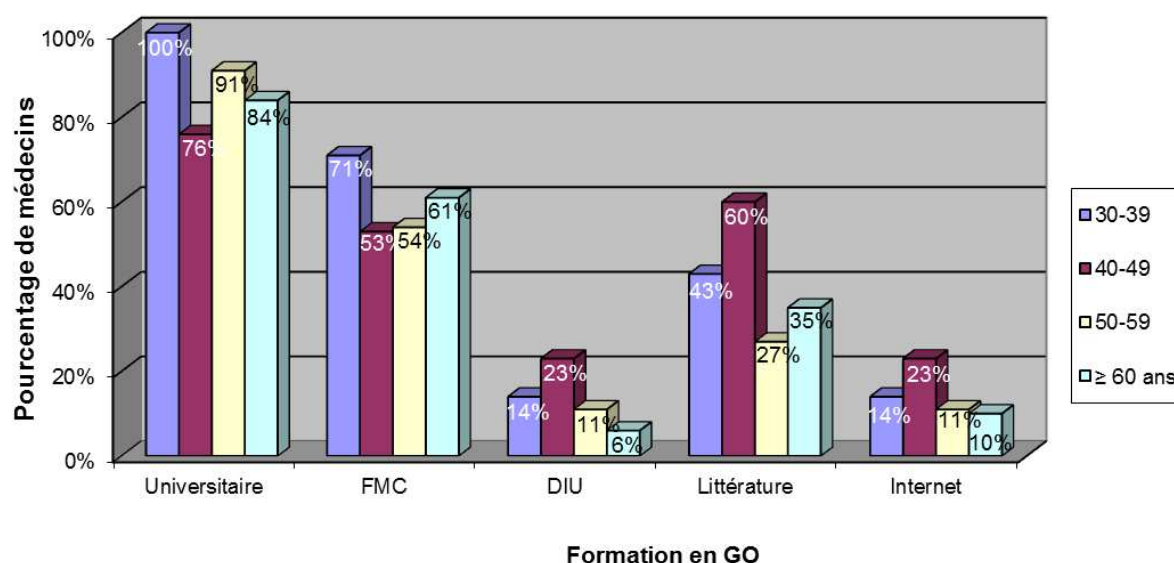


Figure 44 : Formation en gynécologie-obstétrique selon l'âge.

Quelque soit l'âge, la formation des médecins était avant tout universitaire suivie par les FMC et la littérature.

Les médecins entre 40-49 ans étaient plus nombreux que leurs confrères à avoir une formation en gynécologie-obstétrique dont le DIU de gynécologie-obstétrique (23% contre 6% des médecins de 60 ans ou plus).

Il n'existait pas de différence significative entre les âges et les modes de formation en gynécologie-obstétrique (test de Fisher et du χ^2).

10. Opinion des généralistes sur l'augmentation de leur activité de gynécologie-obstétrique :

A noter : 92 réponses sur les 100 questionnaires.

10.1. Répartition générale :

77% des médecins ayant répondu à cet item étaient favorables à l'augmentation de leur activité si le besoin se présentait, si la pénurie annoncée des spécialistes en gynécologie avait lieu.

10.2. Répartition selon le sexe :

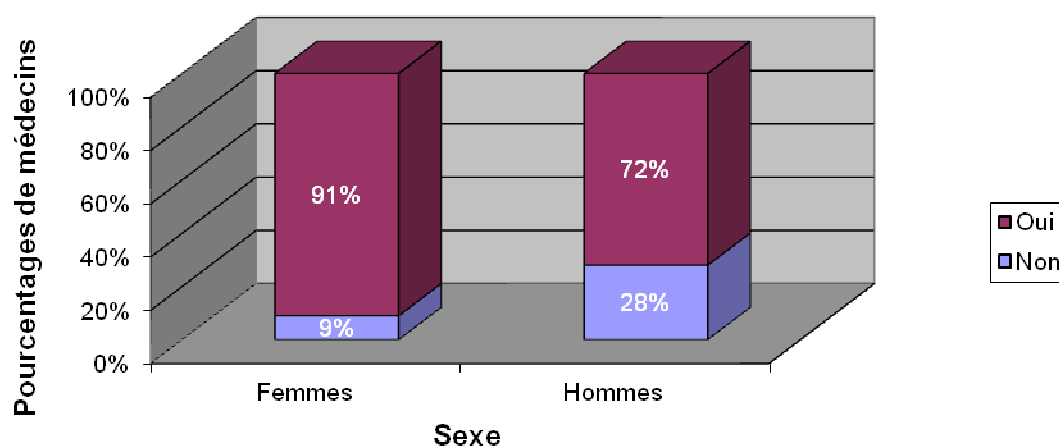


Figure 45: Avis des médecins généralistes sur l'augmentation éventuelle de leur activité de gynécologie-obstétrique selon le sexe.

91% des femmes étaient favorables à cette augmentation contre 72% des hommes. Cette différence n'était pas significative (test du χ^2).

10.3. Répartition selon l'âge :

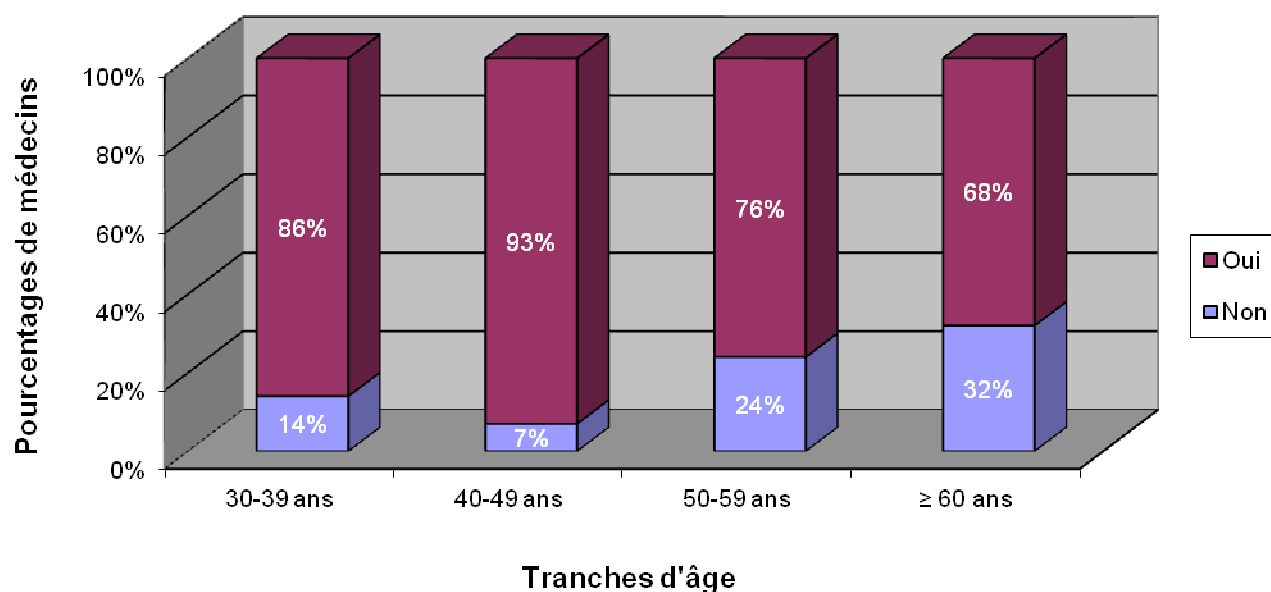


Figure 46 : Opinion des médecins généralistes sur l'augmentation éventuelle de leur activité de gynécologie-obstétrique selon l'âge.

Quelque soit la tranche d'âge, la majorité des médecins accepterait d'augmenter leur activité. La tranche d'âge 40-49 ans serait la plus importante (93%) à y être favorable suivie par celle des plus jeunes médecins (86%). Les moins favorables étaient les plus de 60 ans à 68%.

Aucune différence significative n'est retrouvée dans l'opinion des médecins quant à leur augmentation d'activité de gynécologie-obstétrique en fonction de l'âge (tests de Fisher et du χ^2).

11. Commentaires libres :

29 % des médecins s'étaient exprimés en fin de questionnaire. Leurs écrits, repris in extenso, ont été regroupés par thème.

11.1. Formation : vouloir être mieux formés ou manque de connaissance :

Ce commentaire a été cité 6 fois.

« J'accepterais de faire une formation supplémentaire », femme-53 ans ;

« Et pourquoi pas faire le DU de gynéco pour les médecins généralistes », femme-44 ans ;

« Manque de formation », homme-48 ans ;

« L'IVG médicamenteuse est impossible à réaliser au cabinet : pas d'autorisation, pas de réseau sur Châteauroux », femme-37 ans ;

« J'ai posé une fois un DIU, il a migré et s'est enchâssé dans l'utérus. Il y a eu besoin d'une anesthésie générale et d'une coloscopie pour l'enlever. J'ai aussitôt arrêté! », femme-39 ans ;

« Pour l'obstétrique, je n'aime pas : problèmes de connaissance et surtout médico-légaux... », homme-50 ans.

11.2. Regard sur le métier de généraliste :

11.2.1. Le fait d'être un homme :

« Le fait d'être une femme et mon collègue un homme, augmente mes activités (ses patientes viennent me voir pour la gynécologie) », femme-39 ans ;

« Je ne fais pas d'avantage de gynécologie car je suis associé à deux femmes », homme-60 ans ;

« Le fait d'être un homme diminue l'activité gynécologique, quoiqu'en vieillissant elle réaugmente », homme-51 ans.

11.2.2. Prise en charge de la gynécologie :

« Il faudrait que les spécialistes en gynécologie-obstétrique apprennent à ne plus prescrire de contraception ni à suivre des grossesses sans risque », homme-54 ans ;

« Pas le choix que de faire de la gynécologie vu la raréfaction et le délai d'attente des gynécologues », homme-74 ans ;

« La gynécologie fait partie de la médecine générale pour sa plus grande partie », homme-63 ans ;

« Importance de cette spécialité liée à une forte demande (à tout âge) et compétence dans ce domaine à peine reconnue », homme-59 ans ;

« Dans de nombreux pays européens, le frottis cervico-vaginal est un acte réalisé en laboratoire directement, avec succès. Ce n'est pas seulement un acte médical. Dans certains pays, les femmes ont un accès direct libre au laboratoire pour le réaliser sans prescription médicale (à méditer !) », homme-45 ans.

2 médecins étaient opposés à faire de la gynécologie en tant que généraliste :

« La médecine générale est une spécialité à part entière, elle ne peut se substituer à une autre spécialité, le gynécologie-obstétrique », homme-35 ans ;

« Le médecin généraliste dans mes pensées n'est pas ressenti comme interlocuteur dans le suivi gynécologique », homme-62 ans.

11.2.3. Problème de démographie médicale : diminution des gynécologues médicaux :

« Du fait de la raréfaction des gynécologues, on est sollicité pour les problèmes gynécologiques, surtout sur les traitements de la ménopause », homme-58 ans ;

« La disparition des gynécologues médicaux rendra aux généralistes une partie de leur activité médicale », homme-61 ans ;

« Manque de gynécologues, de pneumologues, de cardiologues et les médecins généralistes ? Ils ne vont pas manquer peut-être ? Il faudrait suppléer toutes les carences...Avec un corps professionnel vieillissant à qui on demande toujours plus alors que nous ne sommes même pas capables de prescrire la pilule selon nos têtes pensantes. Personnellement pas d'accord! Je me casse dès que possible de ce borborygme ! », homme-57 ans ;

« Évolution démographique catastrophique, installez-vous rapidement en médecine générale! », homme-55 ans ;

« Le problème actuel (et ceci pour quasiment toutes les spécialités) c'est que nous intervenons en urgence vu la difficulté de nos patientes à obtenir des rendez-vous chez le spécialiste », homme-61 ans.

11.3. Relation médecin-patient :

11.3.1. Aspect médico-légal :

« Pour l'obstétrique, je n'aime pas : problèmes de connaissance et surtout médico-légaux... », homme-50 ans ;

« Le risque médico-légal est élevé en GO ce qui ne m'encourage pas à augmenter mon activité de gynécologie-obstétrique », homme-35 ans.

11.3.2. Proximité de sages-femmes ou de gynécologues :

« Le choix de la maternité par la femme conditionne mon activité en gynécologie et surtout en suivi de grossesses. En 1997, peu de demandes. En 1999, départ de gynécologues, pas de sages-femmes : beaucoup de demandes. Depuis 2005, renforcement des sages-femmes de consultation donc chute des suivis de grossesses », homme-46 ans ;

« Actes peu nombreux car présence d'une sage-femme à proximité », homme-64 ans ;

« Le suivi de grossesse est le plus souvent monopolisé par la maternité locale, dommage pour les femmes qui font des kilomètres inutiles (en dehors des échographies bien entendu!) », homme-61 ans.

11.4. Disponibilité :

11.4.1. Manque de temps :

« Il est vrai que le rythme de travail de plus en plus rapide va certainement modifier les possibilités de la pratique de la gynécologie-obstétrique qui nécessite du temps (mais se posera le problème de la diminution des spécialistes) ». homme-58 ans ;

« Pas le temps d'en faire plus ! », homme-54 ans ;

« Principal problème : temps disponible pour les différents actes de gynécologie », homme-45 ans.

11.4.2. Médecins exerçant peu ou pas la médecine générale :

« Pratique davantage la médecine du sport et la rhumatologie », homme-52 ans ;

« J'ai "abandonné" le suivi gynécologique pour m'orienter vers la gériatrie. Je suis médecin libéral mais également gériatre et praticien hospitalier. Mon désir est d'abandonner la médecine libérale pour un plein temps en gériatrie », homme-62 ans ;

« Ostéopathie », homme-56 ans ;

« Activité de gynécologie déjà assez importante et suffisante », femme-42 ans.

DISCUSSION

1. Points forts de l'étude :

1.1. Un taux de participation élevé :

La participation à l'étude des médecins généralistes de l'Indre a été satisfaisante avec un taux de réponse de 57%. Des travaux sur le même sujet, avec des méthodologies semblables à partir d'enquêtes réalisées par voie postale, indiquaient des taux de participation de 42% à 67% [9, 34, 35, 36, 37].

Le temps consacré à ce questionnaire a pu traduire tout l'intérêt porté à cette problématique par les médecins ayant répondu.

Ce taux de participation pouvait s'expliquer par une étude à questions fermées.

Pour sa thèse réalisée à Bordeaux en 2006, Noémie Mauran avait choisi une méthode téléphonique ce qui lui avait permis d'obtenir un très fort taux de réponse de 93,6% [38].

1.2. Le profil des médecins ayant répondu :

L'échantillon de l'étude était comparable à celui de l'ensemble des médecins généralistes de l'Indre. Dans cette étude, l'âge moyen des médecins généralistes ayant répondu était de 54,5 ans pour une moyenne estimée à 57 ans dans l'Indre [39].

La part des femmes de l'étude était un peu plus élevée que dans l'Indre : 24% [Figure 11] versus 22% [39] avec un âge moyen de 51,2 ans versus 52,5 ans [39].

La part des hommes était de 76% [Figure 11] contre 78 % dans l'Indre avec un âge moyen de 55,5 ans contre 57 ans [39].

1.3. Le questionnaire [Annexe 2] :

Le questionnaire utilisé pour cette étude avait déjà été validé dans la thèse de Mme Dias [9].

1.4. Biais de déclaration :

Ce biais a été limité par l'anonymat des questionnaires établis par l'URPS Médecins Libéraux.

2. Points faibles de l'étude :

2.1. Biais de sélection :

2.1.1. Le choix de la région :

Plusieurs travaux ont été observés aux niveaux national et régional [9, 35] mais l'étude a été réalisée uniquement dans le département de l'Indre (département privilégié pour des raisons professionnelles).

Ce département considéré comme rural (34 habitants/km² versus 65h/km² au sein de la région Centre et 113h/Km² sur le plan national [40]) entraîne des disparités importantes au niveau de l'offre de soins. Les gynécologues étant concentrés autour de 3 pôles de santé (Châteauroux, La Châtre et Le Blanc). La répartition des médecins généralistes étant plus harmonieuse.

2.1.2. L'échantillon :

L'envoi des questionnaires à tous les médecins généralistes de l'Indre n'a pas permis de choisir le sexe du médecin. L'étude ne comportait que 24% de femmes : dans l'Indre, la part de femmes généralistes était de 22% [39], au niveau national, 42% [5] soit beaucoup plus que dans cette étude.

Les MEP ont été inclus dans l'échantillon. Ces médecins n'ont pas répondu aux questionnaires puisque leur activité principale n'était pas la médecine générale.

La faible population des 30-39 ans pouvait aussi être considérée comme un biais.

Les résultats de ce travail ne s'appliquaient qu'aux médecins généralistes ayant répondu c'est-à-dire les plus intéressés par le sujet, à contrario des autres dont l'absence de réponse pouvait se traduire par un désintérêt pour la gynécologie-obstétrique, un manque de temps pour remplir le questionnaire.

2.2. Biais d'analyse :

Cette étude a été effectuée avec la participation de 100 médecins. Ce chiffre peut paraître faible, comparé à d'autres travaux [9, 34, 35, 38], mais ces derniers avaient eu lieu sur un plan régional.

Les questions quantitatives ont été favorisées afin de faciliter les réponses et leur analyse. A contrario les questions qualitatives sont plus difficiles à commenter car les médecins généralistes n'y répondent pas systématiquement, leurs réponses sont souvent brèves et évasives.

Le questionnaire avait présenté quelques incompréhensions puisque plusieurs médecins n'avaient pas répondu à toutes les questions. L'analyse des réponses avait permis de constater les limites du questionnaire aussi bien dans la présentation que dans la formulation des questions.

Des questions étaient restées sans réponse car mal comprises ou jugées sans intérêt par les médecins [Annexe 2].

- question 5 : sur le secteur d'exercice : cet item avait pu paraître indiscret ou sans intérêt par plusieurs médecins ;

- questions 6 et 7 : difficulté pour la quantification des distances séparant les généralistes d'un gynécologue, du nombre d'actes de médecine générale par semaine et du pourcentage d'activité de gynécologie-obstétrique ;

- question 8 : sur les 3 motifs de consultation de gynécologie-obstétrique : 12 médecins avaient répondu à moins ou plus de 3 items et 2 questionnaires étaient sans réponse ;

- question 23 : sur la répartition de l'activité en gynécologie-obstétrique au cours de la dernière semaine : 10 médecins n'avaient pas répondu. Cette question était redondante avec les questions 7 et 9, ce qui pouvait expliquer que plusieurs questionnaires soient restés sans réponse ;

- question 25 : portant sur l'augmentation de l'activité de gynécologie-obstétrique : les 8 médecins n'ayant pas répondu étaient les mêmes qu'aux questions 7 et 23.

Ces médecins n'avaient pas été inclus dans l'analyse de ces questions sans réponse créant un biais d'analyse et pouvant nuire à la qualité du questionnaire.

Mais ce type de situation était minoritaire par rapport au nombre de réponses correctes obtenues.

2.3. Biais de mesure :

Il s'agissait d'une enquête déclarative, les réponses étaient subjectives et ne correspondaient pas toujours à la réalité bien que l'échantillon de cette étude était identique à l'ensemble des médecins généralistes de l'Indre.

Les médecins avaient répondu aux questions en fonction de leurs estimations d'activité. Ce travail n'a pas été réalisé sous la forme d'un audit, les réponses étaient donc laissées à l'appréciation des médecins interrogés.

3. Résultats :

3.1. Activité des médecins généralistes :

3.1.1. Consultations hebdomadaires :

Dans cette étude, les médecins réalisaient en moyenne 129 actes par semaine.

Cette moyenne a été retrouvée dans plusieurs études. Dans les Deux-Sèvres, en 2013, Rémi Champeaux [36] constatait une moyenne à 128 actes par semaine. En Ile-de-France, en 2009, Sabrina Dias indiquait que les médecins interrogés pratiquaient en moyenne 119 actes de médecine générale par semaine [9]. En Midi-Pyrénées, en 2006, cette moyenne était de 137 actes par semaine [35]. Au niveau national, en 2004, il était noté 97,2 actes en moyenne [41]. Nous sommes donc au-dessus de cette moyenne nationale.

3.1.2. Consultations hebdomadaires selon le sexe :

Les femmes travaillaient significativement moins que les hommes (115 versus 134) [Figure 18].

En Ile-de-France, la moyenne d'acte était de 108,6 pour les femmes et de 126,2 pour les hommes [9]. En Bretagne, dans le travail de Gwénola Levasseur [34], la moyenne était de 99 actes pour les femmes contre 126 pour les hommes. Ce phénomène s'observe également dans les thèses de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal [35] en 2006 et de Rémi Champeaux [36] en 2013. Le Dr Laurence Wittke, au cours des journées de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) remarquait que le travail des femmes était inférieur de 40% à celui des hommes généralement en raison de plages horaires plus courtes de 13% [42]. A l'instar d'autres milieux professionnels et de l'évolution du mode de vie, nombre de femmes médecins aménagent leur emploi du temps afin de mieux concilier vies professionnelle et personnelle.

3.2. Activité en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes :

3.2.1. Disparités dans la pratique de la gynécologie-obstétrique en médecine générale :

La moyenne des actes de gynécologie-obstétrique réalisés par les médecins généralistes de l'Indre était de 10 actes par semaine : 7,4% de gynécologie-obstétrique sur leur activité globale hebdomadaire.

Cette moyenne en nombre d'actes était identique aux études de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal en Midi-Pyrénées [35] et de Sabrina Dias en Ile-de-France [9].

Dans ces deux études ainsi que dans celle de Rémi Champeaux [36] dans les Deux-Sèvres, il était constaté une moyenne de 9%.

La part de l'activité en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre était moins importante que dans les autres régions ou département mais supérieure à la moyenne nationale. Selon l'observatoire de la SFMG, en 2009, les consultations de gynécologie représentaient 5% des consultations de médecine générale [43].

La majorité des médecins de notre étude (68%) réalisait moins de 10% d'actes de gynécologie-obstétrique : la moyenne était de 5,2% d'activité de gynécologie sur leur activité globale.

Sabrina Dias en Ile-de-France [9], Rémi Champeaux dans les Deux-Sèvres [36], Audrey Delannoy Eglinger à Lille [32] retrouvaient une moyenne à 9%

Cette activité de gynécologie-obstétrique comportait de grandes disparités [Figure 20]. Notamment, 7% des médecins interrogés réalisaient 20% ou plus de gynécologie-obstétrique.

Ces variations ont été également précisées dans l'étude de Gwenola Levasseur publiée en 2005 [34] et dans les thèses d'Audrey Delannoy Eglinger en 2009 [32] et Sabrina Dias en 2010 [9]

3.2.2. Un exercice très féminin :

Notre étude a démontré une différence significative dans la pratique de la gynécologie-obstétrique selon le sexe du médecin [Figure 21]. Les femmes réalisaient en moyenne 11% de gynécologie-obstétrique et les hommes 7% [Figure 22].

Les travaux sur le même sujet avaient mis en avant des écarts entre les femmes et les hommes [9, 35]. Sabrina Dias [9] a montré une moyenne à 12,6% d'actes de gynécologie-obstétrique pour les femmes et 4,8% pour les hommes.

Les résultats obtenus en Bretagne [34] et dans les Deux-Sèvres [36] n'ont pas enregistré de différence significative entre la pratique en gynécologie-obstétrique et le sexe du médecin.

La médecine générale se féminise, 42% des médecins généralistes sont des femmes en 2013 [5, Figure 4]. En 2020, le taux de femmes dans la profession serait de 50% [44]. La prise en charge gynécologique par les femmes médecins va augmenter. Toutefois, dans la mesure où elles réalisent moins d'actes de médecine générale que les hommes, elles ne seront pas suffisantes pour assurer ces prises en charge. Le suivi des femmes par les hommes médecins reste important.

3.2.3. Activité plus importante chez les 60 ans et plus :

38% des médecins de 60 ans ou plus avaient réalisé 10% ou plus de gynécologie-obstétrique versus 14% des 30-39 ans [Figure 23].

Ces résultats n'étaient pas en accord avec la thèse de Mme Dias [9] qui a démontré une activité de gynécologie-obstétrique plus importante chez les jeunes médecins.

Dans notre étude, les médecins de 60 ans ou plus effectuaient le plus grand nombre d'actes de médecine générale [Figure19] ce qui pourrait expliquer une plus grande activité de gynécologie-obstétrique. L'échantillon des 30-39 ans de l'étude était aussi très faible [Figure 11].

Cette génération des 60 ans ou plus correspond à une époque où les médecins généralistes faisaient tous les actes de médecine. Ils déléguaient moins aux spécialistes d'organes.

Ces résultats ont été retrouvés dans la part de l'activité de gynécologie-obstétrique selon l'année d'installation [Figure 24].

Ils étaient seulement confirmés dans la thèse d'Anne Ména [45] qui a noté une activité gynécologique plus importante chez les médecins de plus de 50 ans.

3.2.4. Activité plus importante en milieu citadin :

Dans l'étude, la part d'actes de gynécologie-obstétrique des médecins exerçant en milieu citadin était significativement plus importante par rapport au milieu rural [Figure 25].

Ces résultats ont été énoncés dans la thèse menée en Ile-de France [9] mais la proportion de médecins exerçant en milieu citadin était très importante (82%) ce qui ne permettait pas des résultats concluants. Dans le travail réalisé en Midi-Pyrénées [35] et dans les Deux-Sèvres [36], la proportion de médecins ruraux était plus importante mais aucune différence n'avait été retrouvée. Le fait d'être éloigné d'un gynécologue n'avait pas d'influence sur la pratique en gynécologie-obstétrique.

3.2.5. Motifs de consultation :

Les 3 motifs les plus fréquemment abordés par les médecins généralistes de l'Indre étaient : la contraception (89%), la grossesse (53%) et le suivi régulier (52%) [Figure 28].

En 1999, dans l'écrit « Gynécologie et santé des femmes » [46], les motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale étaient la contraception (35%), la ménopause (23,8%) et le suivi de grossesse (18,1%). En 2001, Anne Ména [45] confirmait que la contraception était le motif le plus fréquent mais suivi par les douleurs pelviennes et les pathologies infectieuses. En 2005, en Bretagne [34], la contraception était en tête des motifs de consultation gynécologique (64,7%). En 2010, en Ile-de-France [9], ces motifs de consultation étaient identifiés dans le même ordre de fréquence. En 2010, en Haute-Vienne, Nadège Lauchet [47] attestait que la contraception était le premier motif de consultation.

Les principaux motifs de consultation relevaient de la gynécologie courante. Le dépistage par les réalisations des frottis cervico-vaginaux et des vaccins anti-HPV, l'examen clinique des seins, la prescription de mammographies faisaient partis du suivi régulier.

3.2.6. L'examen gynécologique :

Dans l'Indre, 90% des médecins généralistes pratiquaient l'examen gynécologique (pose de spéculum et toucher vaginal) avec une prédominance féminine (96% des femmes versus 88% des hommes) [Figure 29].

En Ile-de France [9], 74,5% d'entre eux réalisaient cet examen (80% des femmes versus 71% des hommes). En Bretagne [34], 75% des médecins l'effectuaient.

Cette différence entre les études pourrait se justifier par l'accès plus facile à une consultation gynécologique en Ile-de-France et en Bretagne par rapport au département de l'Indre.

3.2.7. Les raisons de la faible activité en gynécologie-obstétrique de certains médecins :

- Le manque de demande : 42% des médecins généralistes de l'Indre pratiquant peu ou pas de gynécologie-obstétrique avaient avancé cet argument en premier et quelque soit le sexe (prédominance chez les femmes 75% versus 38%) [Figure 31].

Dans la thèse de Sabrina Dias [9] et de Rémi Champeaux [36], cet argument arrivait respectivement en quatrième et septième position. Les femmes l'avaient moins cité que les hommes.

Les patientes sont peu informées sur le rôle du médecin généraliste dans leur suivi. D'après une étude réalisée par l'institut BVA en 2008 [48] : « *seules 20% des femmes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique et que les gynécologues médicaux sont de moins en moins nécessaires* ».

Il semble nécessaire de diffuser une meilleure information aux patientes concernant le rôle d'un médecin généraliste dans la pratique en gynécologie-obstétrique.

- La présence de gynécologue à proximité : cité en deuxième position quelque soit le sexe [Figure 31].

Dans les thèses réalisées en Ile-de-France [9] et dans les Deux-Sèvres [36], c'était respectivement le premier et deuxième argument d'une faible activité en gynécologie-obstétrique.

- Le manque de temps : cité par 31% des médecins masculins de l'Indre contre aucune femme médecin [Figure 31].

Dans les enquêtes faites en 2010 [9] et 2013 [36], ce frein à la réalisation de la gynécologie-obstétrique était cité plus fréquemment par les femmes. Ce qui va à l'encontre des résultats trouvés dans notre étude.

Les motifs de consultation en médecine générale sont souvent multiples et aborder un problème supplémentaire de gynécologie-obstétrique nécessiterait davantage de temps. Le médecin désirant faire de la gynécologie-obstétrique devrait donc prévoir une consultation centrée sur le motif gynécologique.

- Le manque d'intérêt personnel : cité en quatrième position (25%) mais par aucun médecin femme [Figure 31].

Pour Sabrina Dias [9] et Rémi Champeaux [36], cet argument était moins cité par le sexe féminin.

Ce manque d'intérêt pourrait s'expliquer par un manque d'aisance des praticiens du fait d'un manque de formation (argument cité par 17% des médecins généralistes de l'Indre). Les femmes médecins se sentant plus concernées par le sujet y porteraient plus d'intérêt que les hommes.

- Le sexe du médecin : cité par deux médecins hommes et commentaires faits par deux hommes et une femme à la fin du questionnaire : « Le fait d'être une femme et mon collègue un homme, augmentent mes activités », femme-39 ans.

Dans la thèse réalisée en 2013 [36], cet argument était cité par 68% des médecins hommes et 40% des femmes. Dans le travail effectué en Bretagne [34], la réticence des patientes (principalement relatif au sexe du médecin généraliste) était le premier argument évoqué.

Les patientes sont plus à l'aise pour expliquer leurs problèmes gynécologiques à une femme. Compte tenu de la relation médecin-patient qui peut s'avérer parfois proche avec un médecin généraliste, les patientes préféreront consulter un gynécologue qu'elles voient moins souvent.

3.3. Dépistage et prévention :

Il s'agissait du deuxième motif de consultation de gynécologie au cours de la dernière semaine des médecins généralistes de l'Indre [Figure 42].

3.3.1. Le frottis cervico-vaginal :

Le frottis cervico-vaginal permet le dépistage et la prévention du cancer du col de l'utérus.

Dans cette étude, 76% des médecins le réalisaient dont 95% par les femmes médecins versus 70% par les hommes [Figure 33]. Cette différence était significative.

Les médecins généralistes de 40-49 ans réalisaient le plus de frottis [Figure 34]. Cette tranche d'âge était la plus nombreuse à avoir le DIU de gynécologie-obstétrique [Figure 44].

En Ile-de France [9] et à Toulouse [35], respectivement 39% (56% par les femmes et 28% par les hommes) et 37,5% des médecins effectuaient les frottis.

L'étude « Gynécologie et santé des femmes : état des lieux et perspectives en 2020 » [44], montrait que 90% des frottis étaient réalisés par les gynécologues, le nombre de médecins généralistes qui en faisaient était en constante diminution.

Ces résultats ne concordaient pas avec ceux retrouvés chez les médecins généralistes de l'Indre. Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que ces études [9, 35] comportaient essentiellement des médecins exerçant en milieu urbain, l'accès à un gynécologue étant plus facile.

A contrario, dans les Deux-Sèvres [36] et en Bretagne [34], 92% et 78% des médecins généralistes faisaient les frottis.

La femme médecin pourrait se sentir plus concernée par le cancer du col et donc sensibilisée à la réalisation des frottis.

Malgré ces résultats encourageants constatés dans l'Indre en matière de dépistage et prévention, un effort de formation resterait à faire pour donner une accessibilité maximale à ce dépistage : développer des FMC sur ce thème avec des mises en pratique, promouvoir le DIU de gynécologie-obstétrique. Dans les commentaires libres de notre étude, une femme de 44 ans ne savait pas que le DIU existait. Pour les médecins déclarant ne pas réaliser les frottis, ils devaient adresser leurs patientes au gynécologue ou en laboratoire (gain de temps) mais cela pourrait aussi signifier une attention insuffisante accordée à la prévention. Le frein financier pour les actes de gynécologie tendrait aussi limiter la pratique des frottis. Il paraît donc nécessaire de revaloriser cet acte ou de l'inclure dans un dépistage organisé.

3.3.2. La palpation des seins et la prescription de mammographies :

Dans l'Indre, 98% des médecins pratiquaient l'examen des seins et 96% prescrivaient une mammographie.

Dans leurs travaux, Sabrina Dias [9], Gwénola Levasseur [34] et Rémi Champeaux [36] avaient des résultats comparables.

Il semblerait que ces médecins soient impliqués dans le dépistage du cancer du sein, en plus du dépistage organisé à l'échelle nationale proposé tous les deux ans aux femmes de 50 à 74 ans [49, 50].

3.4. Contraception :

Dans l'Indre, la prise en charge de la contraception par le médecin généraliste était son action principale dans le domaine de la gynécologie-obstétrique [Figure 42].

3.4.1. Les nouveaux moyens contraceptifs :

Les médecins généralistes de l'Indre en prescrivaient peu : 45% avec une prédominance féminine [Figure 35]. Il s'agissait essentiellement de jeunes prescripteurs : les 30-39 ans : 71%, les 40-49 ans : 59% contre moins de 50% pour les plus de 50 ans [Figure 36].

Mme Dias [9] en 2009 démontrait les mêmes résultats : 43,2% en prescrivaient avec une différence significative constatée entre les jeunes médecins et les plus de 60 ans.

Selon une étude menée en 2007 par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) [50], 56% et 52% de l'échantillon interrogés (hommes et femmes de 15 à 75 ans) ne connaissaient pas l'anneau et le patch. L'utilisation de ces nouveaux contraceptifs était inférieure à 2%, constat probablement justifié par une mise sur le marché relativement récente (2004 pour l'anneau, 2002 pour le patch).

Le manque de connaissance (surtout des médecins de plus de 50 ans) et de formation des généralistes sur ces moyens de contraception pourraient être la raison de leur faible prescription. Les patientes seraient mal informées des différentes contraceptions.

3.4.2. L'implant contraceptif :

Dans cette enquête, seulement 18% des médecins généralistes pratiquaient la pose de cet implant : 8% de femmes et 22% d'hommes [Figure 35]. Comme pour les nouveaux moyens contraceptifs, il existait une différence entre les médecins de 30-39 ans (43% posaient des implants) et les plus de 40 ans [Figure 37].

Sabrina Dias [9] constatait que 90% des médecins ne posaient pas d'implants. La différence entre le sexe et les tranches d'âge n'était pas retrouvée.

L'Implanon® (commercialisé en 2001) est un mode de contraception récent pour les généralistes. Le faible pourcentage retrouvé dans les études peut être lié à une méconnaissance de ce produit, à l'absence de formation ou d'aisance lors de sa pose. Les médecins peuvent aussi craindre les difficultés liés à son retrait. Il est nécessaire que les médecins généralistes élargissent leur formation pratique pour l'apprentissage des gestes techniques permettant ainsi de proposer des méthodes de contraception plus larges aux patientes.

3.5. Suivi de grossesse :

Il s'agissait du quatrième motif de consultation de gynécologie au cours de la dernière semaine des médecins de l'Indre [Figure 42].

82% de ces médecins affirmaient suivre des grossesses. Il n'existait pas de différence entre le sexe et l'âge des médecins [Figures 38, 39].

A Lille [32] et à Nantes [51], respectivement 85% et 87% des médecins généralistes interrogés suivaient des grossesses. En Ile-de-France [9], ces résultats n'étaient pas démontrés (66%).

Ces différences pourraient s'expliquer par une densité de gynécologues plus faible qu'en Ile-de-France [5] entraînant ainsi une plus forte demande des patientes auprès des généralistes pour la prise en charge d'une grossesse. La consultation du généraliste étant plus accessible que celle d'un gynécologue, il est le premier intervenant. De moins en moins nombreux, les gynécologues-obstétriciens ne pourront pas suivre toutes les grossesses.

La place des médecins généralistes dans le suivi de grossesse est définie par la HAS [52]. Ils assurent le suivi de première ligne des grossesses normales et orientent les femmes vers les spécialistes en cas de complications.

Mais ce suivi obstétrical demande des connaissances (formations théorique et pratique) et du temps car les consultations peuvent être longues. Les responsabilités médico-légales ne sont pas négligeables : commentaires notés à la fin du questionnaire par deux hommes : « pour l'obstétrique, je n'aime pas : problèmes de connaissance et surtout médico-légaux... », « le risque médico-légal est élevé en gynécologie-obstétrique ce qui ne m'encourage pas à augmenter mon activité ».

3.6. Ménopause :

Ce thème figurait au troisième rang des motifs de consultation de la dernière semaine de l'enquête [Figure 42]. Notre étude s'était intéressée uniquement à la prise en charge de la ménopause par le THS qui n'est pas le seul traitement possible. Lors de la ménopause, les femmes peuvent également ne prendre aucun traitement.

Dans l'Indre, 83% des médecins prescrivaient des THS. Les 60 ans ou plus étaient les plus nombreux à prescrire (90%) suivis des 50-59 ans (85%) [Figure 41].

Ces mêmes résultats ont été cités dans la thèse de Mme Dias [9] avec également une prescription plus importante des 60 ans ou plus.

Ces différences de prescription entre les médecins selon les tranches d'âge pourraient s'expliquer par l'âge des patientes et des médecins eux-mêmes : les médecins âgés ayant une clientèle plus âgée.

A partir de mai 2004, ce traitement a été soumis à des recommandations strictes concernant les règles de prescription. Ces recommandations ont été établies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et remettaient en question le rapport bénéfices/risques du THS (après la réalisation d'études américaines de grande ampleur) [53]. Après 2004, le nombre de patientes sous THS a diminué progressivement. Les jeunes générations de médecins généralistes seraient plus informées pour prescrire ce traitement d'où une prescription plus importante des 60 ans et plus.

Mais le généraliste garde une place primordiale dans le suivi de la femme ménopausée.

3.7. Formation en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes :

3.7.1. La formation universitaire :

Ce travail a démontré que la formation en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre était avant tout universitaire (87%). 100% des médecins de 30-39 ans avaient cette formation [Figure 43].

Selon le travail de Sabrina Dias [9], la formation universitaire était citée par 83% des médecins. Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal [35] ont constaté que 62% des médecins étaient insatisfaits de leur formation initiale. Ces remarques ont été confirmées par d'autres études [54, 55, 56]. La formation des médecins généralistes étant en premier lieu universitaire, elle se déroule donc essentiellement pendant l'externat et l'internat.

Il est nécessaire d'améliorer la qualité de la formation universitaire en gynécologie-obstétrique des futurs médecins généralistes. La formation initiale actuelle proposée est sans obligation de formation à la gynécologie-obstétrique et ne permet pas d'avoir des connaissances suffisantes dans ce domaine pour la pratique en médecine générale. Les stages ambulatoires effectués chez les médecins généralistes durant le TCEM ne donnent pas aux internes la possibilité d'acquérir une expérience aux gestes de l'examen gynécologique du fait de l'insuffisance des mises en situations.

Définir durant le TCEM des objectifs de formation en gynécologie-obstétrique obligerait les internes à acquérir une compétence dans cette discipline sans que celle-ci soit basée uniquement sur leurs motivations.

Il faudrait proposer un ensemble de stages favorisant l'apprentissage de l'examen gynécologique « de base ». Les consultations gynécologiques sont les plus formatrices (lors d'un stage hospitalier, au planning familial ou même en cabinet de gynécologie libérale).

3.7.2. La Formation Médicale Continue :

58% des médecins généralistes de l'Indre suivaient cette formation avec une prédominance féminine (71% des femmes versus 53% des hommes) [Figure 43] mais sans différence par rapport à l'âge [Figure 44].

En Bretagne, Gwénola Levasseur [34] constatait que seulement 22% des médecins participaient à des FMC en gynécologie. Parmi les médecins ayant répondu, 64,5% y participaient pour améliorer leurs connaissances et pour appréhender les gestes techniques. En Ile-de-France, Sabrina Dias [9], 47% des médecins interrogés suivaient ces formations. Plus le médecin était âgé, plus la part de formation par FMC était importante. Ce résultat n'a pas été retrouvé dans notre étude [Figure 44].

Dans le travail de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal [35], la FMC était l'occasion d'aborder les nouveaux traitements (62%) et les gestes techniques (55%).

Le manque de temps et/ou l'accès au centre de formation sont probablement les principales raisons de la faible participation des médecins aux FMC.

3.7.3. Le DIU de gynécologie-obstétrique :

12% des médecins généralistes de ce travail avaient le DIU de gynécologie-obstétrique contre seulement 4% des médecins généralistes de l'étude de Mme Dias [9].

Ces faibles résultats pourraient s'expliquer par l'important investissement que nécessite ce diplôme.

3.8. Opinion des médecins généralistes sur l'augmentation de leur activité en gynécologie-obstétrique :

77% des médecins généralistes de l'Indre étaient favorables à une augmentation de leur activité en gynécologie-obstétrique si le besoin se présentait. Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à vouloir le faire (91% versus 72% des hommes) [Figure 45]. Ce constat se retrouvait également dans la tranche d'âge des 40-49 ans (93%) [Figure 46].

En Ile-de-France, 64% des médecins souhaitaient faire plus de gynécologie-obstétrique (75% des femmes et 57,5% des hommes).

Cette différence entre les femmes médecins et les hommes, constatée dans les deux études, pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ont une activité plus importante en gynécologie-obstétrique. Elles se sentent plus concernées par ce domaine. Ce comportement des généralistes complète les raisons expliquant la faible activité en gynécologie-obstétrique des médecins : gynécologue à proximité, manque de temps, manque de formation, le manque d'intérêt arrivant en quatrième position (25%).

CONCLUSION

La gynécologie-obstétrique est présente dans l'activité des médecins généralistes de l'Indre. Toutefois, elle ne représente que 7,4% de l'ensemble de leurs actes.

Si les écarts d'un médecin à l'autre sont dus au sexe, à l'âge, au lieu d'installation, à la formation reçue, ils dépendent surtout de l'intérêt que les généralistes portent à la gynécologie-obstétrique. Certains souhaitent développer cette activité, d'autres ne veulent pas s'engager dans un suivi gynécologique régulier.

Pourtant la pénurie annoncée des gynécologues médicaux et médico-obstétriciens plaide -à court terme- en faveur d'une redistribution du suivi des patientes des gynécologues vers les médecins généralistes.

Cela nécessiterait une reconnaissance de leur activité en gynécologie-obstétrique, de même les femmes ne devraient pas les consulter par défaut mais parce qu'elles ont confiance en leurs compétences.

Le généraliste doit être reconnu comme un interlocuteur privilégié, avec malgré tout des limites de disponibilité.

Pour concilier cette double problématique, il faudrait améliorer la formation initiale en gynécologie-obstétrique en rendant obligatoire au moins 3 mois de stage en gynécologie lors du TCEM, adapter une formation médicale continue adéquate, et favoriser les liens entre les professionnels de santé.

Pour le long terme, une action des pouvoirs publics -campagne d'information...- sensibilisant les femmes sur les activités possibles en gynécologie-obstétrique de leur médecin généraliste, faciliterait la redistribution des missions.

Il serait facile d'assurer une communication valorisante pour les médecins généralistes si les titulaires du DIU pouvaient l'indiquer sur leurs plaques et ordonnances, cette information sécurisant ainsi les patientes.

Aux médecins généralistes la prévention, le dépistage, la contraception, le suivi des grossesses normales, les infections génitales simples, aux gynécologues de se consacrer aux pathologies plus complexes.

Le premier a déjà la reconnaissance de ses patientes sur le plan « général », le second valoriserait sa spécialité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Guide du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale. Faculté de médecine de Lille-Université de Lille 2. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.hep.fr/DES/page1/page1.html>. (Page consultée le 2 juillet 2013)
- [2] Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J et al. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. WONCA Europe 2002. [En ligne]. Disponible sur : <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>. (Page consultée le 30 décembre 2012)
- [3] Comité de Défense de la Gynécologie Médicale. Définition de la gynécologie médicale. Avril 2005. [En ligne]. Disponible sur : http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=25. (Page consultée le 07 août 2013)
- [4] Polton D. Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires. Paris : La Documentation Française ; 2000. Commandité par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale-Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000375/0000.pdf>. (Page consultée le 07 août 2013)
- [5] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2013. [En ligne]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_national_2013.pdf. (Page consultée le 22 mai 2013).
- [6] Gatin B. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ouvre ses portes aux généralistes. Panorama du Médecin, novembre 2006, n°5038, p.65.
- [7] Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Compte rendu de l'audition des gynécologues médicaux du 2 février 2011. [En ligne]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf. (Page consultée le 20 novembre 2012)
- [8] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2012. Tome 2. [En ligne]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2012_tome2.pdf. (Page consultée le 22 mai 2013)
- [9] Dias S. État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France. Thèse de Médecine Générale. Paris : Université de Paris Diderot-Paris 7, 2010, 139 p.
- [10] Fauvet L. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Les médecins au 1^{er} janvier 2012. Études et Résultats ; mars 2012. N°796. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er796.pdf>. (Page consultée le 22 novembre 2012)
- [11] Martial F, Naudy-Fesquet I, Roosz P et al. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Tableaux de l'économie Française. Édition 2013. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2013/tef2013.pdf>. (Page consultée le 27 juillet 2013)

[12] Arrêté du 21 décembre 2012 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2012-2013. Journal Officiel de la République Française n°0009. Paru le 11 janvier 2013 ; texte n°15 : p. 846.

[13] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Études et Résultats ; février 2009. N°679. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>. (Page consultée le 22 novembre 2012)

[14] Le Breton-Lerouillois G. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Centre : situation au 1^{er} juin 2011. [En ligne]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Centre_2011.pdf. (Page consultée le 02 août 2013)

[15] Billaut A, Breuil-Genier P, Collet M et al. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques Les évolutions démographiques des professions de santé, 2006. [En ligne]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06zj.pdf. (Page consultée le 28 juillet 2013)

[16] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2009. [En ligne]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2009_0.pdf. (Page consultée le 22 mai 2013)

[17] Association Nationale des Étudiants en Médecine de France. Déroulement des études médicales. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.anemf.org/-Etudes-medicales-362697-.html>. (Page consultée le 10 juillet 2013)

[18] Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales. Journal Officiel de la République Française n°0087. Paru le 13 avril 2011 ; texte n°34 : p. 6514.

[19] Faculté de Médecine de Limoges. Première Année Commune aux Études de Santé (PACES). [En ligne]. Disponible sur : <http://www.medecine.unilim.fr/spip.php?rubrique106>. (Page consultée le 10 juillet 2013)

[20] Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Maquette du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale. Journal Officiel de la République Française n°233. Paru le 6 octobre 2004 ; texte n°23 : p. 17076.

[21]. Association des Internes en Gynécologie Médicale. Qu'est-ce que la gynécologie médicale et son historique. [En ligne]. Disponible sur : http://aigm.asso.fr/wp/?page_id=49. (Page consultée le 10 juillet 2013)

[22] Comité de Défense de la Gynécologie Médicale. Historique de la gynécologie médicale. [En ligne]. Disponible sur : http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=27. (Page consultée le 10 juillet 2013)

[23] Décret n°2003-85 du 30 janvier 2003 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Journal Officiel de la République Française n°27. Paru le 1^{er} février 2003 ; texte n°8 : p. 2002.

[24] Lettre ouverte à Monsieur Jean-François Mattei des opposants au Diplôme d'Études Spécialisées de Gynécologie Médicale, mars 2003. [En ligne]. Disponible sur : http://www.snjmg.org/infos/commu/lettre_mattei.html. (Page consultée le 13 juillet 2013)

[25] Contribution Association des Internes en Gynécologie Médicale, Audition de la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat : « DES de gynécologie médicale. État des lieux et perspectives de la formation à la pratique ». 12 juillet 2010.

[26] Association des Internes en Gynécologie Médicale. Maquette du Diplôme d'Études Spécialisées de Gynécologie Médicale. [En ligne]. Disponible sur : http://aigm.asso.fr/wp/?page_id=130. (Page consultée le 10 juillet 2013)

[27] Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation. Maquette du Diplôme d'Études Spécialisées de Gynécologie Obstétrique. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.agof.info/forum-de-l-agof/actions-agof/item/100-maquette-du-des-de-gyn%C3%A9cologie-obst%C3%A9trique.html>. (Page consultée le 10 juillet 2013).

[28] Arrêté du 1^{er} juillet 2013 fixant au titre de l'année universitaire 2013-2014 le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par inter région, discipline et spécialité ainsi que leur répartition par centre hospitalier universitaire. Journal Officiel de la République Française n°0156. Paru le 7 juillet 2013 ; texte N°4 : p. 11327.

[29] Nombre de postes et rangs en gynécologie médicale pour l'examen national classant de 2004 à 2013. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html>. (Page consultée le 10 juillet 2013)

[30] Diplôme Inter-Universitaire de gynécologie-obstétrique pour le médecin généraliste. Université François Rabelais. Tours. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.univ-tours.fr/formations/d-i-u-de-gynecologie-obstetrique-pour-le-medecin-generaliste-297063.kjsp>. (Page consultée le 17 août 2013)

[31] Bras PL, Dr Duhamel G (Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales). Formation Médicale Continue et Évaluation des Pratiques Professionnelles des médecins. Paris : La documentation française ; novembre 2008. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000751/0000.pdf>. (Page consultée le 20 août 2013)

[32] Delannoy Eglinger A. A Propos du suivi gynécologique : médecin généraliste ou spécialiste : étude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie. Thèse de Médecine Générale. Lille : Université de Lille 2, 2009, 85 p.

[33] Les consultations en métropole. [En ligne] Disponible sur : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/dans-le-cadre-du-parcours-de-soins-coordonnes.php>. (Page consultée le 28 août 2013)

[34] Levasseur G et al. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique, 2005, 17, 1, p. 109-119.

[35] Costes M, Louzeau Arnal G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse de Médecine Générale. Toulouse : Université de Toulouse 3, 2006, 106 p.

- [36] Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. Thèse de Médecine Générale. Poitiers : Université de Poitiers, 2013, 116 p.
- [37] Halbardier K. L'activité gynéco-obstétricale des médecins généralistes du Cher. Thèse de Médecine Générale. Tours : Université de Tours, 2002, 102 p.
- [38] Mauran N. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique : enquête auprès des médecins landais. Thèse de Médecine Générale. Bordeaux : Université de Bordeaux 2, 2006, 140 p.
- [39] Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux du Centre. Base de données. Actualisée au 1^{er} août 2013. [En ligne]. Disponibles sur : <http://www.urpsml-centre.org/article/accueil>. (Page consultée le 14 août 2013)
- [40] Agence Régionale de Santé du Centre, Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Centre, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social, 2012. [En ligne]. Disponibles sur : http://www.ars.centre.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet_ARS/Votre_ARS/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/Statiss_2012.pdf. (Page consultée le 13 juillet 2013)
- [41] Garry F, Bonnet N. L'emploi du temps des médecins généralistes libéraux selon leurs modes d'organisation. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Présentation effectuée dans le cadre du colloque organisé par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques sur les modes d'organisation et de consultation des praticiens libéraux. Paris ; 16 juin 2004.
- [42] Wittke L. La féminisation d'une profession s'accompagne t-elle d'une pratique spécifique aux femmes médecins. Documents de recherches en médecine générale. Paris : SFMG, 1998, n°50, p. 12-14. [En ligne]. Disponible sur : http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/447/fichier_dr50_journae_de_com_1997a_111c.pdf. (Page consultée le 17 août 2013)
- [43] Société Française de Médecine Générale-Observatoire de Médecine Générale. Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2009. [En ligne]. Disponible sur : <http://omg.sfmfg.org>. (Page consultée le 29 août 2013)
- [44] Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R et al. Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir en France ? État des lieux et perspective en 2020. Paris : éditions ESKA, juin 2000, 191 p.
- [45] Mena A. Prise en charge de la gynécologie et de l'obstétrique en cabinet de médecine générale. Thèse de Médecine Générale. Toulouse : Université de Toulouse 3, 2001, 173 p.
- [46] Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R et al. La prise en charge des femmes françaises, la prise en charge gynécologique : Observatoire Thalès, étude n°2769, septembre 1999. Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir en France ? État des lieux et perspective en 2020 : Paris : éditions ESKA, juin 2000, p. 38. [En ligne]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm. (Page consultée le 29 mai 2013)
- [47] Lauchet N. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne : obstacles et besoins de formation identifiés. Thèse de Médecine Générale. Limoges : Université de Limoges, 2010, 120 p.

[48] Institut BVA. Institut d'études de marché et d'opinion. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique, novembre 2008. Sondage réalisé par la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale [En ligne]. Disponible sur : http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf. (Page consultée le 27 août 2013)

[49] Haute Autorité de Santé. Recommandations pour les professionnels de santé Recommandations pour la participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France, novembre 2011. [En ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/fiche_de_synthese_-_4_pages_-_participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-03_09-41-16_837.pdf. (Page consultée le 27 août 2013)

[50] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Les Français et la contraception, mars 2007. [En ligne]. Disponible sur : http://www.choisirscontraception.org/pdf/francais_et_contraception.pdf. (Page consultée le 27 août 2013)

[51] Humeau-Aubin S. Gynécologie médicale et médecine générale. Thèse de Médecine Générale. Nantes : Université de Nantes, 2004, 67 p.

[52] Haute Autorité de Santé. Recommandation pour les professionnels de santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, mai 2007. [En ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf. (Page consultée le 27 août 2013)

[53] Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé-Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Rapport d'orientation, mai 2004. [En ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/th_s_rap.pdf. (Page consultée le 27 août 2013)

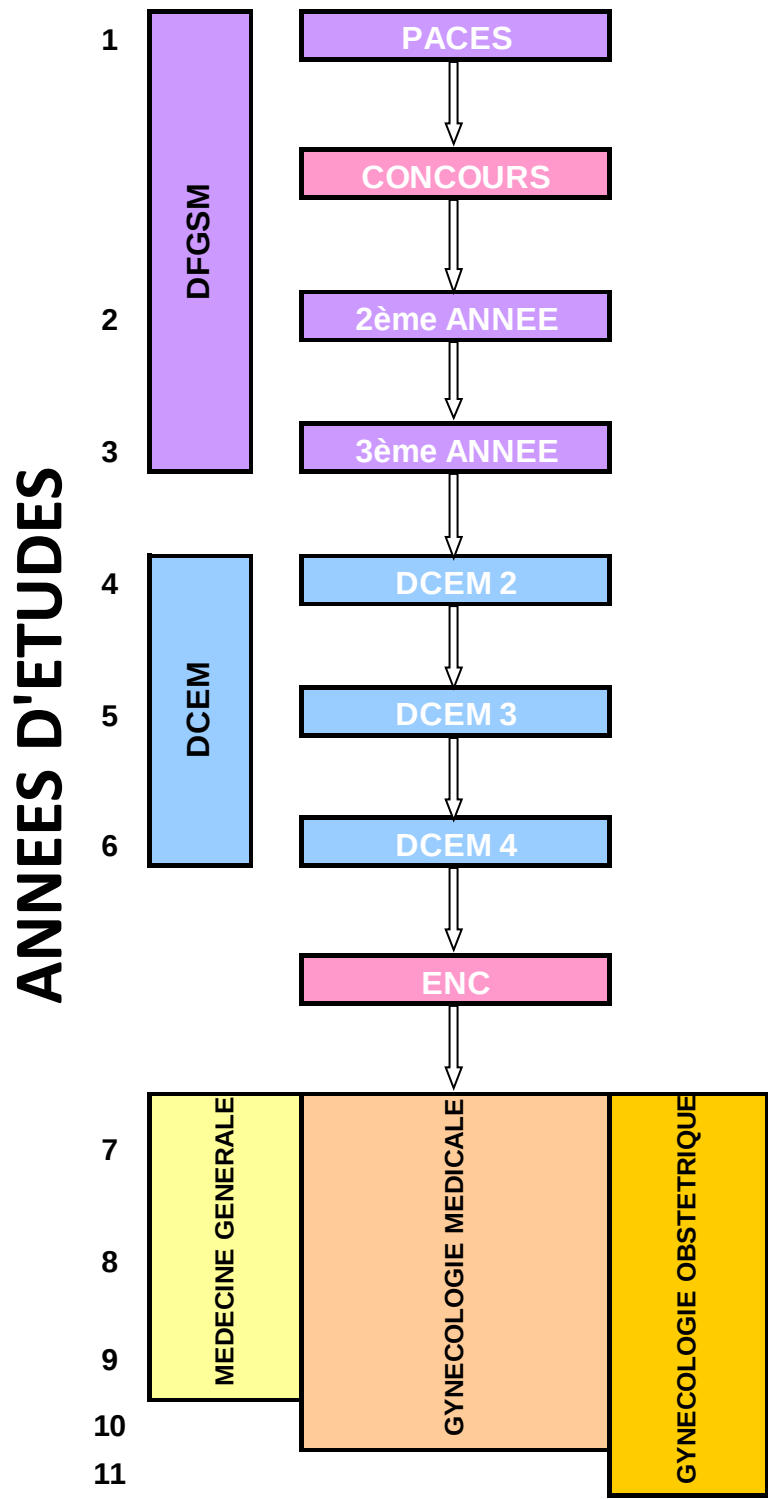
[54] Nicolle C. Les besoins de formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique. Thèse de Médecine Générale. Toulouse : Université de Toulouse 3, 2004, 138 p.

[55] Auney S. Activité gynécologique des médecins généralistes. Thèse de Médecine Générale. Toulouse : Université de Toulouse, 2001, 80 p.

[56] Chambenoit B. La formation médicale initiale à l'examen gynécologique des médecins généralistes dans la région Centre : où et comment sont-ils formés ? Thèse de Médecine Générale. Tours : Université de Tours, 2011, 175 p.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Schéma des études médicales :



ANNEXE 2 : Questionnaire :

État des lieux de la pratique de gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de l'Indre

I-Données sociodémographiques :

1- Âge :

2- Sexe :

3- Année d'installation :

4- Zone d'exercice :

☐ Rural

☐ Semi-rural

☐ Citadin

5- Mode d'exercice :

- ☐ Seul

☐ En association avec des médecins généralistes

☐ En association avec d'autres spécialistes

- ☐ Secteur 1

☐ Secteur 2

6- Distance avec un gynécologue (libéral ou Centre Hospitalier) :

7- Nombre d'actes de médecine générale en moyenne par semaine :

Dont % de gynécologie-obstétrique.

II-Évaluation globale de votre activité de gynécologie :

8- Dans quelles circonstances pratiquez-vous de la gynécologie ?

☐ En urgence

☐ Sur demande de la patiente

☐ Suivi régulier

9- Quels sont dans votre patientèle les 3 motifs de consultation gynéco-obstétriques les plus fréquents?

☐ Suivi régulier

☐ Douleurs pelviennes

☐ Contraception

☐ Aménorrhées

☐ Pathologies infectieuses

☐ Métrorragies

☐ Grossesse

☐ Infertilité

☐ Allaitement

☐ Pathologies mammaires

☐ Ménopause

☐ Contraception d'urgence

☐ Autre :

10- Pratiquez-vous des examens gynécologiques (pose de spéculum, touchers vaginaux)?

☐ OUI

☐ NON

11- Si vous ne pratiquez pas ou peu de gynéco-obstétrique, quelles sont les raisons de ce choix ? *Plusieurs réponses possibles*

☐ Manque de temps

☐ Manque d'intérêt personnel

☐ Manque de demande

☐ Manque de formation

☐ Présence de gynécologues à proximité

☐ Autre :

III-Dépistage et prévention :

- 12- Pratiquez-vous des frottis cervico-vaginaux ?
☐ OUI ☐ NON
- 13- Pratiquez-vous l'examen clinique des seins ?
☐ OUI ☐ NON
- 14- Prescrivez-vous des mammographies?
☐ OUI ☐ NON
- 15- Prescrivez-vous les vaccins anti-HPV ?
☐ OUI ☐ NON

IV-Contraception :

- 16- Dans votre pratique quotidienne êtes-vous amenés à :
- instaurer une pilule : ☐ OUI ☐ NON
- renouveler une pilule : ☐ OUI ☐ NON
- 17- Prescrivez-vous les nouveaux moyens de contraception (anneau vaginal, patch) ?
☐ OUI ☐ NON
- 18- Pratiquez-vous la pose de Dispositifs Intra Utérins (stérilet)?
☐ OUI ☐ NON
- 19- Pratiquez-vous la pose d'implants contraceptifs ?
☐ OUI ☐ NON

V-Suivi de grossesse :

- 20- Suivez-vous des grossesses ?
☐ OUI ☐ NON

VI-IVG médicamenteuse :

- 21- Pratiquez-vous des IVG médicamenteuses au sein de vote cabinet ?
☐ OUI ☐ NON

VII-Ménopause :

- 22- Prescrivez-vous des Traitements Hormonaux de la Ménopause ?
☐ OUI ☐ NON
- Si oui, il s'agit plutôt de :
☐ Renouvellement ☐ Instauration ☐ Les 2

VIII-Répartition de votre activité de gynécologie-obstétrique :

- 23- Nombres d'actes au cours de votre dernière semaine dans chacun des domaines suivants :
- | | |
|------------------------|----------------------|
| Dépistage-prévention : | Contraception |
| Suivi de grossesse : | IVG médicamenteuse : |
| Ménopause : | |

IX-Formation en gynécologie-obstétrique :

24- Quelle est votre formation en gynécologie-obstétrique : *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ Formation initiale universitaire (externat ou internat) | ☐ FMC |
| ☐ DIU de gynécologie pour les médecins généralistes | ☐ Littérature |
| ☐ Internet | |
| ☐ Autres : | |

25- Accepteriez-vous de faire davantage de gynécologie-obstétrique si le besoin se présentait?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ OUI | ☐ NON |
|------------------------------|------------------------------|

X-Commentaires libres :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre participation.

ANNEXE 3 : Lettre explicative :

Melle Lucie DESMOND
27 rue Honoré de Balzac
87100 Limoges
06.66...
10desmond@dumg-tours.fr

Châteauroux, le 07 janvier 2013

Chers confrères,

Actuellement en 5^{ème} semestre de médecine générale, je réalise ma thèse sur l'activité en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes.

En effet, en 2012, 1527 gynécologues médicaux exercent contre une prévision de 1259 en 2017. Les médecins généralistes vont donc être amenés à voir leur activité de gynécologie-obstétrique augmenter.

Par le biais de cette thèse, je souhaite évaluer la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre.

Cette étude est dirigée par le Dr Turpin, médecin généraliste à Chatillon-sur-Indre. Il s'agit d'une étude anonyme menée auprès des médecins généralistes de l'Indre. Aussi, je me permets de vous adresser ce questionnaire. Vos questionnaires sont munis d'un identifiant édité par l'URPS Médecins Libéraux qui m'apporte une aide logistique. Vos réponses me seront transmises anonymisées.

Je vous remercie par avance de votre collaboration et du temps que vous y consacrerez.

Je souhaiterais une réponse avant le 10 février 2013.

Pour plus d'informations, vous vous pouvez me contacter par téléphone ou mail.

Cordialement

Lucie DESMOND

ANNEXE 4 : Lettre explicative lors de la relance :

Melle Lucie DESMOND
27 rue Honoré de Balzac
87100 Limoges
06.66...
10desmond@dumg-tours.fr

Châteauroux, le 08 février 2013

Chers confrères,

Il y a quelques semaines, vous avez reçu un questionnaire concernant l'activité en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre, dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Je me permets de revenir vers vous, n'ayant pas eu de réponse de votre part.

Votre avis nous intéresse beaucoup.

Je vous serais très reconnaissante de bien vouloir y répondre avant le 1^{er} mars 2013.

Je vous remercie par avance de votre collaboration et du temps que vous y consacrerez.

Pour plus d'informations, vous pouvez me contacter par téléphone ou mail.

Cordialement

Lucie DESMOND

ANNEXE 5 : Courrier de remerciement pour l'URPS des Médecins Libéraux du Centre :

Courriel envoyé le lundi 30 septembre :

Chers confrères,

Avant que je ne vous adresse ma thèse pour le doctorat de médecine générale intitulée :

Analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre

Je tenais à vous adresser toute ma reconnaissance professionnelle car sans votre aide et la bienveillante complicité des médecins généralistes ma tâche aurait été impossible.

Je vous prie de recevoir mes plus sincères remerciements à transmettre également à l'ensemble des médecins généralistes du département.

A l'issue de ma soutenance qui est fixée le 18 octobre, je vous remettrai un exemplaire pour que vous puissiez prendre connaissance des résultats et conclusions issus du questionnaire envoyés aux généralistes de l'Indre.

Très cordialement

Lucie DESMOND

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

DESMOND Lucie

86 pages - 46 figures - 5 annexes

Résumé :

Contexte : Le médecin généraliste, qualifié en soins primaires, est un spécialiste ayant une place légitime dans le suivi gynécologique des femmes. La pénurie constatée de gynécologues provoque un transfert du suivi gynécologique vers le médecin généraliste. L'objectif de cette étude était d'analyser la pratique actuelle des médecins généralistes de l'Indre en gynécologie-obstétrique.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, transversale. Un questionnaire en 10 parties a été envoyé début janvier 2013 par voie postale aux 177 médecins généralistes de l'Indre. Après une relance, la date limite de réponse était le 1^{er} mars 2013.

Résultats : Le taux de réponses était de 57%. Par semaine, la gynécologie-obstétrique représentait 7,4% de l'activité globale des médecins généralistes. Les femmes en réalisaient 11% et les hommes 7%. 55% des femmes versus 25% des hommes en faisaient 10% ou plus ($p=0,012$). 38% des médecins de 60 ans ou plus contre 14% des 30-39 ans effectuaient 10% ou plus de gynécologie-obstétrique par semaine ($p=0,37$). 50% des médecins citadins contre 18% des ruraux avaient une activité de 10% ou plus de gynécologie-obstétrique ($p=0,008$). 87% des actes étaient faits sur demande de la patiente. 36% des médecins avaient déclaré réaliser peu ou pas de gynécologie-obstétrique. 95% des médecins femmes versus 70% des hommes pratiquaient les frottis cervico-vaginaux ($p=0,009$). Les 60 ans ou plus en faisaient le moins ($p=0,008$). 71% des médecins étaient favorables à l'augmentation de leur activité en gynécologie-obstétrique selon le contexte.

Conclusion : La pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de l'Indre avec une prédominance féminine fait partie intégrante de leur activité globale. Avec l'évolution de la démographie médicale, les médecins généralistes seront de plus en plus sollicités pour le suivi gynécologique.

Mots clés :

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| - Médecins généralistes | - Formation médicale |
| - Gynécologie-obstétrique | - Contraception |
| - Démographie médicale | - Suivi de grossesse |

Jury :

Président de Jury : Monsieur le Professeur Gilles BODY

Membres du jury : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE

Monsieur le Professeur Franck PERROTIN

Madame le Docteur Françoise BANDALY

Monsieur le Docteur Guy TURPIN

Date de la soutenance : 18 octobre 2013