

UNIVERSITÉ DE CAEN – NORMANDIE

-----

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

**Année 2018**

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 9 Novembre 2018.

Par

Mlle Marie LOYER

Née le 09 Mars 1991 à Villepinte (93)

**TITRE DE LA THESE :**

**LES FREINS A LA PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE -  
OBSTETRIQUE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA  
MANCHE.**

**Président : Monsieur le Professeur BENOIST Guillaume**

Membres : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Madame le Professeur FAUVET Raffaèle

Monsieur le Docteur RUAULD Stéphane

Madame le Docteur DE JAEGHER-NOEL Sophie

**Directeurs de thèse : Pr BENOIST & Dr RUAULD**



Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
	<small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
	<small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale

Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

#### **PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN**

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

#### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillessement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

#### **PRCE**

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------



<b>M.</b>	<b>SESBOÛÉ Bruno</b>	Physiologie
<b>M.</b>	<b>TOUTIRAIS Olivier</b>	Immunologie
<b>M.</b>	<b>VEYSSIERE Alexis</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

<b>Mme</b>	<b>ABBATE-LERAY Pascale</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)</b>	Médecine générale
<b>Mme</b>	<b>DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>LE BAS François (fin 31/08/19)</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)</b>	Médecine générale

# SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses: Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

# REMERCIEMENTS

Un grand merci au Professeur Guillaume BENOIST, sans qui ce travail aurait été beaucoup moins abouti. Merci pour ta patience, merci pour tes bons conseils, merci pour ta confiance. Je te remercie également pour tout le temps que tu m'as accordé pour la direction de cette thèse malgré ton emploi du temps bien chargé. Je suis très heureuse d'avoir fait ta connaissance grâce à ce travail de thèse et très honorée que tu aies accepté d'en être le Président.

Merci au Professeur FAUVET de m'avoir autorisé à effectuer mon dernier stage dans l'unité d'orthogénie ; stage qui me tenait très à cœur. Je vous remercie également d'avoir accepté de faire partie du jury de ma soutenance de thèse.

Merci au Professeur LE COUTOUR d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

Stéfane .... Une des plus belles rencontres de mon internat ou même de mes études de médecine. Dr RUAULD : mon idole de la médecine générale, mon modèle, j'espère un jour arriver à égaler ta pratique de la médecine. Merci pour ce que tu m'as appris en tant que médecin et merci pour ton aide à l'élaboration de cette thèse en tant que Directeur.

Merci au Dr DE JAEGHER-NOEL d'avoir également accepté d'être membre de mon jury de thèse et félicitations pour cette nomination de MCU.

Merci à tous les professeurs, chefs, internes, co-internes, co-externes et équipes paramédicales de tous les stages où j'ai eu la chance de passer. Que ce soit en tant que personne ou en tant que médecin en devenir, j'ai appris énormément durant ces dernières années. D'abord en tant qu'externe : aux urgences d'Alençon ; en hépato-gastro-entérologie au CHU ; en psychiatrie à l'EPSM ; en neurochirurgie au CHU ; en urologie au CHU ; en chirurgie maxillo-faciale au CHU ; en néonatalogie au CHU ; en gynécologie-obstétrique au CHU. En tant qu'interne : en cardiologie à Lisieux ; aux urgences de Lisieux ; aux cabinets de Médecine Générale des Drs RUAULD, VALLETEAU DE MOUILLAC, MATTER à Cherbourg ; en pédiatrie et gynécologie-obstétrique à Avranches ; aux cabinets de Médecine Générale des Drs BADIOU, MENARD-DECOUTERE, DOXAT et DEMONTROND à Argences ; en orthogénie au CHU ; à la PMI de St Hilaire du Harcouët-Mortain-Avranches.

Merci à ma famille, la team.

Maman, j'espère que tu es fière de moi d'où tu es. Je suis tellement triste que tu ne puisses pas être parmi nous pour partager ces moments, toi à qui je dois énormément dans la réussite de mon projet de devenir médecin. Sans toi tout cela n'aurait pas été possible, tu me manque énormément.

Papa, soutien depuis toujours, tu m'as « supporté » au sens américain du terme comme tu dirais depuis le premier jour et ça a payé puisque l'on en est là aujourd'hui. Merci pour tout.

Prends bien soin de toi maintenant que tu as fini de prendre soins de nous, on a besoin de toi encore très longtemps. Armelle, merci de rendre papa heureux, ta présence à ses côtés est devenue une évidence. Merci à tous les deux pour votre aide dans mon travail de thèse et pardon pour toutes ces soirées de relecture... !

Alan, mon frère, tellement important pour moi. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir soutenu tout ce temps. Merci pour tous les bons moments que l'on passe ensemble. Moignon-moignon.

Nico, même si nos horizons sont désormais différents, je ne peux que te remercier pour ce soutien sans faille que tu m'as offert toutes ces années passées à tes cotés. Tu es quelqu'un de formidable, n'en doute jamais.

Lisa, merci pour ton aide précieuse dans les gros chiffres, tu as été super. Très heureuse que tu fasses partie de la famille.

Christine et Mathias, merci pour ces belles années passées ensemble et votre soutien dans les moments très durs de ma vie personnelle comme professionnelle. Vous avez été une vraie ressource.

Papy Serge, Mamie Jo, Mamie Yvonne, Papy Jean ainsi que toutes les familles LOYER & RICHARD. Merci pour votre patience, votre compréhension dans mes absences parfois répétées aux réunions de famille pour travailler. Il est temps de récupérer le temps perdu !

Mes amis, ma deuxième famille, la dream team. Marine, Jo, Charlotte, Tony, Siriane, Simon, Alix, Léo, Mimi, Paul : on a fait un sacré bout de chemin ensemble, dans les bons comme dans les mauvais moments, vous avez toujours su être une bouffée d'oxygène pour moi. Je vous suis très reconnaissante de me supporter depuis toutes ces années. Bon aller j'arrête, l'Ehpad ce n'est pas pour tout de suite en fait, je vais m'assagir un peu mais j'espère bien qu'on s'y retrouvera tous un jour !! Belle découverte de l'internat : Agathe, très heureuse d'avoir fait ta connaissance, on se marre bien et nos excursions de fin de semaine sont toujours extras ! Je n'oublie pas Toto, PR et Auguste, même si l'on se voit moins, vous restez importants pour moi.

# ABRÉVIATIONS

**CES** : Certificat d'Étude Supérieure.

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire.

**CPEF** : Centre de Planification et d'Éducation Familiale.

**DES** : Diplôme d'Études Spécialisées.

**DIU** : Diplôme Inter-Universitaire.

**DIU** : Dispositif Intra-utérin.

**ECN** : Examen Classant National.

**EPSM** : Établissement Publique de Santé Mentale.

**FMC** : Formation Médicale Continue.

**GO** : Gynécologie-Obstétrique.

**GP** : General Practitioner. Traduction de l'anglais : Médecin Généraliste.

**GREPON** : Gestion du Risque Et Prise en charge Obstétricale et Néonatale.

**HAS** : Haute Autorité de Santé.

**INSALUD** : Instituto Nacional de Gestion Sanitaria. Traduction de l'espagnol : Institut National de Gestion de Sanitaire.

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse.

**MG** : Médecine Générale.

**NHS** : National Health Service. Traduction de l'anglais : Service de Santé National.

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile.

**UBRC** : Unité de Biostatistique et Recherche Clinique.

**UFR** : Unité de Formation et de Recherche.

**SASPAS** : Stage Autonome en Soins Primaires ambulatoires Supervisé.

# TABLE DES TABLEAUX & FIGURES

- **Figure 1** : Répartition des âges des praticiens. Page 11.
  - **Figure 2** : Localisation géographique des médecins ayant répondu à l'étude. Page 12.
  - **Figure 3** : Orientation des patientes vers d'autres professionnels. Page 15.
  - **Figure 4** : Fréquence de la pratique de la gynéco-obstétrique. Page 16.
  - **Figure 5** : Les différents actes de gynéco-obstétrique pratiqués par les généralistes. Page 17.
  - **Figure 6** : Raison du refus d'augmenter la pratique de gynéco-obstétrique. Page 18.
  - **Figure 7** : Les freins à la pratique de la gynéco-obstétrique. Page 22.
  - **Figure 8** : Propositions pour favoriser la pratique de la gynéco-obstétrique. Page 23.
  - **Figure 9** : Frise chronologique des réformes du 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale concernant la gynécologie. Page 34.
- 
- **Tableau 1** : Évaluations des variables en fonction de la pratique ou non de la gynéco-obstétrique. Page 20.

# TABLE DES ANNEXES

- **Annexe 1** : Questionnaire sous format papier pour les envois postaux. Page 56.
- **Annexe 2** : Mail adressé aux praticiens via le logiciel Mailchimp. Page 62.
- **Annexe 3** : Aperçu des tableaux statistiques du Dr MORELLO. Page 63.
- **Annexe 4** : Réponses libres des praticiens à la question « *Avez-vous d'autres idées pour faire en sorte de promouvoir et faciliter la pratique de la gynéco-obstétrique en médecine générale libérale ?* ». Page 63.
- **Annexe 5** : Réponses libres des praticiens à la question « *Pourquoi ne seriez-vous pas prêts à être reconnus comme pratiquant la gynéco-obstétrique et recevoir des patientes adressées pour cela ?* ». Page 65.
- **Annexe 6** : Réponses libres des praticiens à la question « *Avez-vous d'autres remarques à ajouter ?* ». Page 67.
- **Annexe 7** : Schéma de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études de médecine générale de 2017. Page 69.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>MATÉRIEL &amp; MÉTHODE .....</b>	<b>4</b>
I) <u>MATERIEL</u> .....	5
I)1) Caractéristiques de l'étude	
I)2) Critères d'inclusion et d'exclusion	
I)3) Variables de l'étude	
II) <u>MÉTHODE</u> .....	6
II)1) Constitution de l'échantillon	
II)2) Randomisation de l'échantillon	
II)3) Élaboration du questionnaire	
II)4) Questionnaires tests	
II)5) Premier contact : Envoi des questionnaires	
II)6) Deuxième contact : les rappels	
II)7) Analyses statistiques	
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>9</b>
I) <u>ÉTAT DES LIEUX DES RÉPONSES</u> .....	10
II) <u>DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON</u> .....	10
II)1) Profil	
II)2) Lieu d'exercice	
II)3) Formation	
III) <u>ANALYSE DES PRATIQUES</u> .....	13
III)1) Médecins ne pratiquant pas la gynéco-obstétrique	
III)1)a. Profil	
III)1)b. Formation	
III)1)c. Organisation du suivi	

III)2) Médecins pratiquant la gynéco-obstétrique	
III)1)a. Profil	
III)1)b. Formation	
III)1)c. Pratiques	
III)1)d. Caractère chronophage des consultations	
III)1)e. Vision des spécialistes	
IV) <u>FACTEURS PRÉDICTIFS DE LA PRATIQUE DE LA GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE</u> .....	19
V) <u>ÉTUDE DES VARIABLES EXPLICATIVES</u> .....	21
V)1) Analyse des freins	
V)2) Améliorations à apporter	
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>26</b>
I) <u>RÉSUMÉ DES RÉSULTATS</u> .....	27
II) <u>POINTS FORTS DE L'ÉTUDE</u> .....	27
II)1) Randomisation	
II)2) Population homogène	
II)3) Taux de réponses au questionnaire	
III) <u>POINTS FAIBLES DE L'ÉTUDE</u> .....	29
III)1) Biais de sélection	
III)2) Biais de mesure	
III)3) Biais d'analyse	
IV) <u>CRITIQUE DES RÉSULTATS</u> .....	31
IV)1) Critique des freins	
IV)2) Critique des améliorations	
V) <u>POINTS À DISCUTER</u> .....	35
V)1) Multiplicité des acteurs dans le suivi gynéco-obstétrical des femmes	
V)2) État des lieux des systèmes de soins	
V)2)a. Le système de soin en France	

- V)2)b. Le système de soin ailleurs en Europe
- V)3) État des lieux de la formation médicale en France
- V)3)a. Histoire de la formation de médecine en France
- V)3)b. Formation de médecine générale
- V)3)c. Formation de gynécologie – obstétrique et médicale
- V)4) Comparatifs avec la situation dans d'autres régions de France
- V)5) Vers une évolution favorable
- V)5)a. Valorisation financière des actes gynécologiques
- V)5)b. Intégration du réseau de périnatalité
- V)5)c. Féminisation de la profession
- V)5)d. Répartition des généralistes dans la Manche

VI) <u>PISTES À EXPLORER</u> .....	47
------------------------------------	----

<b>CONCLUSION</b> .....	48
-------------------------	----

<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	51
----------------------------	----

<b>ANNEXES</b> .....	55
----------------------	----

<b>RÉSUMÉ – MOTS CLÉS</b> .....	70
---------------------------------	----

<b>ABSTRACT</b> .....	72
-----------------------	----

# **PRÉAMBULE**

---

**« Les freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche ».**

Encore interne de médecine générale, je me suis aperçue au cours de mon stage de premier niveau chez le praticien que de nombreuses femmes passaient à travers les mailles du dépistage des cancers gynécologiques. Je me suis également aperçue en stage de gynécologie que beaucoup de grossesses physiologiques ne se faisaient pas suivre par leurs généralistes bien que ceux-ci soient compétents pour cette tâche.

Plusieurs raisons semblaient en être la cause : la diminution croissante du nombre de gynécologues ; la relation malade-médecin complexe en médecine générale ; la non pratique de la gynécologie par les généralistes...

La pénurie de médecins dans certains territoires comme la Manche est un problème majeur dans la prise en charge médicale. La gynécologie et l'obstétrique sont particulièrement touchées par cette pénurie notamment avec la constante diminution voire disparition pour certaines facultés de formation de gynécologues médicaux.

Beaucoup de médecins généralistes ne pratiquent pas la gynéco-obstétrique. Il s'agit en majorité des médecins âgés de plus de 55 ans car au début de leur carrière, il existait beaucoup de gynécologues ; leur pratique de la gynéco-obstétrique n'était donc pas nécessaire étant donné la facilité des patientes à trouver un gynécologue pour leur suivi. Bien souvent, ces mêmes généralistes, après avoir fait la majorité de leur carrière sans pratiquer la gynéco-obstétrique ne la pratiquent plus malgré la demande croissante des patientes.

J'ai également remarqué dans ma pratique que certaines patientes suivies depuis de nombreuses années voire dizaines d'années par leur généraliste préféraient mes services en tant que remplaçante ou même interne et femme pour traiter de la sphère gynécologique. Le genre du praticien et la relation « intime » des femmes avec leur médecin de famille ne doit donc pas favoriser la pratique de la gynécologie.

Constatant que de nombreuses femmes ne bénéficiaient pas du dépistage organisé des cancers gynécologiques, j'ai donc souhaité faire une étude des raisons pour lesquelles les médecins généralistes ne pratiquent pas tous et souvent peu la gynéco-obstétrique. Mon but était de trouver des solutions et idées afin de promouvoir et augmenter le nombre de médecins pratiquant la gynéco-obstétrique.

# **INTRODUCTION**

---

La médecine a bien évolué depuis plusieurs siècles. Le temps où le médecin était le représentant du savoir scientifique, le dépositaire de la science médicale a cessé. A l'époque il y avait une crédibilité infaillible envers les médecins que les patients n'auraient jamais osé remettre en cause. La pratique de la médecine était alors un art mais aussi un sacerdoce. Pour la plupart des médecins de l'époque, la vie était dédiée aux patients. De jour comme de nuit, ils accouraient à leur chevet et sauvaient des vies à l'heure où l'on mourrait de pathologies que l'on ne voit plus de nos jours ; tout ceci leur conférait un statut de notable.

Aujourd'hui, les jeunes médecins aspirent à plus de flexibilité et à un confort de vie qui n'est en rien comparable. Ces aspirations ne sont pas compatibles avec une pratique de la médecine telle qu'elle pouvait l'être dans le passé.

Par ailleurs, la profession médicale se féminise et pour beaucoup des médecins femmes, le métier doit s'accorder avec la vie de famille. Ce qui veut dire qu'elles ont, pour beaucoup, des amplitudes d'exercice de la médecine plus courtes que celles de la plupart des hommes médecins. Ceci a une influence non négligeable sur la démographie médicale.

La médecine a elle-même fondamentalement changé. Bien sûr, les découvertes scientifiques permettent une pratique tous les jours plus poussée de la médecine mais pas seulement. La relation médecin-patient a aussi fortement évolué. La position de notable du médecin ainsi que sa parole irréfutable n'est plus d'actualité. La remise en question de l'avis médical du médecin s'est largement démocratisée. De nos jours avec la médiatisation extrême de la médecine (émissions de télévision, sites internet, articles de journaux, forums...) ouverte à tous et la tendance de plus en plus procédurière de notre société, il faut faire face à une nouvelle façon de gérer les patients et leurs pathologies.

La médecine générale est une spécialité médicale prenant en charge le suivi durable, le bien-être et les soins médicaux généraux primaires d'une communauté, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge, ou d'un sexe particulier. Le médecin généraliste est aussi appelé médecin omnipraticien ou bien encore médecin de famille.

La gynécologie-obstétrique est une discipline faisant partie des compétences fondamentales de la spécialité de médecine générale au même titre que la cardiologie ou bien encore la rhumatologie. La pratique du médecin généraliste est très vaste et permet, entre autres, d'effectuer des consultations de suivi gynécologique et obstétrical sans avoir de diplôme spécifique à cette spécialité. Il s'agit bien sûr de réaliser un suivi dans le cadre de ses compétences et de savoir adresser aux spécialistes les patientes le nécessitant, en particulier les grossesses pathologiques où à risque.

En France, les femmes sont libres de choisir le praticien qui réalisera leur suivi gynéco-obstétrical. Il peut s'agir d'un médecin généraliste, d'un gynécologue médical, d'un gynécologue-obstétricien ou bien d'une sage-femme.

La spécialité de gynécologie médicale est en cours de diminution compte tenu du vieillissement de ses praticiens se rapprochant de la retraite et de la forte diminution voire l'arrêt pour certaines facultés de formation de nouveaux internes dans cette discipline. Les gynécologues médicaux se font de plus en plus rares en ville et les délais de rendez-vous de plus en plus longs en ce qui concerne le suivi de routine. Les médecins généralistes vont être de ce fait plus fréquemment sollicités pour cette tâche.

La démographie médicale est problématique dans la Manche comme dans beaucoup d'autres départements de France. Chaque année le nombre de médecins recensés dans ce département baisse.

Dans la Manche, entre 2007 et 2016, les densités médicales ont baissé de 36,8% pour les gynéco-obstétriciens, 38% pour les gynécologues médicaux et 5,7% pour les médecins généralistes. La densité en 2016 était de 4,5 gynéco-obstétriciens pour 100 000 habitants ; de 1,9 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants et de 44 généralistes pour 100 000 habitants (1).

Plus largement, en Normandie, la densité médicale globale en 2016 était de 366 médecins pour 100 000 habitants et spécifiquement pour la médecine générale : 128,1/100 000 habitants soit 12,7% de moins qu'en 2007. L'âge moyen des médecins généralistes était de 52,2 ans en 2016. 29% des généralistes normands avaient plus de 60 ans. L'âge moyen des gynécologues médicaux était de 60 ans et 70,7% avaient plus de 60 ans. Concernant la gynécologie-obstétrique, l'âge moyen était de 60,4 ans et 55,8% avaient plus de 60 ans (2).

La Manche a compté 4490 naissances en 2016, derrière le Calvados (7100 naissances) et devant l'Orne (3092 naissances).

Les spécialistes étant absorbés par le flux de patientes nécessitant un avis spécialisé pour quelle que pathologie que ce soit, le suivi de routine se voit redirigé de plus en plus vers les médecins généralistes et sages-femmes. Le médecin généraliste doit donc jouer un rôle clé dans la prise en charge gynéco-obstétricale des femmes, en particulier en ce qui concerne la prévention (contraception, maladies sexuellement transmissibles...) et le dépistage des cancers gynécologiques du fait de son accessibilité et de sa proximité vis-à-vis des patientes.

Beaucoup de femmes passent au travers des mailles du dépistage organisé des cancers gynécologiques. Chaque année en France, 3000 cancers du col de l'utérus sont découverts ; il est à l'origine de 1100 décès par an. Le frottis cervico-utérin permet de dépister très tôt les lésions précancéreuses afin de les traiter et ainsi éviter le cancer. On considère aujourd'hui que 90% des cancers du col de l'utérus pourraient être évités avec un frottis réalisé tous les 3 ans. Le cancer du col utérin est la 12ème cause de mortalité par cancer chez la femme. Actuellement le taux de femmes ayant bénéficié de frottis de dépistage tous les 3 ans est de 62% (3).

La question posée à l'initiative de ce projet de thèse était : pourquoi certains généralistes ne pratiquent pas du tout la gynécologie-obstétrique ?

Le postulat de départ définissait les principaux freins à cette pratique comme : la méconnaissance par les patientes de cette compétence du médecin généraliste ; le rapport temps/matériel/rémunération défavorable ; le manque de formation initiale/continue et le manque de mise en pratique des connaissances théoriques de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes.

Pour y répondre il a donc été réalisé une étude épidémiologique observationnelle quantitative menée grâce à un questionnaire. La population cible était les médecins généralistes de la Manche entre juin et octobre 2017. La randomisation de 150 médecins a permis de récolter suffisamment de questionnaires afin d'avoir des éléments de réponse représentatifs.

# **MATÉRIEL & MÉTHODE**

## **I) MATERIEL**

### **I)1) Caractéristiques de l'étude**

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle menée grâce à une enquête descriptive transversale quantitative par questionnaire.

L'étude a été réalisée dans le département de la Manche entre Juin et Octobre 2017. La Manche est un territoire vaste, rural et sous peuplé en médecins.

La population cible était les médecins généralistes de la Manche, ils étaient au nombre de 381 selon l'Ordre des Médecins du département de la Manche au moment de l'étude.

### **I)2) Les critères d'inclusion et d'exclusion**

Les critères d'inclusion étaient les suivants : médecins diplômés de médecine générale, étant thésés et exerçant dans la Manche.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Certains médecins avaient des surspécialités telles que : médecine d'urgence, homéopathie, allergologie, angiologie, ostéopathie, médecine du sport. Ils n'étaient pas exclus de l'étude.

### **I)3) Les variables de l'étude**

Les variables de l'étude étaient les suivantes : le sexe du praticien, son âge, son année de soutenance de thèse, son lieu d'exercice, son mode d'exercice, sa surspécialisation, sa formation initiale et continue, sa pratique de la gynécologie-obstétrique.

Le lieu d'exercice était divisé en 3 catégories selon la taille des villes : urbaines, rurales et semi-rurales.

Étaient considérées comme urbaines, les villes de plus de 10 000 habitants, rurales celles comprenant moins de 2 000 habitants et semi-rurales celles entre 2000 et 10 000 habitants.

## **II) METHODE**

### **II)1) Constitution de l'échantillon**

La méthodologie de cette étude a été validée par le Dr R. MORELLO, chef de l'Unité de Biostatistique et Recherche Clinique (UBRC) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen. Il a conclu à un nombre de sujets minimal « N » de 150 médecins à contacter. Le taux de réponse devant être supérieur au 1/3 des médecins contactés pour que l'analyse des résultats soit significative (soit 50 réponses attendues).

L'échantillon devait comprendre une proportion égale d'hommes et de femmes puis des proportions équivalentes entre les 3 catégories de villes d'exercice.

Les généralistes s'étant surspécialisés dans une discipline n'étaient pas exclus du tirage au sort sur la consigne du Dr MORELLO.

### **II)2) Randomisation de l'échantillon**

L'échantillon a été randomisé afin d'obtenir une cohorte de 150 médecins généralistes comprenant :

- 50% d'hommes (= 75 hommes) dont 1/3 exerçant en milieu rural ; 1/3 en milieu semi rural et 1/3 en milieu urbain.
- 50% de femmes (= 75 femmes) dont 1/3 exerçant en milieu rural ; 1/3 en milieu semi rural et 1/3 en milieu urbain.

L'Ordre des Médecins de la Manche avait accepté de fournir la liste complète des généralistes avec les adresses de leurs cabinets. A partir de cette liste, il a fallu rechercher via internet le numéro de téléphone des praticiens ainsi que le nombre d'habitants dans chaque ville afin de les classer dans les 3 catégories : urbaines, rurales et semi-rurales.

La fonction « alea » du logiciel Excel a permis de réaliser la randomisation de l'échantillon à partir de la liste des médecins généralistes de la Manche qu'il a fallu au préalable convertir au format Excel.

### **II)3) Élaboration du questionnaire**

L'outil principal de l'enquête était un questionnaire comportant 21 questions, 4 ouvertes et 17 fermées. La durée de réponse était estimée entre 4 et 7 minutes selon que le praticien pratiquait ou non la gynéco-obstétrique.

La confection de ce questionnaire a duré de Février à Juin 2017 et a permis d'analyser précisément les freins en fonction du profil de praticien et de leurs pratiques respectives.

Dans un premier temps, il s'agissait de cerner le contexte dans lequel évoluait le praticien ; connaître son profil ; son lieu et son mode d'exercice. Ensuite, ils étaient interrogés à propos de leur formation, initiale ou continue, sur la gynéco-obstétrique. Puis, venait l'analyse de leur pratique ou non de la gynéco-obstétrique, la proportion exercée, le type de pratique, les gestes les plus pratiqués. Plus loin étaient traités précisément les freins à la pratique de chaque praticien. Enfin, ils étaient interrogés sur leurs idées pour faire en sorte d'élargir et booster la pratique de la gynéco-obstétrique dans leur discipline (**cf annexe 1 : questionnaire**).

### **II)4) Questionnaires tests**

Le questionnaire a initialement été testé auprès d'un échantillon de 7 médecins exerçant dans la Manche. Leur réponse n'a pas été intégrée à l'étude mais a permis d'affiner les questions et estimer le temps de réponse au questionnaire.

Une fois le questionnaire finalisé, il a été transposé sous un format numérique à l'aide de la plateforme GoogleDoc.

### **II)5) Premier contact : Envoi des questionnaires**

Un premier contact téléphonique des médecins tirés au sort a été entrepris durant le mois de Juin 2017 afin de leur présenter l'étude. Ensuite, selon leur souhait, le questionnaire leur était envoyé par courrier électronique ou postal.

Afin de garder l'anonymat des réponses reçues dans GoogleDoc tout en disposant du nom des répondants, les mails étaient envoyés via le logiciel Mailchimp. Le but était de ne pas

relancer des médecins qui auraient déjà répondu. Ce logiciel permettait d'une part de faire des envois groupés en choisissant sa liste d'envoi mais aussi et surtout de tracer les répondeurs sans pour autant divulguer leur réponse.

A tous ceux qui désiraient répondre par courrier électronique était envoyé un mail où il suffisait de cliquer sur une case pour être automatiquement dirigé vers le questionnaire GoogleDoc (**cf annexe 2 : exemple de mail envoyé via Mailchimp**).

## **II)6) Deuxième contact : les rappels**

En Septembre, a été entrepris une relance par mail via Mailchimp. Il s'agissait de relancer les praticiens ayant donné initialement leur accord pour répondre à l'étude et pour lesquels aucune réponse n'avait été enregistrée.

## **II)7) Analyses statistiques**

Toutes les données reçues ont été retranscrites dans un logiciel Excel.

Les moyennes et médianes ont été calculées grâce aux fonctions « =MOYENNE() » et « =MEDIANE() » du logiciel Excel.

Une fois les dernières relances effectuées, les derniers résultats récupérés, l'expertise statistique du biostatisticien Dr MORELLO a permis de vérifier les analyses de données. (**Cf annexe 3 : tableaux statistiques**).

L'analyse statistique a été en partie effectuée grâce à la formule statistique CHISQ.TEST du logiciel EXCEL afin de réaliser le test du Chi-Deux pour les comparaisons de variables qualitatives : le risque alpha a été choisi égal à 5%, un « p » significatif lorsqu'il est inférieur à 0,05.

# **RÉSULTATS**

---

## **I) ÉTAT DES LIEUX DES RÉPONSES**

Les 150 médecins généralistes tirés au sort ont été contactés par téléphone au mois de Juin. 13 ont refusé de participer à cette étude dont 1 n'exerçant plus dans la Manche et 4 venant de partir à la retraite. Les autres refus étaient principalement motivés par un manque de temps et d'intérêt pour le sujet d'étude.

13 praticiens ont souhaité se faire parvenir le questionnaire par fax.

14 praticiens ont préféré récupérer le questionnaire par courrier postal.

106 questionnaires ont été envoyés informatiquement via l'application Mailchimps.

4 questionnaires ont été envoyés via GoogleDoc.

65 praticiens ont répondu au questionnaire suite au premier contact. J'ai retranscrit les réponses reçues par fax ou par courrier postal via la plateforme GoogleDoc afin de n'avoir qu'un seul fichier d'analyse des résultats.

40 praticiens ont été relancés par mail via le logiciel Mailchimp au mois de Septembre, il s'agissait pour la plupart de praticiens m'ayant donné initialement leur accord par téléphone pour répondre au questionnaire mais n'ayant pas répondu sur le premier envoi.

Suite à cela, 22 praticiens supplémentaires ont répondu au questionnaire informatisé. Le nombre de réponses s'élevant alors à 87 (58%) soit un taux de réponse supérieur au 1/3 de l'échantillon, critère de représentativité exigé.

## **II) DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON**

### **II)1) Profil**

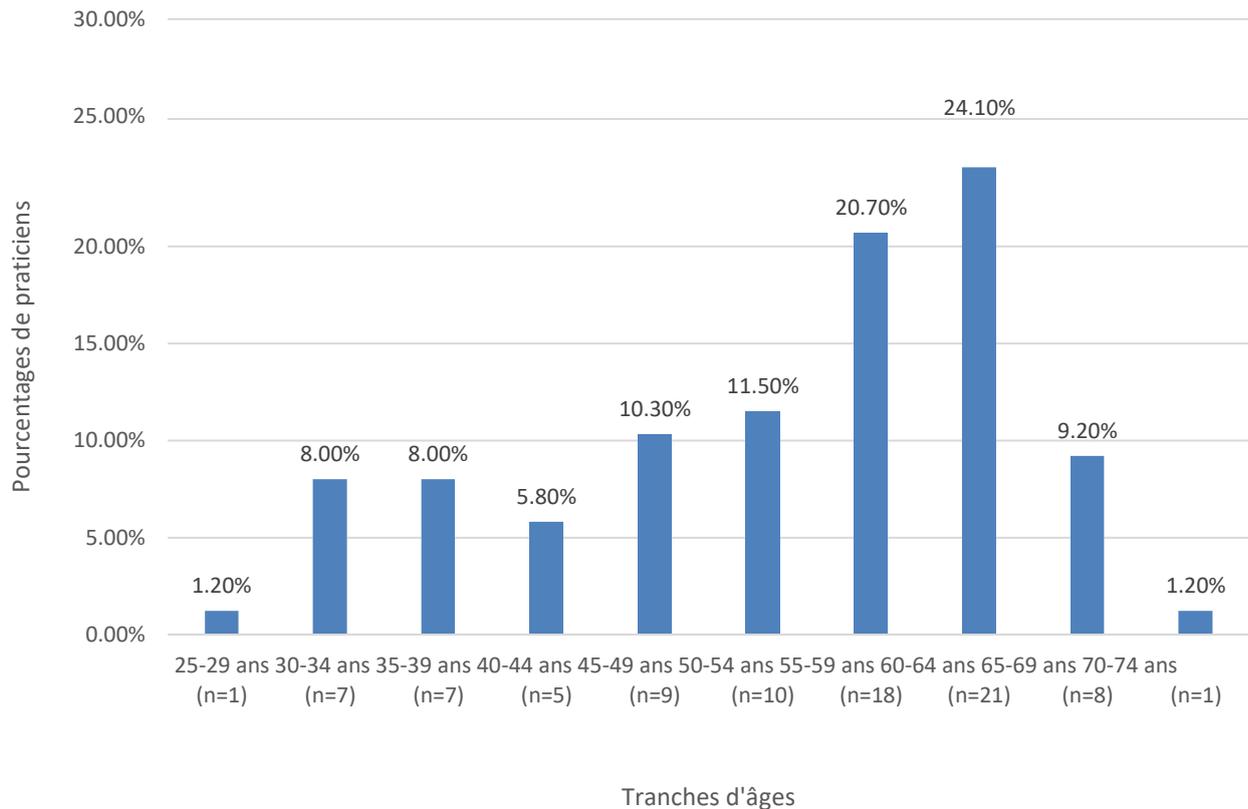
L'échantillon de répondeurs comprenait 47 hommes (54%) et 40 femmes (46%), soit un sex-ratio de 1,18.

La moyenne d'âge des praticiens ayant répondu était de 52,7 ans. Le plus jeune praticien avait 29 ans et le plus âgé avait 71 ans.

La médiane de l'âge était de 56 ans.

La **Figure 1** suivante permet d'apprécier la répartition des âges de l'échantillon interrogé.

**Figure 1 : Répartition des âges des praticiens**



Le Dr MORELLO avait suggéré lors de la confection du questionnaire d'ajouter l'année de validation de thèse afin de mieux cerner les profils. Selon lui beaucoup de médecins soutenaient leur thèse bien après la fin des études et l'âge des praticiens n'était donc pas la variable la plus fiable concernant l'ancienneté d'exercice.

L'année de thèse la plus ancienne était de 1971, et la plus récente de 2017.

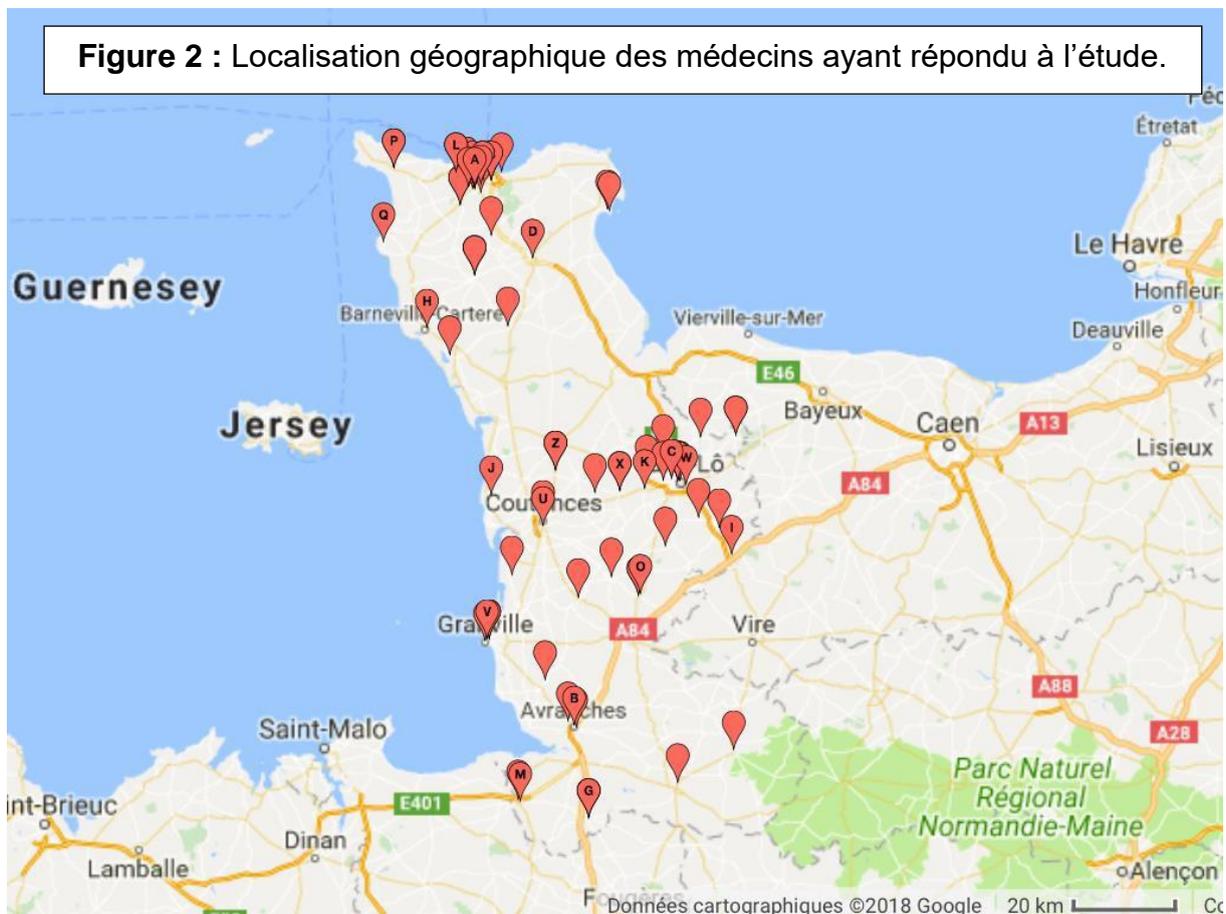
## **II)2) Lieu d'exercice**

Ils exerçaient pour 72,4% (n=63) en cabinet de groupe alors que 27,6% (n=24) exerçaient seuls.

Dr BUREAU, président de l'Ordre des médecins de la Manche, a confirmé en mars 2018 cette répartition du mode d'exercice. En effet, 74 % exerçaient en cabinet de groupe contre 26 % seuls.

33 praticiens (37,9%) exerçaient en milieu semi rural, 31 (35,6%) en milieu urbain alors que 23 (26,4%) exerçaient en milieu rural.

La **Figure 2** suivante illustre par le biais d'une carte la répartition sur le territoire de la Manche des médecins ayant répondu à l'étude. Les signets rouges matérialisent les médecins.



Les urgences gynécologiques étaient situées :

- À moins de 15 minutes pour 51,7% (n=45) des cabinets.
- Entre 15 et 30 minutes pour 37,9% (n=33) des cabinets.
- Entre 30 et 45 minutes pour 8% (n=7) des cabinets.
- À plus de 45 minutes pour seulement 2,3% (n=2) des cabinets.

### II)3) Formation

10 praticiens (11,5%) avaient une surspécialisation parmi :

- Homéopathie : 2 praticiens.
- Médecine d'urgence : 1 praticien.
- Médecine du sport : 1 praticien.
- Ostéopathie : 1 praticien.

- Médecine aéronautique : 1 praticien.
- Échographie abdominale : 1 praticien.
- Gériatrie : 1 praticien.
- Gynécologie-obstétrique : 2 praticiens. Un praticien avait un Diplôme Inter-Universitaire (D.I.U) de Gynécologie-Obstétrique associé à un D.I.U d'échographie gynécologique et obstétricale avant 11 semaines d'aménorrhée. L'autre avait un D.I.U de Gynécologie-Obstétrique.

Pour 60% (n= 6) d'entre eux, la surspécialisation représentait moins de 25% de leur activité professionnelle globale.

Parmi l'échantillon, 70,1% (n=61) des médecins avaient pratiqué un stage en gynécologie durant leurs études de médecine.

Une grande majorité des praticiens interrogés n'avaient pas suivi de formation spécifique de gynéco-obstétrique. Seuls 23 médecins (26,4%) avaient participé à une formation de gynécologie-obstétrique complémentaire de type : Formation Médicale Continue (F.M.C), Diplôme Inter-Universitaire (D.I.U), consultations avec des praticiens spécialistes hospitaliers, formations à la pose d'implants contraceptifs, formation à l'Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G) médicamenteuse.

### **III) ANALYSE DES PRATIQUES**

#### **III)1) Médecins ne pratiquant pas la Gynéco-Obstétrique**

##### **III)1)a. Profil**

Parmi les praticiens interrogés, 14 ne pratiquaient pas du tout la gynéco-obstétrique soit 16,1% de l'effectif interrogé.

Il s'agissait de 11 hommes (78,6%) et 3 femmes (21,4%). Le sex-ratio était de 3,7.

La moyenne d'âge des médecins était de 56,7 ans avec un minimum de 33 ans et un maximum de 69 ans.

La médiane des âges était de 58,5 ans.

9 médecins (64,3%) sur les 14 exerçaient en cabinet de groupe. A plusieurs reprises, il a été mentionné soit dans les questionnaires soit lors des appels téléphoniques que certains praticiens travaillant dans une maison médicale avaient une organisation de groupe. C'est-à-dire que dans le cabinet de groupe, il y a avait un médecin souhaitant pratiquer la gynéco-obstétrique qui réalisait tous les gestes ou suivis de ses collègues ne souhaitant pas exercer cette discipline.

Leurs cabinets se situaient pour 42,8% (n=6) en zone urbaine, 42,8% (n=6) en zone rurale et enfin 14,4% (n=2) en zone semi-rurale.

57% (n=8) exerçaient à moins de 15 minutes d'une structure recevant les urgences gynécologiques.

### **III)1)b. Formation**

3 d'entre eux (21,4%) avaient une surspécialisation (homéopathie, échographie abdominale, ostéopathie).

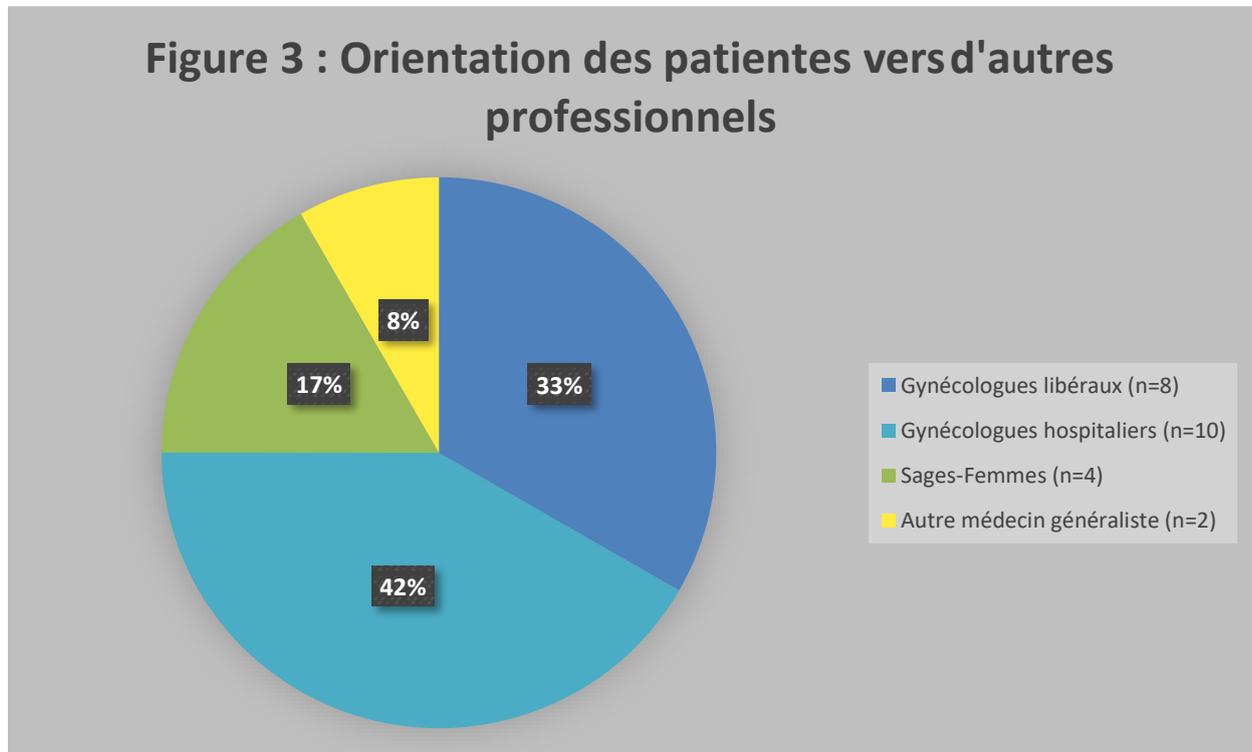
57% (n=8) n'avaient pas réalisé de stage en gynécologie durant leurs études.

1 seul (7,1%) avait bénéficié d'une formation complémentaire de suivi de grossesses.

### **III)1)c. Organisation du suivi**

Ces praticiens ne pratiquant pas la gynéco-obstétrique devaient orienter leurs patientes vers d'autres professionnels.

La **Figure 3** détaille leurs différents interlocuteurs. Les médecins interrogés pouvaient répondre favorablement à plusieurs réponses d'où les pourcentages suivants :



### **III)2) Médecins pratiquant la Gynéco-Obstétrique**

#### **III)2)a. Profil**

Sur l'échantillon de 87 personnes ayant répondu, 73 médecins pratiquaient la gynéco-obstétrique (83,9%).

Il s'agissait de 36 hommes (49,3%) et 37 femmes (50,7%). Le sex-ratio était de 1.

La moyenne d'âge était de 51,9 ans (min : 29 ans ; max : 71 ans).

La médiane des âges était de 55 ans.

71 généralistes (81,6%) pratiquaient cette discipline depuis le début de leur carrière ; alors que 2 d'entre eux (2,7%) ne la pratiquaient pas initialement.

La raison de cette initiation à la pratique était pour l'un une demande croissante des patientes et pour l'autre l'envie de diversifier son activité.

### III)2)b. Formation

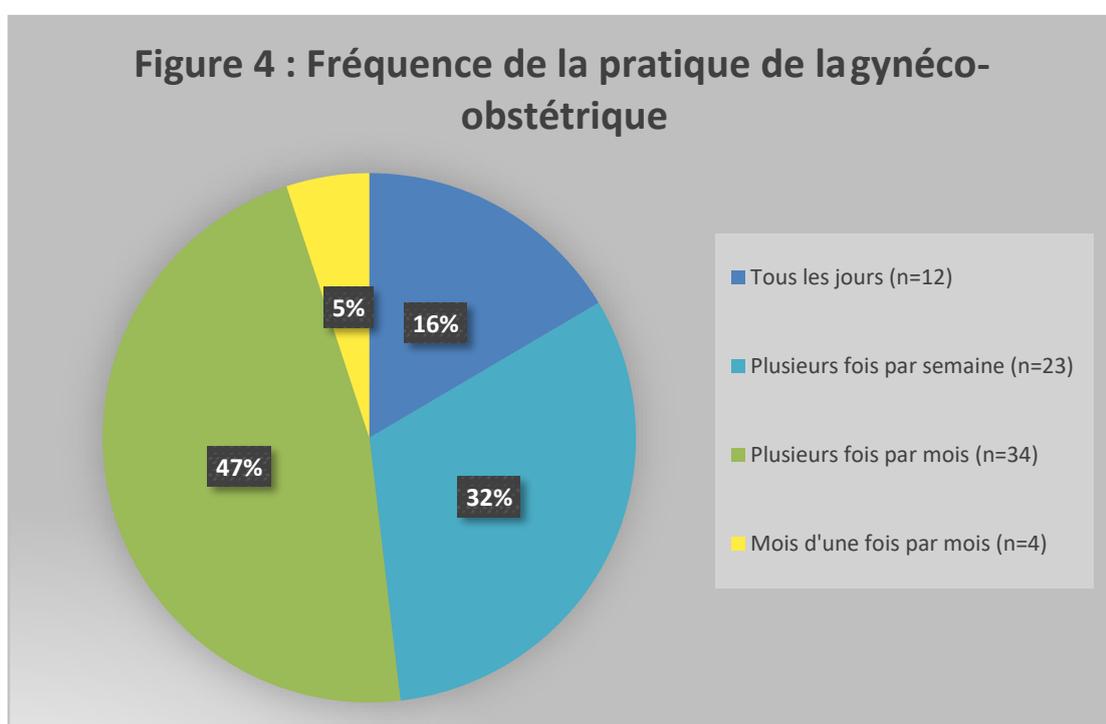
8,2% (n=6) des médecins pratiquant la gynéco-obstétrique avaient une surspécialisation (homéopathie, médecine d'urgence, homéopathie, médecine du sport, gérontologie, médecine aéronautique, ostéopathie).

75,3% (n=55) avaient réalisé un stage en gynécologie durant leurs études.

28,8% (n=21) avaient bénéficié d'une formation complémentaire spécifique de gynéco-obstétrique de type : suivi de grossesses, F.M.C, pose d'implant contraceptif, consultations doublées avec un spécialiste, formation à l'I.V.G médicamenteuse, D.I.U de gynéco-obstétrique.

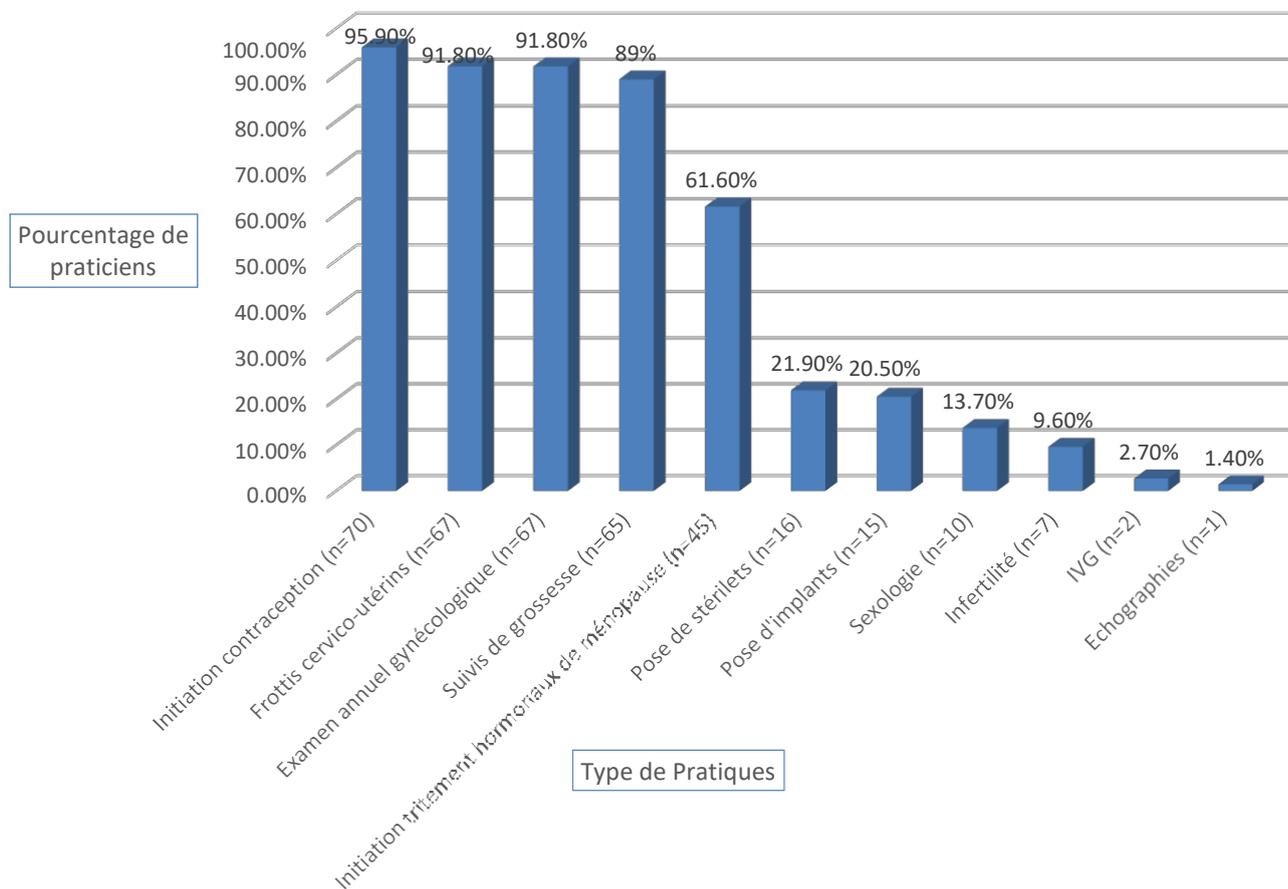
### III)2)c. Pratiques

Chez les médecins faisant de la gynéco-obstétrique, la plupart avaient une pratique assez régulière comme l'illustre la **Figure 4** suivante :



Les différentes pratiques sont référencées dans la **Figure 5** ci-dessous :

**Figure 5 : Les différents actes de gynéco-obstétrique pratiqués par les généralistes**

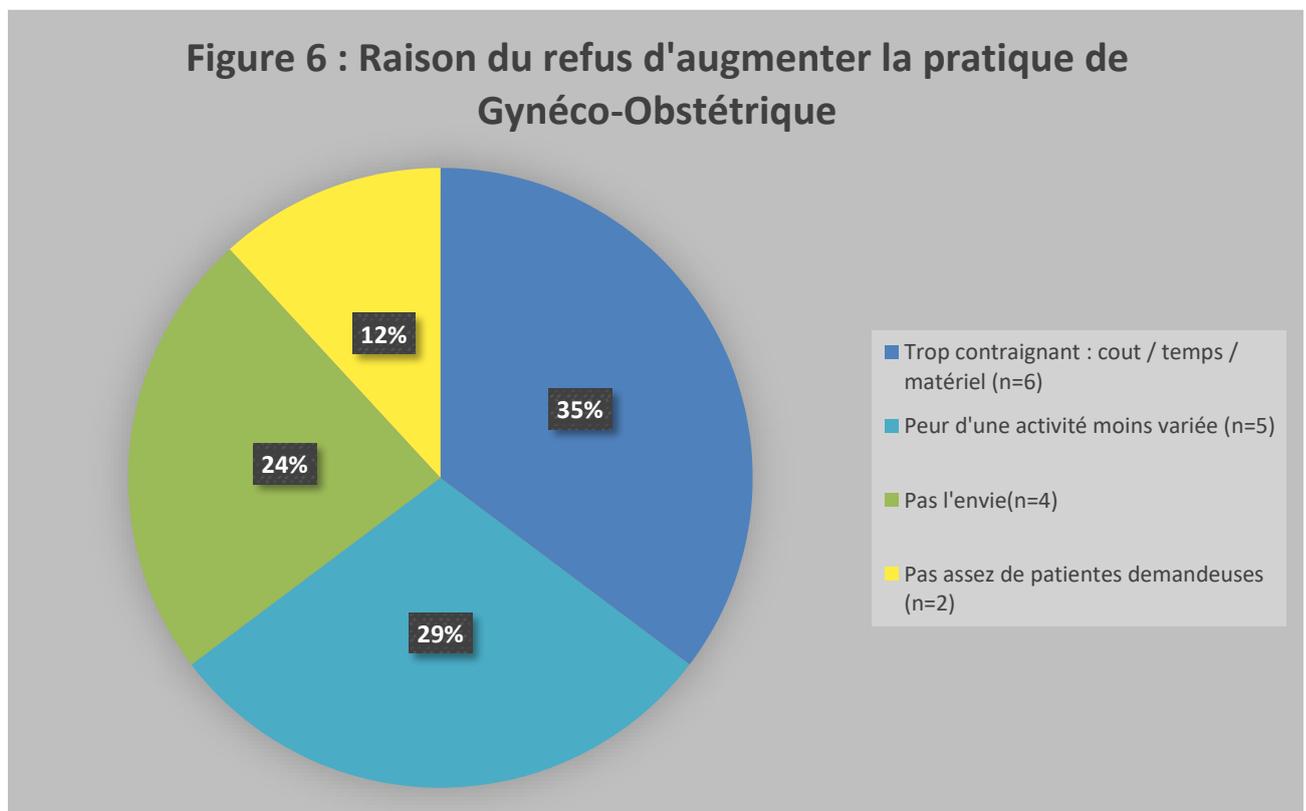


Les 4 actes les plus fréquemment pratiqués étaient l'initiation d'une contraception, les frottis cervico-utérins, l'examen clinique annuel gynécologique et le suivi de grossesse.

Parmi les médecins pratiquant la gynéco-obstétrique, 61,6% (n=45) seraient prêts à faire plus de gynéco-obstétrique dans leur pratique.

20 personnes sur les 45 qui souhaiteraient faire plus de gynéco-obstétrique ont répondu à la question « *A quelles conditions seriez-vous d'accord de pratiquer plus de gynéco- obstétrique ?* ». La plupart (75% ; n=15) c'était à condition d'avoir une formation complémentaire dans cette discipline ; pour 25% (n=5) c'était sans condition particulière et enfin pour 15% (n=3) c'était à condition d'être mieux rémunéré.

Les raisons évoquées par les praticiens ne souhaitant pas pratiquer plus de gynéco-obstétrique sont répertoriées dans la **Figure 6** suivante :



### III)2)d. Caractère chronophage des consultations

46 praticiens (63%) ne trouvaient pas que les consultations de gynéco-obstétrique soient chronophages.

Pour les 27 praticiens (37%) qui les trouvaient chronophages, 14 (51,8%) estimaient passer 5 à 10 minutes en plus d'une consultation standard alors que 12 (44,4%) annonçaient une durée de 10 à 15 minutes supplémentaires. 1 seul praticien (3,7%) annonçait passer plus de 15 minutes d'une consultation standard.

### **III) 2)e. Vision des spécialistes**

46,6% (n=34) des médecins pratiquant la gynéco-obstétrique estimaient que les spécialistes de cette discipline étaient favorables à leur pratique étant donné qu'ils ne sont plus assez nombreux pour répondre à la demande.

53,4% (n=39) ont répondu que les spécialistes ne leur avaient pas émis d'avis concernant leur pratique de la gynéco-obstétrique.

## **IV) FACTEURS PRÉDICTIFS DE LA PRATIQUE DE LA GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE**

L'une des études statistiques réalisées dans cette thèse avait pour but de tester les relations de causalité entre le profil des praticiens et leur pratique ou non de la gynéco-obstétrique afin de rechercher un déterminisme.

La méthode statistique utilisée ici était celle du Chi-2 avec un indice de significativité « p » devant être inférieur à 0,05 pour être significatif et un risque alpha égal à 5%.

**Tableau 1** : Évaluations des variables en fonction de la pratique ou non de la gynéco-obstétrique.

VARIABLES		Ne pratiquant pas la gynéco-obstétrique	Pratiquant la gynéco-obstétrique	Valeur de « p »
<b>Sexe</b>	Femmes	3	37	<b>0,04</b> donc $p < 0,05$
	Hommes	11	36	
<b>Zone d'exercice</b>	Rural	6	17	0,11 donc $p > 0,05$
	Semi-Rural	2	31	
	Urbain	6	25	
<b>Zone d'exercice remodelée</b>	Rural + Semi rural	8	48	0,54 donc $p > 0,05$
	Urbain	6	25	
<b>Stage gynécologique</b>	Oui	6	55	<b>0,01</b> donc $p < 0,05$
	Non	8	18	
<b>Type de cabinet</b>	Groupe	9	54	0,4 donc $p > 0,05$
	Seul	5	19	
<b>Distances des Urgences Gynécologiques</b>	< 15 minutes	8	37	0,6 donc $p > 0,05$
	15-30 minutes	6	27	
	30-45 minutes	0	7	
	> 45 minutes	0	2	
<b>Distances des Urgences Gynécologiques remodelées</b>	< ou = 30 minutes	14	64	0,2 donc $p > 0,05$
	> 30 minutes	0	9	

L'effectif est globalement trop petit pour pouvoir trouver des relations significatives. En effet, pour un test du Chi-2 valable, il faut des effectifs supérieurs ou égaux à 5 or pour certaines classes, les effectifs étaient inférieurs à 5. Avec un plus gros échantillon il aurait peut-être été possible de trouver des corrélations davantage significatives.

Un remodelage des effectifs en regroupant certains ensembles de l'échantillon a été opéré dans l'espoir d'avoir davantage de significativité dans la recherche de facteurs prédictifs. Les effectifs ayant été regroupés étaient :

- Les zones d'exercice rurales et semi-rurales.
- Les distances des urgences inférieures ou égales à 30 minutes.

Il s'est avéré que cela n'a pas permis d'obtenir des corrélations significatives entre pratique de la gynécologie et distance des urgences ni zone d'exercice.

Il est néanmoins clair que le sexe du praticien et la réalisation d'un stage de gynécologie durant le cursus des études médicales sont des variables pour lesquelles il a été obtenu des corrélations significatives avec la pratique de la gynéco-obstétrique.

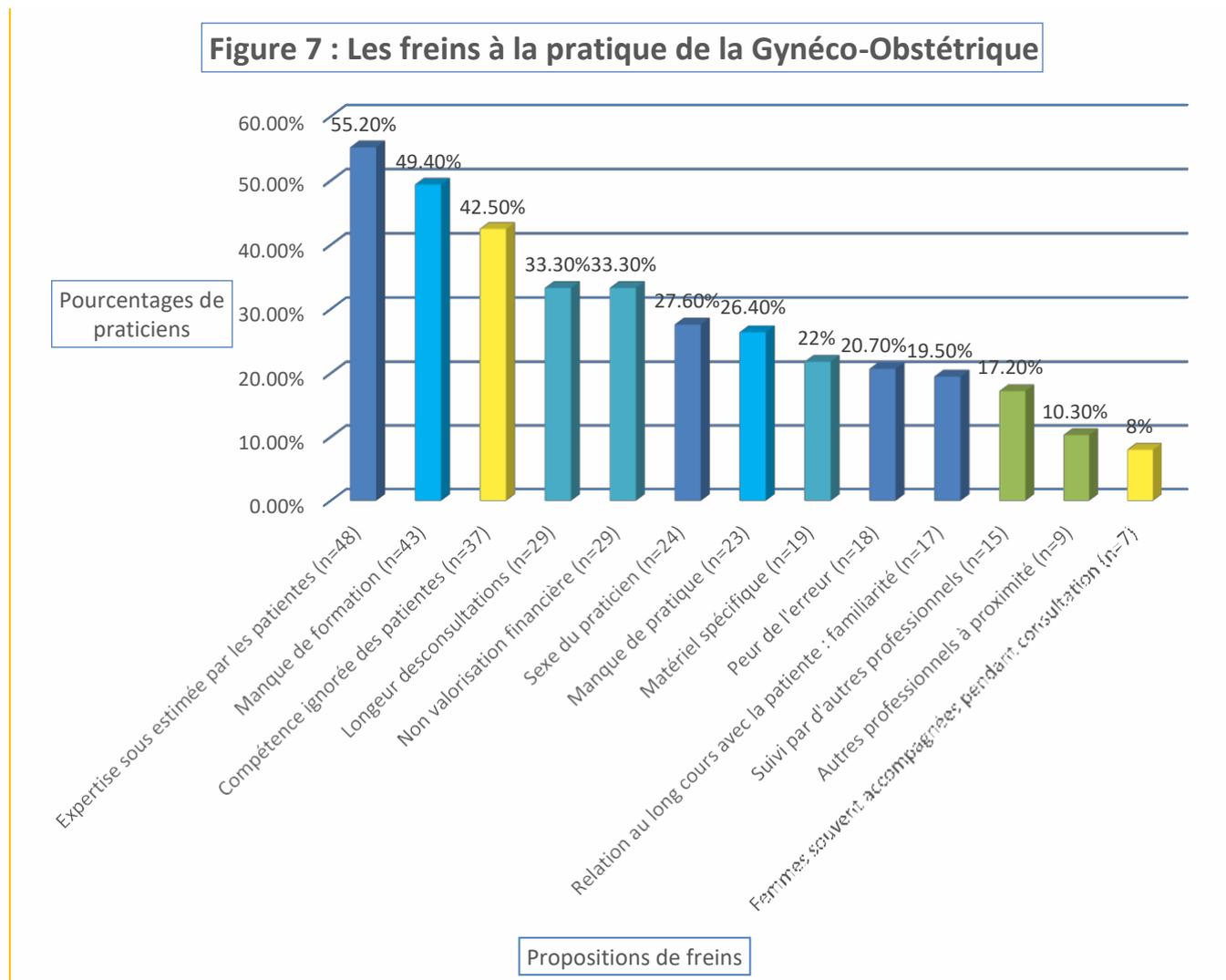
S'il fallait établir un profil de généraliste ne pratiquant pas de gynécologie-obstétrique, il s'agirait donc d'un homme n'ayant pas fait de stage dans cette discipline durant son cursus. En ce qui concerne les autres valeurs nous ne pouvons pas conclure.

## **V) ÉTUDE DES VARIABLES EXPLICATIVES**

### **V)1) Analyse des freins**

La question sur les freins était fermée, elle regroupait 13 propositions de freins parmi lesquels les médecins pouvaient cocher autant de réponse(s) qu'ils le souhaitaient.

Les réponses des praticiens sont résumées dans la **Figure 7** suivante :



Légende **Figure 7** :

Problème de communication	Problème de formation	Problème financier	Problème psychologique	Problème de concurrence entre spécialités

Il ressortait 3 grands freins pour près de la moitié des praticiens.

Le principal frein était la perception des patientes de leur généraliste comme moins compétent qu'un gynécologue pour réaliser le suivi gynéco-obstétrical (55,2%). Arrivait ensuite le manque de formation dans cette discipline (49,4%) puis la méconnaissance des patientes de cette aptitude chez leur généraliste (42,5%).

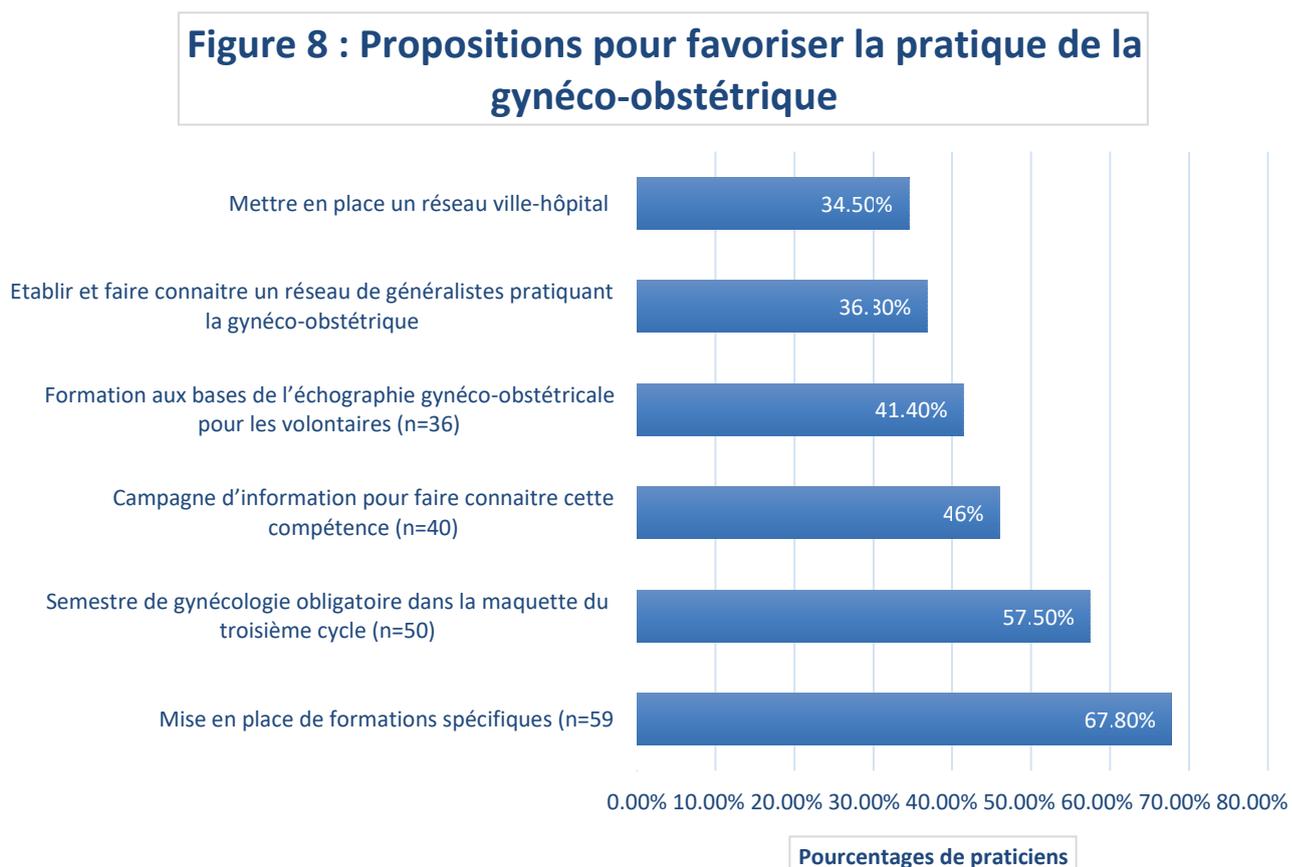
La longueur des consultations, la non valorisation financière et le sexe du praticien arrivaient respectivement en 4, 5 et 6<sup>ème</sup> position.

## V)2) Améliorations à apporter

Le questionnaire présentait dans un premier temps une question fermée avec diverses propositions d'amélioration. Les praticiens pouvaient opter pour plusieurs propositions.

La proposition ayant remporté le plus d'approbation était la mise en place de formations spécifiques avec 67,8% (n=59) des généralistes interrogés. 57.5% (n=50) des avis étaient favorables à l'instauration d'un semestre de gynécologie obligatoire dans la maquette du troisième cycle des études de médecine générale.

Les réponses sont répertoriées dans la **Figure 8** ci-dessous :



Venaient ensuite deux questions ouvertes, interrogeant les médecins sur leurs idées afin de promouvoir et favoriser la pratique de la gynéco-obstétrique.

Pour faciliter l'interprétation des données, il a fallu regrouper en grands groupes les propositions faites. Nous avons regroupé les réponses aux deux questions afin de les analyser.

- Beaucoup (16 médecins = 22,5%) optaient pour favoriser et améliorer la formation : mise en place d'ateliers concernant les gestes pratiques spécifiques de cette spécialité ; formation spécifique une fois l'internat terminé ; avoir la possibilité de faire des stages en service de gynéco-obstétrique à tout âge ; proposer des ateliers de formation à la pose de dispositifs contraceptifs ; faciliter les rencontres entre gynécologues et médecins généralistes.
- Certains (7 médecins = 9,9%) estimaient qu'il fallait mieux valoriser cet aspect de la médecine générale : promouvoir l'information comme quoi la mission des médecins généralistes est vaste et la gynéco-obstétrique fait partie intégrante de ses fonctions ; valoriser financièrement les actes gynéco-obstétricaux ; promouvoir la médecine générale auprès des gynécologues afin de se voir réattribuer tout le suivi de routine et laisser aux spécialistes les problématiques complexes et pointues.
- D'autres (7 médecins = 9,9%) ont tenu à soulever la question de la concurrence existante entre les généralistes et les sages-femmes. Certains se voyant dans l'impossibilité d'orchestrer le suivi de leurs patientes et nouveaux nés à la sortie de la maternité car étant d'office suivis par des sages-femmes. La proposition de diminuer le numerus clausus des sages-femmes a été émise.
- En faible proportion, 2 médecins (2,8%) avaient proposé de former plus de gynécologue et notamment gynécologues médicaux pour palier au déficit de suivi des femmes.
- 38% (n=27) avaient répondu n'avoir pas d'élément à ajouter à ces questions ouvertes.

Les réponses libres des praticiens à la question « *Avez-vous d'autres idées pour faire en sorte de promouvoir et faciliter la pratique de la gynéco-obstétrique en médecine générale libérale* » sont répertoriées dans l'**Annexe 4**. Elles étaient tirées directement du document GoogleDoc sans modification. 40 praticiens y avaient répondu soit 46,0% de l'échantillon.

Parmi les médecins interrogés, 62.1% (n=54) ne souhaiteraient pas être reconnus comme pratiquant la gynéco-obstétrique et recevoir des patientes adressées pour cela. Les généralistes évoquaient alors la volonté de ne suivre que leurs patientes dans une conjoncture professionnelle extrêmement chargée. Il était également mentionné à plusieurs reprises la volonté de conserver une pratique généraliste, variée et holistique de la médecine générale. Plusieurs généralistes avaient exprimé une certaine appréhension des risques engendrés par cette spécialité, en particulier lors de la pratique de l'obstétrique. D'autres praticiens avaient avoué leur désintérêt pour cette discipline ou l'arrivée imminente de leur retraite ne les poussant naturellement pas à développer de nouvelles pratiques.

Les 46 (52,9%) réponses libres à la question « *Pourquoi ne souhaiteriez-vous pas être reconnu comme pratiquant la gynéco-obstétrique et recevoir des patientes adressées pour cela* » sont retranscrites dans l'**Annexe 5**. Elles étaient également tirées directement du document GoogleDoc sans modification.

Les réponses libres à la question « *Avez-vous d'autres remarques à ajouter ?* » sont retranscrites dans l'**Annexe 6**. 31 médecins y avaient répondu soit 35,6% de l'échantillon.

Grâce à tous ces résultats nous avons une bonne base de données afin d'analyser la situation actuelle dans la Manche dans le but de trouver des pistes, plus ou moins facile à réaliser pour promouvoir la pratique de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes.

# **DISCUSSION**

---

## **I) RÉSUMÉ DES RÉSULTATS**

150 médecins généralistes de la Manche ont été tirés au sort. Le taux de réponse était de 58% (n=87).

L'échantillon de répondeurs comprenait 47 hommes (54%) et 40 femmes (46%).

14 médecins ne pratiquaient pas du tout la gynéco-obstétrique (16,1%) et 73 la pratiquaient (83,9%), dont 36 hommes (49,3%) et 37 femmes (50,7%).

Parmi les 14 médecins ne pratiquant pas la gynéco-obstétrique, la majorité étaient des hommes (n=11 ; 78,6%).

Les 4 actes les plus fréquemment pratiqués étaient l'initiation d'une contraception (95,9%), les frottis cervico-utérins (91,8%), l'examen clinique annuel gynécologique (91,8%) et le suivi de grossesses (89%).

Le principal frein à la pratique était la perception des patientes de leur généraliste comme moins compétent qu'un gynécologue (55,2%). En 2<sup>ème</sup> arrivait le manque de formation dans cette discipline (49,4%) puis la méconnaissance des patientes de cette aptitude chez leur généraliste (42,5%).

La proposition ayant remporté le plus d'approbation pour favoriser la pratique de la gynéco-obstétrique était la mise en place de formations spécifiques avec 67,8% (n=59).

## **II) POINTS FORTS DE L'ÉTUDE**

### **II)1) Randomisation**

L'échantillon a été tiré au sort, ce qui confère une certaine crédibilité et permet de minimiser le biais de sélection. Le tirage au sort a été réalisé à partir de la liste de 381 médecins généralistes de la Manche fournie par le Conseil de l'Ordre des médecins de la Manche.

D'après les chiffres de l'I.N.S.E.E (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), le département de la Manche est un territoire d'une superficie de 5938 km<sup>2</sup> et est considéré comme rural avec une densité de population de 84,2 habitants au Km<sup>2</sup>. La densité de la France est de 104,2 habitants au km<sup>2</sup>. En conséquence, le département de la Manche fait aussi partie des plus faibles démographies médicales de France avec 44 généralistes pour 100 000 habitants alors que la densité nationale de généralistes est de 128 pour 100 000 habitants. (4)

Avec 1/3 des médecins généralistes du département sollicité, l'effectif était représentatif.

## **II)2) Population Homogène**

L'échantillon tiré au sort comportait en proportions égales des femmes et des hommes travaillant en milieu rural, semi-rurale et urbain :

- 50% d'hommes (= 75 hommes) dont 1/3 pratiquant en milieu rural ; 1/3 en milieu semi rural et 1/3 en milieu urbain.
- 50% de femmes (= 75 femmes) dont 1/3 pratiquant en milieu rural ; 1/3 en milieu semi rural et 1/3 en milieu urbain.

Sur le département, la répartition des genres était la suivante : 57,3% d'hommes pour 42,7% de femmes. Il a fallu s'intéresser au genre des praticiens en raison du rôle supposé dans la pratique de la gynéco-obstétrique.

## **II)3) Taux de réponses au questionnaire**

La participation à cette étude a été plutôt satisfaisante avec un taux de réponse aux questionnaires de 58% ce qui est relativement élevé en comparaison avec d'autres études réalisées par questionnaires.

Habituellement dans les études épidémiologiques quantitatives menées par questionnaire, les taux de réponses avoisinent les 45%. C'était le cas pour les thèses suivantes :

- Thèse de Lauchet en 2010 « *Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne : obstacles et besoins de formations identifiés* » : 42,0% de réponse (5).
- Thèse de Champeaux en 2013 à Poitiers « *Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale* » : 48,5% de réponse (6).
- Thèse de Lagneau en 2016 « *Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et Alpes de Haute-Provence* » : 23,3% de réponses (7).
- Thèse de Deshays en 2016 « *Les freins au suivi de la grossesse en médecine générale : étude quantitative auprès des médecins généralistes installés en Limousin* » : 47,5% réponse (8).

L'objectif de 33, 3% fixé par le biostatisticien Dr MORELLO a été largement atteint dans cette étude. Ceci confère une fiabilité concernant l'analyse des résultats finaux.

### **III) POINTS FAIBLES DE L'ÉTUDE**

#### **III)1) Biais de sélection**

Le choix d'un seul département est en soi un biais. En effet, la situation peut être différente d'un département à l'autre (formation, influence du réseau de périnatalité...) et même de celle de la France.

Ce département a été choisi par commodité (lieu stages professionnels) et par le fait qu'aucune étude n'y avait été réalisée sur ce sujet.

Des travaux similaires évaluant les potentielles difficultés des généralistes à pratiquer la gynéco-obstétrique avaient été réalisés dans d'autres départements ou régions de France (Indre-Et-Loire (9)(10); Deux Sèvres (11); Corrèze (12) ; Rhône-Alpes-Auvergne(13) et Haute Vienne (5) sous formes qualitatives ; Limousin (8)).

Globalement, dans ces études, ressortaient comme principaux freins à la pratique de la gynéco-obstétrique (du plus au moins mentionné) :

- Le manque de demande de la patientèle (par méconnaissance de cette compétence ou par réticence).
- Le manque de formation (pratique et théorique).
- La présence d'un gynécologue à proximité (les patientes se faisant donc suivre par un autre professionnel).
- Le rapport défavorable entre temps passé/coût de la consultation et faible rémunération.

#### **III)2) Biais méthodologique**

Ce biais est lié à l'évolution de la liste des médecins généralistes de la Manche.

Cette liste a été transmise par le conseil de l'Ordre des médecins de la Manche. Les changements sont tels dans la Manche que lors de l'appel des 150 praticiens, nous avons constaté que 5 d'entre eux ne travaillaient plus dans la Manche (changement de département d'exercice ou retraite).

Dr BUREAU, président du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Manche a été sollicité en mars 2018 afin de comparer les résultats obtenus dans l'étude avec la réalité de la situation actuelle dans la Manche. Les données émises étaient alors plus récentes que celles obtenues lors du recueil des données de l'étude à savoir entre juin et octobre 2017. A l'heure actuelle

dans la Manche, le nombre total de médecins généralistes exerçant est de 363 dont 21 ayant une surspécialisation (5,7%). La moyenne d'âge des généralistes est de 54,5 ans. Le sex-ratio est de 1,81 (234 hommes pour 129 femmes). Le nombre de médecins généralistes exerçant en cabinets de groupe est de 253 soit 74%.

Le nombre de médecin a donc baissé de 4,7% sur la courte période de Juin 2017 à Mars 2018 avec le départ de 18 praticiens.

Par ailleurs, les proportions égales de femmes et d'hommes employées dans l'étude ne correspondent pas exactement à la répartition des médecins généralistes exerçant en France ni dans la Manche.

D'après les chiffres du Conseil National de l'Ordre des médecins, en 2016, les femmes exerçant la spécialité de médecine générale représentaient 46,2% de l'effectif national des médecins généralistes actifs et 42,7% des généralistes dans la Manche (14).

### **III)3) Biais de mesure**

L'enquête étant réalisée par courrier ou mail, sous forme anonyme. Il n'y avait alors aucun moyen de vérifier ni les compétences ni la réalité de la pratique de la gynéco-obstétrique des praticiens ayant répondu. Il s'agissait de réponses déclaratives des généralistes. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés aurait probablement permis une meilleure approche de ces informations.

Par ailleurs, le questionnaire ne comportait que 21 questions. En effet, il a fallu restreindre le nombre de questions afin d'espérer en récolter le plus possible, mais les données sont de ce fait moins précises. De même, une étude qualitative aurait pu permettre de rentrer plus dans les détails des pratiques, le risque d'obtenir un nombre inférieur de réponses aurait cependant été plus grand.

### **III)4) Biais d'analyse**

Grâce aux questionnaires tests, il avait été constaté que les questions ouvertes n'étaient pas ou peu remplies et lorsqu'elles l'étaient, les réponses étaient souvent succinctes.

L'analyse des réponses ouvertes était par ailleurs rendue difficile en raison des digressions fréquentes.

Des cadres thématiques ont été définis afin de regrouper les différentes réponses et permettre une analyse plus cadrée.

Les questions fermées ont donc été favorisées dans cette étude afin de faciliter l'analyse des réponses.

Ces éléments de réponses référencés dans les questions ouvertes viennent étoffer l'analyse statistique globale des freins à la pratique de la gynéco-obstétrique.

Une enquête qualitative aurait encore pu permettre d'approfondir certains items recensés dans les réponses à ces questions.

Par ailleurs, dans cette étude, il n'a pas été différencié la gynécologie de l'obstétrique. Or certains généralistes ont exprimé faire volontiers de la gynécologie mais pas d'obstétrique. Cette discipline étant considérée comme « *plus risquée sur le plan médico-légal* » et nécessitant d'après eux une « *plus grande maîtrise de la discipline* ». Le questionnaire aurait pu scinder en deux l'analyse des freins avec une partie concernant la gynécologie et une autre partie pour l'obstétrique.

## **IV) CRITIQUE DES RÉSULTATS**

### **IV)1) Critique des freins**

Les hypothèses initiales concernant les principaux freins à la pratique de la gynéco-obstétrique étaient :

- La méconnaissance par les patientes de cette compétence du médecin généraliste.
- Le rapport temps/matériel/rémunération défavorable.
- Le manque de formation initiale / continue et le manque de mise en pratique des connaissances théoriques de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes.

Les résultats de l'étude ont montré que dans la Manche, les 3 freins principaux étaient :

- La vision des patientes de leur généraliste comme moins compétent qu'un gynécologue à 55,2%.
- Le manque de formation avec 49,4%
- La méconnaissance des patientes de cette compétence chez leur généraliste à 45,2%.

En quatrième position, arrivaient ex-aequo, la durée des consultations de gynéco-obstétrique ainsi que la faible valorisation pécuniaire de ces consultations par rapport au temps passé (33,3% de l'effectif).

Par ailleurs, pour 21,8% des praticiens, le matériel d'examen spécifique nécessaire à ces consultations freine la pratique. Ce frein arrive donc en 9<sup>ème</sup> position.

Les hypothèses de départ ne se confirment donc que partiellement suite à cette étude.

Le plus gros frein observé dans cette étude était la vision des patientes de leur généraliste comme moins compétent qu'un gynécologue à 55,2%. Il s'agit cependant de la vision du médecin généraliste. Les patientes n'ont pas confirmé cette vision puisque l'étude consistait à interroger uniquement les généralistes.

Cela pourrait révéler un manque de confiance des généralistes en leur pratique de la gynécologie-obstétrique. Cette idée que les généralistes attribuent à leurs patientes est-elle avérée ou bien est-ce une fausse idée que les généralistes se font ? Une étude centrée sur le point de vue des patientes pourrait infirmer ou corroborer cette perception que se font les généralistes de leur exercice.

#### **IV) 2) Critique des améliorations suggérées**

L'un des objectifs de cette étude était de suggérer de potentielles améliorations à apporter au système de soin français afin de promouvoir la pratique de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes.

La proposition plébiscitée dans cette étude était de mettre en place des formations spécifiques en gynéco-obstétrique. Il existe pourtant actuellement certaines formations comme par exemple le D.I.U de Gynéco-Obstétrique ou encore des soirées de type F.M.C, organisées par certaines maternités de la région et dédiées aux médecins généralistes.

En revanche, ce qui ressort de l'étude, c'est que les praticiens opteraient davantage pour des propositions de formations plus variées, plus courtes et moins onéreuses que celles qui existent aujourd'hui. Il est vrai qu'en prenant l'exemple très concret du D.I.U de Gynéco-Obstétrique proposé par l'U.F.R santé de l'université de Caen, le coût pour les médecins généralistes est d'environ 1640 Euros uniquement pour l'inscription. Il nécessite la présence

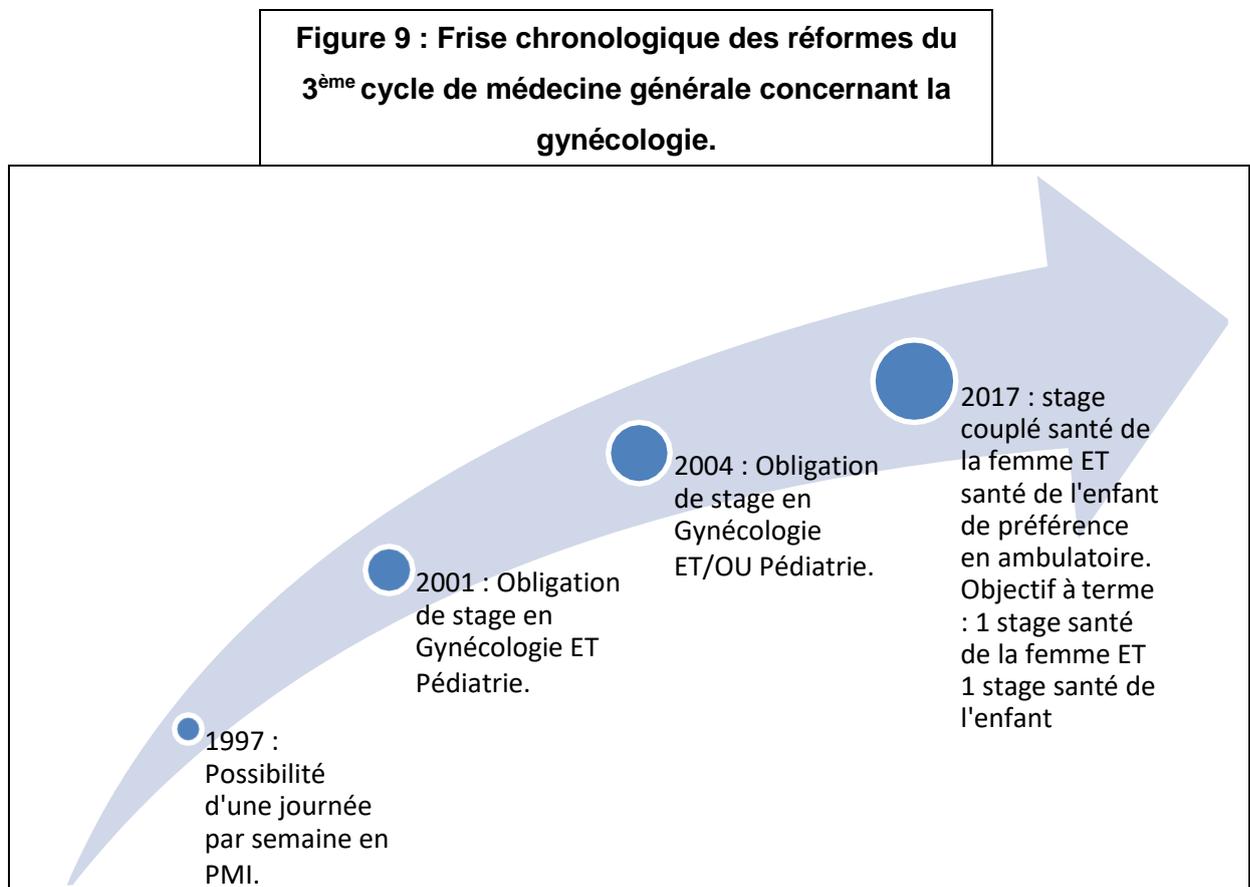
du praticien à raison de 10 journées complètes de cours auxquelles s'ajoutent 42 demies journées de consultations obligatoires. Au total, cet investissement de temps équivaut à un défaut de revenus d'environ 31 journées d'exercice. A ce temps consacré à la l'enseignement proprement dit se surajoute la préparation de l'examen écrits ainsi que la rédaction d'un mémoire. Il est donc aisé de comprendre que le manque de temps des praticiens dû à une activité professionnelle déjà très fournie d'une part et l'enjeu économique d'autre part sont des freins à leur participation à une formation de cette exigence.

En synthèse, de plus courtes et plus spécifiques sessions de formations sur certains items bien précis seraient peut-être plus en accord avec les attentes et disponibilités des généralistes pratiquant en libéral. De ce point de vue, le format des soirées de F.M.C suscitées conviendrait ainsi davantage aux médecins généralistes. Le succès de ce type de manifestation se trouverait probablement accru avec davantage de publicité et une meilleure accessibilité géographique.

La deuxième amélioration suggérée était l'instauration d'un semestre obligatoire de gynécologie obstétrique dans la maquette du D.E.S de médecine générale. Un stage obligatoire en gynécologie était anciennement de rigueur durant l'externat et l'internat. Devant l'augmentation du *numerus clausus* et par conséquent du nombre d'externes et d'internes pour des services de structure inchangée, le caractère obligatoire de ce stage n'a pu être maintenu.

Avec la réforme du troisième cycle des études médicales de 2017, la gynécologie obstétrique redevient un stage obligatoire pour tous les internes de médecine générale mais d'avantage en ambulatoire. Cette réforme n'est pas applicable en l'état en particulier en ce qui concerne les stages Santé de la femme et de l'enfant. Ceci est dû à l'inadéquation entre le nombre d'internes et le peu de postes ouverts aux internes de médecine générale dans les services de gynécologie obstétrique. La nouvelle maquette de médecine générale étant davantage tournée vers l'ambulatoire, de nouveaux terrains de stage en libéral vont être proposés progressivement. Il existe donc une maquette de transition qui tolère les stages couplés (3 mois de santé de la femme, 3 mois de santé de l'enfant). (Cf **Annexe 7**).

La **Figure 9** suivante représente une frise retraçant la chronologie des réformes du troisième cycle des études médicales concernant les stages de gynécologie obstétrique :



Il pourrait être intéressant de réfléchir à la possibilité d'ouvrir de nouveaux terrains de stage comme par exemple dans certaines maternités de plus petite taille ou bien encore en clinique privées où il n'y a actuellement que peu d'internes.

En troisième proposition, l'idée de mise en place d'une campagne d'information auprès des patientes pour faire connaître cette compétence méconnue qu'ont leurs généralistes a été plébiscitée. Il s'agirait alors de créer une plaquette d'informations diffusée par le Ministère de la Santé ou l'Assurance Maladie afin de décrire tous les rôles du généraliste et en particulier cette compétence en gynéco-obstétrique.

Pourquoi ne pas également imaginer des campagnes publicitaires (journaux, clips TV, messages radio etc...) de dépistage des cancers du sein et du col où seraient mentionnés les médecins généralistes (« parlez-en à votre généraliste », « faites faire votre frottis tous les 3 ans de 25 à 65 ans chez votre généraliste »). Il pourrait aussi être envisagé d'informer les

collégiens et lycéens sur cette pratique des généralistes lors des séances d'éducation sexuelle obligatoires dans les collèges et lycées.

Des affiches publicitaires à disposer dans les salles d'attentes des généralistes pourraient également être créées pour informer les patientes de cette compétence.

Le but de la démarche étant de favoriser le suivi gynécologique, le bénéfice pour la patiente d'avoir l'information est supérieur à l'éventuel désaccord de praticiens ne souhaitant pas exercer cette discipline. Ils auraient alors la mission de rediriger les patientes demandeuses vers d'autres spécialistes s'ils ne souhaitent pas s'en occuper.

On peut également imaginer une place à donner aux réseaux de périnatalité dans la diffusion de cette information auprès des femmes.

## **V) POINTS A DISCUTER**

### **V1) Multiplicité des acteurs dans le suivi gynéco-obstétrical des femmes**

En France, les femmes peuvent se faire suivre sur le plan gynéco-obstétrical par de nombreux professionnels de santé : gynécologues obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins généralistes, sages-femmes. Une grande diversité des structures de soins est également à leur disposition pour cela : cabinet libéral, service hospitalier, Protection Maternelle et Infantile (P.M.I), Centre de Planification et d'Éducation Familiale (C.P.E.F).

On peut cependant craindre que la diversité de l'offre de soins nuise à la clarté du dispositif. Ainsi, devant la multiplicité des modalités de prise en charge, les femmes peuvent se trouver perdues.

Au sein même de la communauté médicale, le rôle de chacun n'est pas non plus clairement défini ce qui amène à des superpositions de compétences génératrices de potentiels conflits corporatistes. On peut citer ainsi la place grandissante des sages-femmes dans l'architecture de la prise en charge de la femme. Leur rôle grandissant dans le suivi des grossesses normales dans le secteur libéral, auquel s'ajoute désormais le suivi gynécologique préventif participent probablement à la désaffection des généralistes pour cette activité. Cette hypothèse n'a cependant pas été testée dans le questionnaire élaboré dans cette étude. Plusieurs cas similaires ont cependant été rapportés dans les résultats de l'étude lorsque les

généralistes se voyaient destitués du suivi de leurs patientes en post-partum au profit des sages-femmes sortant de la maternité. Il s'agirait, au nom de la santé publique, de parfaire la connaissance des différents rôles de tous les professionnels ayant une mission dans la santé de la femme et d'en faire part aux patientes ainsi qu'aux autres professions concernées.

## **V)2) État des lieux des systèmes de soins**

Le système de soins d'un pays influence sa pratique de la médecine. Le système de soins français est un élément très structurant dans le parcours de soins des femmes.

### **V)2)a. Le système de soins en France**

Selon la définition européenne de 2002, la médecine générale, encore appelée médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formations. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

Les français sont libres de consulter leur généraliste dès lors qu'ils en ressentent le besoin. Pour être remboursés par la Sécurité Sociale et leur complémentaire santé, il faut avoir déclaré un médecin traitant. Dans ce cas, la Sécurité Sociale prend en charge 70% du montant de la consultation et la complémentaire santé rembourse les 30% restant, le cas échéant.

La gynécologie est l'une des rares spécialités auxquelles les patientes peuvent accéder sans être adressées par leur médecin généraliste. Ce mode d'accès est dénommé : accès direct spécifique. Ce dispositif a été mis en place afin de faciliter l'accès aux soins en particulier le dépistage. Il existe tout de même des conditions pour pouvoir être en accord avec le parcours de soins. Pour pouvoir bénéficier d'un remboursement optimal par la sécurité sociale en allant de soi même chez le gynécologue sans passer par son généraliste, il faut que les motifs de consultation fassent partie de la liste ci-dessous :

- Examens cliniques gynécologiques périodiques,
- Actes de dépistage,
- Prescription et suivi d'une contraception,
- Suivi de grossesse,
- Interruptions Volontaires de Grossesse (I.V.G) médicamenteuse.

Dans cette situation uniquement on considère que la patiente a respecté le parcours de soins (15).

En revanche, une patiente qui consulterait sans l'adressage de son médecin traitant pour bénéficier d'une échographie gynécologique ne rentre pas dans le cadre de l'accès direct spécifique. Elle ne se verrait donc remboursée de sa consultation gynécologique qu'à hauteur de 30% par la Sécurité Sociale car cet acte ne fait pas partie de la liste des motifs d'accès direct spécifique. De même, une patiente qui n'aurait pas déclaré de médecin traitant bien que consultant dans le cadre de l'accès direct spécifique ne serait remboursée que de 30% de sa consultation gynécologique, le cas échéant.

Il existe un cas particulier concernant les I.V.G. En effet, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016, l'ensemble des actes liés à l'I.V.G bénéficie d'un remboursement par la Sécurité Sociale à hauteur de 100%.

Les autres spécialités en accès direct spécifique sont :

- L'ophtalmologie,
- La stomatologie en dehors d'actes chirurgicaux lourds,
- La psychiatrie ou neuropsychiatrie pour les patients entre 16 et 25 ans,
- Et la pédiatrie.

#### V)2)b. Les systèmes de soins dans les autres pays européens

- En **Angleterre** : Chaque patient doit s'inscrire sur la liste des médecins agréés par le *National Health Service* (N.H.S) s'il ne veut pas avoir à payer ses consultations médicales. Le médecin traitant est alors attribué de façon arbitraire en fonction de la zone géographique dans laquelle il réside. Le médecin généraliste, appelé « *General Practitioner* » ou encore « GP » constitue la pierre angulaire du système de santé anglais. Les GP sont en moyenne en charge de 1880 patients chacun (16). Environ 85% des GP ont signé un contrat de prestations de service avec le N.H.S. Ils sont directement rémunérés par l'État, en fonction du nombre de patients qu'ils prennent en charge comme médecin traitant. Le N.H.S est financé directement par le budget général de l'État, lui-même alimenté par les impôts. Les « *general practitioners* » prodiguent les soins primaires et servent de filtre au système hospitalier, l'accès aux spécialistes leur incombe, y compris pour les gynécologues. Les consultations chez le GP sont gratuites pour tous les patients à condition qu'ils soient inscrits chez leur GP. Le système d'assurance maladie privé est très utilisé en Angleterre car les médecins du système public sont débordés en raison du grand nombre de patients que comprend leur patientèle. Il existe des médecins indépendants n'étant pas inscrits au N.H.S, leurs délais de consultation sont beaucoup plus courts mais dans ce cas les consultations

sont pour la plupart très chères et les patients ne sont pas remboursés des frais engendrés à moins d'avoir contracté une assurance médicale privée (17).

- En **Espagne** : Une large majorité d'espagnols ont recours au système public d'assurance santé appelé I.N.S.A.L.U.D (*Instituto Nacional de Gestion Sanitaria* = Institut National de Gestion Sanitaire). Chaque salarié cotise obligatoirement au système de santé public espagnol. Les médecins de la Sécurité Sociale espagnole sont des salariés, qui travaillent pour l'I.N.S.A.L.U.D (18). Ils ne sont donc pas payés directement par le patient, ce qui permet d'avoir des tarifs relativement homogènes d'un médecin à l'autre. Le patient doit faire une demande auprès du centre médical le plus proche de chez lui afin de demander l'attribution d'un médecin traitant. La Sécurité sociale espagnole impose le médecin traitant ainsi que le centre de santé (en général, le plus proche du domicile) dans lequel le patient doit consulter. Les patients doivent passer par l'intermédiaire du médecin traitant pour être redirigés si besoin vers un spécialiste y compris les gynécologues. Le système d'assurance maladie privé est aussi utilisé en Espagne, il permet de choisir chaque praticien et de bénéficier de délais de consultation plus courts (19).
- En **Allemagne** : le patient est libre d'adhérer ou non au système de santé publique proposé par le gouvernement. A défaut, il existe aussi les assurances privées. L'Allemagne a établi un régime social légal comprenant cinq branches d'assurance couvrant la pension, la maladie, la dépendance, les accidents et le chômage. Lorsque le patient cotise à l'assurance maladie publique, il peut bénéficier de prestations gratuites telles que les visites chez le médecin généraliste et les praticiens sont directement payés par la caisse maladie. C'est le médecin généraliste qui adresse les patients pour consulter un médecin spécialiste si besoin, y compris pour les gynécologues (20).

Afin de favoriser la pratique de la gynécologie par les généralistes, nous pourrions opter, en France, pour la même politique d'adressage des patientes aux spécialistes par leur généraliste (21).

### **V)3) État des lieux de la formation médicale en France**

#### V)3)a. Retour sur la formation de médecine en France

En 1802 furent créés les concours de l'internat et de l'externat. L'accès à l'externat dépendait de la réussite à une épreuve de sémiologie en fin de deuxième année. Le concours de l'internat

n'était accessible qu'aux élèves externes des hospices. Les concours de l'externat et de l'internat étaient indépendants des examens de la faculté, qu'il était cependant nécessaire de passer pour avancer dans le cursus universitaire. Réussir aux concours d'externat et d'internat assurait d'une formation pratique de haute qualité, dans les hôpitaux, sous le contrôle d'un chef de service. Au terme des quatre années d'internat, on obtenait alors le titre très convoité d'« ancien interne des hôpitaux ».

Après la Seconde Guerre, on constata que certaines spécialités (comme l'Oto-Rhino-Laryngologie, la Radiologie, la Gynéco-Obstétrique, l'Ophtalmologie), étaient peu choisies par les étudiants admis au concours de l'internat : on créa alors les Certificats d'Études Spécialisées (C.E.S). Au terme d'un enseignement théorique de deux ans, les titulaires obtenaient la qualification de spécialiste auprès du Conseil de l'Ordre (22).

En 1968 le concours de l'externat fut supprimé, tous les étudiants avaient alors l'obligation de suivre les années d'externat entre théorie et pratique hospitalière.

En 1971 fut créé un concours à la fin de la première année des études de médecine devant l'afflux massif d'étudiants chaque année plus nombreux.

Jusqu'en 1984, tout médecin pouvait devenir spécialiste, soit par la voie du concours de l'internat, soit par le voie non sélective du C.E.S.

En 2004, le concours de l'internat a été supprimé et remplacé par les Épreuves Classantes Nationales (E.C.N). Il s'agit d'épreuves nationales qui classent tous les étudiants français de 6<sup>ème</sup> année de médecine. Ces épreuves sont donc obligatoires. A l'issue de ce concours chaque étudiant définit son choix de spécialité en fonction de son classement.

#### V)3)b. Formation de médecine générale

Avant 2004, les étudiants voulant exercer le métier de médecin généraliste n'avaient pas à passer le concours de l'internat. Leur deuxième cycle était suivi d'une période de deux ans et demi appelée résidanat (23).

Le Diplôme d'Études Spécialisées (D.E.S) de médecine générale a été créé en 2002 et mis en application en 2004 avec l'avènement des E.C.N. La médecine générale a alors été reconnue comme une spécialité à part entière au même titre que les autres spécialités. Le

D.E.S de médecine générale est depuis cette date validé au terme d'un internat d'une durée de 3 ans.

Une nouvelle réforme du troisième cycle a été mise en place en 2017. Le stage en gynécologie obstétrique est alors redevenu obligatoire dans la maquette du D.E.S de médecine générale (24). Le 3ème cycle de médecine générale dure actuellement 3 ans et sa maquette globale est la suivante :

- 1<sup>ère</sup> année = phase socle = 1 semestre d'urgences adultes et 1 semestre de médecine générale en ambulatoire chez le praticien.
- 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années = phase d'approfondissement = 1 semestre de médecine adulte, 1 semestre de santé de la femme, 1 semestre de santé de l'enfant et 1 S.A.S.P.A.S (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé).

Environ 50% de ces stages seront effectués en ambulatoire (25) (Cf **Annexe 7**).

### V)3)c. Formation de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale

Pour mieux comprendre la pratique de la gynécologie obstétrique, il est important de faire un point sur son histoire.

Dans l'histoire de la médecine, la gynécologie est une spécialité relativement récente. Ainsi, alors que la médecine générale a toujours accompagné l'évolution de l'homme et a permis l'allongement progressif de son espérance de vie, la gynécologie fut une discipline sur laquelle on ne se pencha réellement que plus tard. C'est au 16<sup>ème</sup> siècle que la discipline s'est peu à peu structurée et c'est à ce moment que des médecins se sont consacrés à l'étude de l'appareil génital féminin. On note cependant que l'histoire de l'obstétrique a débuté à l'époque médiévale alors que l'on commençait à s'intéresser à des techniques pour favoriser la survie de la femme et de l'enfant lors de l'accouchement (26).

Si la gynécologie obstétrique existe et est étudiée depuis le 16<sup>ème</sup> siècle, la gynécologie médicale n'a fait son apparition que vers les années 1930. En 1931 a été créée la Société Française de Gynécologie par des chirurgiens gynécologues désireux de travailler en collaboration avec des médecins afin de répondre au mieux aux demandes des femmes concernant les pathologies de l'appareil génital féminin.

En 1949, la première école de gynécologie médicale a été créée par le Professeur Albert Netter (gynécologue et endocrinologue). Ce n'est qu'en 1963 que la discipline de gynécologie médicale est réellement devenue une spécialité à part entière inscrite dans la liste des diplômes universitaires.

Ainsi, jusqu'en 1984, les deux spécialités (gynécologie médicale et gynécologie obstétrique) cohabitaient sur les bancs de l'université. En 1984, la gynécologie médicale a été supprimée en tant que formation universitaire, mais resta pratiquée par certains gynécologues qui avaient la formation de gynécologie obstétrique. Jusqu'en 1984 la France possédait donc une originalité dans le domaine de la santé : la Gynécologie Médicale (26). Le C.E.S de Gynécologie Médicale vivait harmonieusement à côté du D.E.S. de Gynécologie Obstétrique. On pouvait d'ailleurs passer du C.E.S. de Gynécologie Médicale au D.E.S. de Gynécologie Obstétrique, et vice-versa si on le souhaitait en effectuant une année de formation supplémentaire dans des services hospitaliers agréés. L'obtention du C.E.S ne dépendait pas de la réussite au concours de l'internat, contrairement au D.E.S. Il n'existait pas, à cette époque, de D.E.S de Gynécologie Médicale.

C'est en 1984 que la spécialité de Gynécologie Médicale a été supprimée, laissant pour seul cursus validant le D.E.S de Gynécologie Obstétrique (27).

En 2003, grâce à la mobilisation de la profession et à l'appui de comités de patientes, que la spécialité Gynécologie Médicale a été restaurée. Un D.E.S de Gynécologie Médicale a ainsi été créé. L'accès au D.E.S de Gynécologie Médicale a alors été conditionné par un classement en rang utile au concours de l'internat. La formation en 3ème cycle de Gynécologie Médicale s'effectuait ainsi durant un internat de 4 ans. La durée du D.E.S de Gynécologie Obstétrique était quant à elle de 5 ans.

Les rôles des gynécologues médicaux sont variés : promouvoir la contraception, lutter contre les maladies sexuellement transmissibles, diminuer les actes chirurgicaux en gynécologie... Parallèlement, ils ont développé la prise en charge médicale des troubles gynécologiques liés à la ménopause et se sont petit à petit investis dans les techniques d'aide à la procréation et le suivi des couples infertiles. Le rôle des gynécologues obstétricaux s'est alors davantage recentré sur la prise en charge des grossesses et sur la chirurgie gynécologique (28).

De nos jours, l'avenir de la Gynécologie Médicale et de son D.E.S en France fait l'objet d'inquiétudes bien légitimes. En effet, on ne peut que déplorer le peu de postes d'internes offerts chaque année aux E.C.N : 16 postes aux E.C.N de 2004 jusqu'à un maximum de 68

postes en 2015 et 2016 pour tout le territoire français. Le nombre de postes ouverts cette année est de 47 (29)(30). Par ailleurs, la moyenne d'âge des gynécologues médicaux actuellement en exercice est élevée (84% des gynécologues médicaux avaient ainsi plus de 55 ans en 2016). Elle est en effet supérieure à celle de l'ensemble des spécialistes. On peut alors anticiper qu'en 2020, plus de 60% d'entre eux auront pris leur retraite.

La spécialité de Gynécologie Médicale en France n'a donc pas atteint la maturité et la sérénité qu'elle espérait et certains commencent même à parler d'une restructuration du D.E.S de Gynécologie Médicale.

Ce bref historique de la Gynécologie Médicale en France illustre son caractère chaotique et justifie les interrogations pour l'avenir.

#### **V)4) Comparatifs avec la situation dans d'autres régions de France**

Afin d'ouvrir le champ de vision, il est important de se rendre compte que la pratique de la gynécologie obstétrique fait face à des freins chez les médecins généralistes y compris en dehors de la Manche.

Voici un récapitulatif des principaux freins observés dans des études réalisées lors de thèses de médecine générale durant les années passées :

- Thèse de C. PICAUD « *La pratique de la gynécologie par les médecins généralistes de la Loire Atlantique* » réalisée en 2013 (31). Il s'agissait d'une étude prospective randomisée par questionnaires. Un tirage au sort de 279 médecins généralistes de Loire Atlantique a été effectué, suivi d'un envoi par mail d'un lien vers un questionnaire en ligne anonyme. 139 réponses ont été reçues dans un délai d'un mois soit 49,8% de l'échantillon interrogé. La moyenne d'âge était de 49,6 ans. Le sex-ratio était de 1,5. 129 médecins pratiquaient la gynécologie (92,8%). Le principal frein à la pratique de la gynécologie était le genre masculin du praticien (24,6%) puis le manque de formation (22,1%), le manque de demande (20,5%), le manque de temps des praticiens (20,5%) et enfin le manque d'intérêt (3,4%).
- Thèse de A. LAGNEAU « *Les consultations de gynécologie-obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et Alpes de Haute-Provence : Analyse des pratiques* » réalisée en 2016 (7). Il s'agissait d'une étude transversale quantitative

par enquête de pratiques réalisée par le biais de questionnaires. 300 médecins généralistes libéraux ont été randomisés, 160 ont accepté de participer par téléphone et 70 ont réellement répondu soit 23,3 % de l'échantillon. Le sex-ratio était de 2,0. Les principaux freins à la pratique étaient : la présence d'un autre professionnel de santé à proximité (43%), le défaut de formation médicale continue (14%), le risque médico-légal (14%), la méconnaissance des patientes (10%).

- Thèse de S. DIAS « *État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Île-De-France* » réalisée en 2010 (32). Il s'agissait d'une étude descriptive à partir d'un questionnaire. Il a été réalisé une randomisation de 400 médecins, 170 médecins ont répondu soit 42,5% de l'échantillon. La moyenne d'âge était de 51,8 ans. Le sex-ratio était de 1,46. Les principaux freins à la pratique étaient : la présence d'un gynécologue à proximité (72,6%), le manque de temps (30,5%), le manque de formation (27,3%), le manque de demande (26,3%) et enfin le manque d'intérêt des praticiens (23,1%).
- Thèse M. BROSSET « *Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-Et-Loire dans leur pratique de la gynécologie-obstétrique* » réalisée en 2013 (33)(9). Il s'agissait d'une étude descriptive transversale quantitative par questionnaire. 250 généralistes ont été randomisés, 160 praticiens ont répondu soit 64% de l'échantillon. La moyenne d'âge était de 51,1 ans. Le sex-ratio était de 2,52. Les principaux freins étaient : le rapport rémunération-temps passé-matériel (19%), la méconnaissance de cette compétence (19%), le suivi des patientes par d'autres professionnels (17%), la formation médicale initiale insuffisante (12%).

## **V)5) Vers une évolution favorable ?**

### **V)5)a. Valorisation financière des actes gynécologiques :**

La nouvelle cotation des actes médicaux de Novembre 2017 prévoit en particulier deux nouvelles cotations pour les actes de gynécologie pratiqués en médecine générale :

- Frottis : acte cumulé à 100% avec une consultation (cotation : G+JKHD001) soit l'équivalent d'une consultation à 37,46€. Avant il s'agissait de l'addition d'un demi JKHD001 (soit 6,23€) à une consultation (25€) soit un total de 31,23€.

- Consultation de Contraception et Prévention (cotation : CCP) réservée aux jeunes filles entre 15 et 18 ans : 46€.

Il existe aussi d'autres cotations d'actes réalisables par les médecins généralistes (34) :

- Ablation ou changement d'un implant contraceptif (cotation : QZGA002) : 41,8€.
- Pose d'un DIU (cotation : JKLD001) : 38,4€.
- Changement d'un DIU (cotation : JKLD001) : 38,4€.
- Retrait d'un DIU non suivi de repose (cotation : JKGD004) : 0€.
- IVG Médicamenteuse : (Forfait : IC+FHV+FMV+IC) : 187,92€.

Ces modifications de tarifications se veulent incitatives pour les médecins généralistes. Cependant le matériel nécessaire peut s'avérer onéreux : Spéculums à usage unique, table d'examen spécifique si possible ou adaptable avec étrières, gants à usage unique, pinces, sets stériles ou acquisition d'un matériel de stérilisation pour les actes le nécessitant.

On note également une tendance à la diffusion de la pratique de la médecine générale en cabinet de groupe, ce qui pourrait permettre de mutualiser les moyens matériels et ainsi voir diminuer les coûts.

#### V)5)b. Intégration du réseau de périnatalité

La Basse Normandie dispose d'un réseau de périnatalité dont le but est de favoriser l'accès aux soins, la coordination des acteurs entre eux, la continuité et l'interdisciplinarité de la prise en charge des mères et des nouveau-nés. Il participe à des actions de prévention, d'information, de diagnostic et de soins. Il a également pour vocation de favoriser la collaboration entre les professionnels de santé autour de la mère et l'enfant (35).

La Haute Autorité de Santé a émis en Mai 2016 des recommandations de bonnes pratiques concernant le suivi des femmes enceintes (36)(37). L'objectif de ce rapport était d'aider au suivi de la grossesse normale et d'améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales pouvant potentiellement compliquer la grossesse afin d'en adapter si besoin le suivi. Les grossesses sont ainsi classées en 4 groupes en fonction de facteurs de risque dont le suivi va dépendre :

- A : pas de situation à risque ou faible niveau de risque, le suivi régulier peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou obstétrical).

- A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire.
- B : les situations à risque détectées attestent d'un risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Voici la liste des situations à risque :

- Facteurs de risque généraux : individuels, sociaux, professionnels, familiaux.
- Antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non : chirurgicaux, pathologies utéro-vaginales.
- Antécédents personnels liés à une grossesse précédente : antécédents obstétricaux.
- Exposition à des toxiques : alcool, tabac, drogues, médicaments tératogènes.
- Facteurs de risque médicaux : diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation.
- Maladies infectieuses : toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis.
- Facteurs de risque gynécologique et obstétricaux : cancer du sein, hématome rétro-placentaire, incompatibilité fœto-maternelle.

Le C.H.U de Caen a créé en mars 2013 une consultation de gestion des risques de la femme enceinte dénommée Gestion du Risque Et Prise en charge Obstétricale et Néonatale (G.R.E.P.O.N). La femme enceinte bénéficie d'un premier rendez-vous lors de son premier trimestre de grossesse regroupant échographie, prise de sang, remise d'informations. Le niveau de risque, tel qu'il a été défini dans le rapport de la H.A.S, était alors estimé à ce moment et permettait de statuer sur le type de suivi adapté au risque de la grossesse (38). Chaque semaine les dossiers des patientes vues en consultation de G.R.E.P.O.N étaient revus par un médecin afin d'harmoniser les choix de prise en charge de ces patientes. L'objectif était, à terme, de développer un partenariat avec les médecins généralistes et gynécologues médicaux afin que ceux-ci puissent assurer le suivi de beaucoup de grossesses en toute sérénité. En effet, ils pouvaient profiter d'un lien étroit avec les professionnels du C.H.U en cas de problème durant la grossesse. La patiente était tout de même revue au C.H.U à 36 semaines d'aménorrhée pour la dernière consultation de grossesse. Ce vœu de fonctionnement en réseau ville-hôpital avait pour objectif d'améliorer la satisfaction des patientes et permettre une homogénéisation du suivi de grossesse, mais également de mettre en place des outils de médecine prédictive pour les principales complications obstétricales redoutées, notamment chez les nullipares (prédiction de risque de prééclampsie, d'accouchement prématuré...). Malheureusement la diffusion de cette stratégie s'est heurtée

à de nombreuses exigences en terme de personnel, de créneaux de consultation... Elle n'a donc pas pu devenir viable au long terme.

#### V)5)c. Féminisation de la profession

En 1990, on comptait 30 % de femmes parmi les médecins en France. En 2013 elles étaient 41 % et, selon les prévisions, elles seront plus nombreuses que les hommes à partir de 2022. Les promotions d'étudiants en médecine comprennent depuis quelques années un ratio femmes-hommes de 60%(39)(40).

Nous avons pu voir que la plupart de médecins n'exerçant pas la gynéco-obstétrique sont des hommes, la féminisation progressive de la profession de médecin devrait donc permettre de diminuer la proportion des médecins n'exerçant pas cette discipline.

#### V)5)d. Répartition des généralistes dans la Manche

La répartition des gynécologues et des généralistes est inégale sur le territoire de la Manche. Leur densité est plus forte à proximité des villes plus peuplées telles que Cherbourg, St Lô, Avranches, ou bien encore Granville (4). Cette densité a pu influencer la pratique des généralistes exerçant dans ces zones. En effet, étant donné le plus grand nombre de spécialistes, l'accès aux consultations est plus facile pour les patientes qui sollicitent alors moins leurs généralistes pour cette discipline.

Des moyens commencent à être mis en place afin d'inciter les nouveaux praticiens à s'installer dans des zones plus rurales et plus excentrées des grandes villes. Peut-être que cela va permettre une répartition plus homogène des généralistes et gynécologues afin de mieux couvrir le territoire et faciliter l'accès des femmes à un suivi gynécologique.

## **VI) PISTES A EXPLORER**

Il pourrait être intéressant de réaliser une analyse des déterminants de la pratique de la gynécologie obstétrique chez les généralistes. La connaissance de ces déterminants pourrait permettre d'établir un profil type de médecins ne pratiquant pas la gynécologie obstétrique et ainsi mieux cibler les actions de formation en affinant les stratégies de communication avec ceux-ci.

Pour vraiment avoir fait le tour de la question concernant les freins à la pratique de la gynécologie obstétrique en médecine générale il pourrait être intéressant d'interroger les patientes sur leur vision de la situation. En effet ce questionnaire ne permet d'évaluer que la vision des généralistes. On apprend de cette étude que la représentation qu'ils se font de leur pratique est largement fondée sur la supposition de ce que pensent les patientes à l'égard de leurs compétences. Il est possible que l'opinion publique soit très différente de cette représentation ce qui pourrait contribuer à nourrir les freins à la pratique de la spécialité ou au contraire contribuer à les rassurer quant à leur place dans le dispositif de soin de la femme.

Enfin, les limites de la méthodologie employée dans cette étude par questionnaire, déjà largement discutées précédemment, inciteraient à compléter ces résultats par ceux d'une étude qualitative portant sur un nombre plus restreint de médecins généralistes au travers d'entretien semi-dirigés ou de focus groupes.

# **CONCLUSION**

---

Le but de cette enquête était de déterminer les freins à la pratique de la gynéco-obstétrique chez les médecins généralistes afin d'essayer de trouver des moyens de promouvoir et augmenter leur pratique de cette spécialité.

Bien que les femmes puissent choisir, en France, le professionnel de santé (généraliste, gynécologue médical, gynécologue-obstétricien, sage-femme) qui réalisera leur suivi gynécologique, nous constatons encore trop de lacunes dans la prise en charge de cette discipline. Les raisons en sont multiples mais il s'agit en grande partie de la faible pratique de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes et de la difficulté des femmes à pouvoir consulter un gynécologue dans des délais raisonnables.

Cette étude a permis de statuer sur les principaux freins à la pratique de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche. Le premier frein est la supposée vision des patientes de leur généraliste comme moins compétent qu'un gynécologue ou gynéco-obstétricien pour effectuer leur suivi. Le deuxième frein répertorié par le questionnaire est le manque de formation à cette spécialité durant le cursus médical. Le troisième frein est la méconnaissance des patientes de l'existence de cette compétence chez leur généraliste.

Le nombre de gynécologues médicaux est de plus en plus faible de par la franche diminution voire disparition du nombre de postes d'internat dédiés à cette spécialité et l'âge avancé des praticiens actuellement en exercice. A l'époque où les gynécologues médicaux étaient nombreux à exercer en libéral, les médecins généralistes n'avaient qu'une faible place dans le suivi gynécologique de la femme. Certains n'ont même jamais vraiment pratiqué cette discipline de par le monopole qu'avaient les gynécologues sur le suivi des femmes à cette époque. Cette situation n'est plus d'actualité, le départ à la retraite des gynécologues médicaux et le peu de remplaçants ne suffisent pas à créer un maillage suffisant pour permettre un suivi de qualité.

Plusieurs solutions ressortent de cette étude afin de pouvoir faciliter la pratique de la gynéco-obstétrique par les généralistes et améliorer également la répartition des soins. La mise en place de formations spécifiques offrant des sessions multiples et variées, sur des items précis, peu coûteux et peu chronophages a été très plébiscitée par le panel de médecins interrogés. L'instauration d'un semestre de gynécologie obligatoire dans la maquette de l'internat de médecine générale a reçu l'approbation de beaucoup des généralistes interrogés. Cette proposition semble faire partie des objectifs de la nouvelle réforme du troisième cycle des études médicales appliquée à la médecine générale. En effet elle fait à nouveau partie de la maquette de stages obligatoires mais n'est pour l'instant que partiellement réalisable du fait

du manque de postes ouverts. D'autre part, l'idée de mise en place d'une campagne d'information auprès des patientes pour faire connaître et reconnaître par les spécialistes cette compétence qu'ont les généralistes est ressortie de l'étude. Elle permettrait de faire prendre conscience aux femmes de la possibilité de se faire suivre par leur généraliste. Par ailleurs, on peut espérer également que la féminisation de la profession de médecin permette d'augmenter la proportion de généralistes pratiquant la gynéco-obstétrique.

Malgré les imperfections inhérentes à toute étude par questionnaire et dans l'absence de corrélation avec l'opinion des femmes, cette étude corrobore les travaux déjà réalisés dans d'autres régions et participe grandement à une meilleure connaissance des freins à la pratique de la gynécologie obstétrique chez les médecins généralistes. Elle constitue également une justification à la réalisation d'autres études sur le sujet, en utilisant différents outils méthodologiques, ceci afin d'affiner notamment les pistes à envisager pour disposer d'un maillage régional de praticiens, ce qui serait probablement favorable aux femmes de notre région.

# **BIBLIOGRAPHIE**

---

1. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016. :326. Conseil National de l'Ordre des Médecin. Dr P. BOUET. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
2. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/mobile.php>
3. Cancer du col de l'utérus / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
4. Comparateur de territoire | Insee [Internet]. [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-50+FRANCE-1>
5. Lauchet N, Prevost M. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne: obstacles et besoins de formations identifiés. Limoges, France: S.C.D. de l'Université de Limoges; 2010.
6. 62bd3a15-c39a-4613-ace3-54e608bfe46b.pdf [Internet]. [cité 29 août 2018]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/62bd3a15-c39a-4613-ace3-54e608bfe46b>
7. Lagneau A, Malatrasi G. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques. Nice, France: Université de Nice Sophia Antipolis; 2016.
8. Deshays V, Da Silva P. Les freins au suivi de la grossesse en médecine générale: étude quantitative auprès des médecins généralistes installés en Limousin. Limoges, France: SCD de l'Université de Limoges; 2016.
9. Brosset M, Renoux C. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale: une enquête quantitative. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2013.
10. Bertille - Née le 04 Décembre 1983 à Tours.pdf [Internet]. [cité 29 août 2018]. Disponible sur: [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013\\_Medecine\\_DienBergeardBertille.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_DienBergeardBertille.pdf)
11. Champeaux R, Dominault M. 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. France; 2013.
12. Charier Y, Raffi F. Les motifs fréquents de consultation gynécologique en médecine générale: pratiques, freins et difficultés : à propos d'une étude réalisée auprès des médecins généralistes de la Corrèze. Limoges, France: S.C.D. de l'Université de Limoges; 2009.
13. Terris C, Farge T. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale? Etude qualitative auprès des patientes. Lyon, France; 2017.
14. cnomrepartitionmg.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomrepartitionmg.pdf>

15. En métropole [Internet]. [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/metropole>
16. Street A. Le National Health Service britannique : un seul modèle, quatre systèmes [Internet]. The Conversation. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <http://theconversation.com/le-national-health-service-britannique-un-seul-modele-quatre-systemes-83517>
17. Le système de santé en Angleterre [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <https://angleterre.org.uk/civi/sante-health.htm>
18. Médicale MP. MACSF Prévention Médicale [Internet]. prevention-medicale.org. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/systeme-sante-espagno>
19. Expatis.com. Le système de santé en Espagne : sécurité sociale et soins [Internet]. Expatis. 2016 [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <http://www.expatis.com/fr/comprendre-le-systeme-de-sante-en-espagne-securite-sociale-et-reseau-de-soins/>
20. Aoustin M. INTRODUCTION AUX DEBATS. 2005;43. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes\\_fr.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_fr.pdf)
21. 02F\_Busse.pdf [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: [https://dievolkswirtschaft.ch/content/uploads/2006/12/02F\\_Busse.pdf](https://dievolkswirtschaft.ch/content/uploads/2006/12/02F_Busse.pdf)
22. Histoire de l'Internat [Internet]. Remede.org. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/histoire-de-l-internat.html>
23. Médecine générale. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 12 août 2018]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9decine\\_g%C3%A9n%C3%A9rale&oldid=150122826](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9decine_g%C3%A9n%C3%A9rale&oldid=150122826)
24. Marie de. Réforme de 3ème cycle – SRP-IMG [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <http://www.srp-img.com/?p=2052>
25. R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf>
26. KelDoc : prenez rendez-vous avec votre médecin en ligne [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <https://www.keldoc.com>
27. RESUME · Mon site SPIP [Internet]. [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: [http://www.cdgm.org/article.php3?id\\_article=27](http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=27)
28. La Gynécologie Médicale - Définition (Avril 2005) · Mon site SPIP [Internet]. [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: [http://www.cdgm.org/article.php3?id\\_article=25](http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=25)
29. Nombre de Postes et Rangs pour l'examen national classant (ENC) 2018 [Internet]. Remede.org. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html>
30. Études et statistiques - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

31. Picaud C. Pratique de la gynécologie par les médecins généralistes de Loire Atlantique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.
32. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
33. Brosset M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale: une enquête quantitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2013.
34. MUT : une majoration pour l'obtention de RDV en urgence [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/exercice/toute-la-nomenclature/1796-mut-une-majoration-pour-l-obtention-de-rdv-en-urgence>
35. Gynécologie [Internet]. Réseau de Périnatalité. [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.perinatbn.org/accueil-gynecologie/>
36. Haute Autorité de Santé - Comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes)
37. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Rev Sage-Femme. déc 2007;6(4):216-8.
38. Maternité - Obstétrique - CHU de Caen [Internet]. [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.chu-caen.fr/obstetrique.html>
39. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. (1):15. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200501-art03.pdf>
40. La féminisation : une chance à saisir | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-588>

# **ANNEXES**

---

## **Annexe 1 : Questionnaire format papier pour les envois postaux.**

### **LES FREINS A LA PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DANS LA MANCHE**

Je réalise une étude épidémiologique descriptive transversale afin d'analyser les freins à la pratique de la gynécologie en médecine générale dans la Manche. En conséquence de la pénurie de gynécologues médicaux, des délais importants de consultations chez les gynéco-obstétriciens et de la réticence de certains médecins généralistes à pratiquer la gynécologie, certaines patientes se trouvent dans la difficulté pour effectuer leur suivi gynécologique. Je sollicite votre participation afin de monitorer les pratiques globales, individualiser les principaux freins à cette pratique et tenter de trouver des solutions pour y remédier.

Que vous pratiquiez ou non la gynécologie, vos réponses m'intéressent.

Toutes les données recueillies à l'aide de ce questionnaire resteront anonymes.

Le temps estimé est de 4 à 7 minutes.

#### **I) CONTEXTE**

1) Êtes-vous :

- Un Homme
- Une Femme

2) Quel âge avez-vous :

- 

3) En quelle année avez-vous soutenu votre thèse :

- 

4) Êtes-vous en cabinet :

- Seul
- De groupe

5) Votre patientèle est :

- Urbaine (> 10 000 habitants)
- Semi urbaine/ semi rurale
- Rurale (< 2 000 habitants)

6) Avez-vous une sur-spécialisation :

- Oui
- Non

**Si non, passez à la question 7**

6 bis ) Si oui, Laquelle ?

- 

6bis') Si oui, en quelle proportion :

- 0-25% du temps d'exercice
- 25-50% du temps d'exercice
- 50-75% du temps d'exercice
- > 75% du temps d'exercice

7) A combien de minutes en voiture êtes-vous de la structure hospitalière gérant les urgences gynécologiques la plus proche :

- < 15 minutes
- 15-30 minutes
- 30-45 minutes
- 45 minutes

## **II) FORMATION**

8) Avez-vous réalisé un stage en gynécologie lors de vos études de médecine ?

- Oui
- Non

9) Avez-vous suivi une formation spéciale en Gynécologie (DIU, soirées FMC, congrès...) :

- Oui
- Non

9 bis ) Si OUI, précisez laquelle :

### III) PRATIQUE

10) Pratiquez-vous la gynécologie-obstétrique dans votre cabinet :

- Oui
- Non

10 bis ) Si NON, à qui confiez-vous vos patientes :

- Un gynécologue-obstétricien libéral
- Un autre médecin généraliste
- Une sage-femme libérale
- Un gynécologue-obstétricien en structure hospitalière
- Personne en particulier

**Si vous ne pratiquez PAS de gynécologie, passez à la question 17**

11) Vous pratiquez la gynécologie, l'avez-vous toujours fait :

- Oui
- Non

11 Bis ) Si non, quelle est la raison de cette pratique actuellement :

- La pénurie de gynéco-obstétriciens
- La demande des patientes
- L'envie de diversifier votre activité
- Suite à une formation
- L'aspect pécunier
- Par goût

12) A quelle fréquence pratiquez-vous la gynécologie :

- < 1 fois par mois
- Plusieurs fois par mois
- Plusieurs fois par semaine
- Tous les jours

13) Pensez-vous que les consultations de gynécologie sont chronophages ?

- Oui
- Non

13 bis) Si oui : Combien de temps estimez-vous passer en plus d'une consultation standard :

- < 5 minutes
- 5-10 minutes
- 10-15 minutes
- > 15 minutes

14) Les gynécologues-obstétriciens autour de vous considèrent votre pratique de la gynécologie comme :

- Favorable, ils ne sont plus assez nombreux pour répondre à la demande
- Défavorable, ils ne vous font pas confiance
- Ils n'ont pas émis d'avis

15) Que pratiquez-vous :

- Instauration d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause
- Examen clinique gynécologique annuel avec palpation des seins
- Frottis cervico-utérin
- Initiation et renouvellement de la contraception
- Suivi de grossesse
- Pose de stérilet
- Pose d'implant contraceptif
- Échographies gynécologiques
- IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) médicamenteuse
- Sexologie
- Infertilité

15 Bis ) Parmi la liste ci-dessus, quels sont les trois plus fréquents (du plus fréquent au moins fréquent) :

1 -
2 -
3 -

16) Seriez-vous prêt à pratiquer plus de gynécologie -obstétrique :

- Oui
- Non

16 bis ) Si OUI :

- Sans condition
- A condition d'avoir une formation complémentaire
- A condition d'être mieux rémunéré pour les actes réalisés

16 bis' ) Si NON :

- Car pas l'envie
- Car peur d'être accaparé à faire beaucoup de gynécologie et moins du reste
- Car pas assez de patientes demandeuses
- Trop contraignant : coût / temps / matériel

#### IV) FREINS A LA PRATIQUE

**Que vous ayez répondu oui ou non à la question 8), veuillez répondre à toutes les questions à partir d'ici :**

17) Quels sont pour vous les potentiels freins à la pratique de la gynéco-obstétrique en médecine générale libérale :

- Le manque de formation en gynécologie durant le cursus des études médicales
- L'ignorance de cette compétence par les patientes
- Les patientes considèrent leur médecin généraliste comme moins compétent qu'un gynécologue pour leur suivi.
- La relation au long terme avec les patientes créant une gêne
- Le sexe du praticien
- La longueur des consultations
- La faible valorisation de ces consultations par rapport au temps passé
- La nécessité d'être équipé en matériel spécifique
- La peur de l'erreur et des conséquences importantes engendrées
- Le suivi des patientes par d'autres praticiens
- Le nombre de gynécologue ou sages-femmes dans les environs
- Le fait que les patientes viennent souvent accompagnées aux consultations

17 bis ) Parmi la liste ci-dessus quels sont les 3 freins principaux :

1-
2-
3-

## V) AMÉLIORATIONS A APPORTER

18) Parmi les propositions suivantes, lesquelles vous paraissent pertinentes afin de favoriser la pratique de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes :

- Organiser des formations spécifiques
- Mettre en place une campagne d'information auprès des patientes concernant les compétences des médecins généralistes en gynéco-obstétrique (salles d'attente, prospectus...)
- Proposer une formation des médecins généralistes volontaires aux bases de l'échographie gynécologique (Datation de grossesse, contrôle de pose de DIU...)
- Établir et faire connaître un réseau de médecins généralistes pratiquant la Gynéco-Obstétrique qui pourraient recevoir des patientes adressées pour des consultations orientée gynécologie
- Rendre obligatoire le stage de gynécologie dans la maquette de l'internat de Médecine Générale
- Mettre en place d'un fonctionnement en réseau Ville-Hôpital facile d'accès.

18 bis) Parmi les propositions ci-dessus, quelle est pour vous la plus pertinente :

19) Seriez- vous prêt à être reconnu comme pratiquant la gynéco-obstétrique et recevoir des patientes adressées pour cela ?

- Oui
- Non

19 bis ) Si NON, Pourquoi :

20 ) Avez-vous d'autres idées pour faire en sorte de promouvoir et faciliter la pratique de la gynéco-obstétrique en médecine générale libérale ?

21) Avez-vous d'autres remarques à ajouter ?

Merci de votre participation.

Marie Loyer (interne médecine générale)

## **Annexe 2 : Mail adressé aux praticiens via le logiciel Mailchimp.**

Chère consœur, cher confrère

Comme convenu par téléphone, je vous adresse le questionnaire ci-joint. Dans le cadre de ma thèse de médecine générale je réalise, sous la direction du Dr Stéphane RUAULD (Médecin généraliste à Beaumont-Hague) et la présidence du Pr Guillaume BENOIST (Gynéco-Obstétricien et responsable de l'unité de Diagnostic Anté-Natal au CHU de Caen), une étude épidémiologique descriptive transversale afin d'analyser les freins à la pratique de la gynécologie en médecine générale dans la Manche. En conséquence de la pénurie de gynécologues médicaux, des délais importants de consultations chez les gynéco-obstétriciens et de la réticence de certains médecins généralistes à pratiquer la gynécologie, certaines patientes se trouvent dans la difficulté pour effectuer leur suivi gynécologique. Je sollicite votre participation afin de monitorer les pratiques globales, individualiser les principaux freins à cette pratique et tenter de trouver des solutions pour y remédier.

Que vous pratiquiez ou non la gynécologie, vos réponses m'intéressent.

Toutes les données recueillies à l'aide de ce questionnaire resteront anonymes.

Le temps estimé est de 4 à 7 minutes.

Pour afficher le questionnaire, cliquez ci-dessous :

[Répondre ici](#)

### **Annexe 3 : Aperçu des tableaux statistiques du Dr MORELLO.**

Stage gynécologie					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	26	29,9	29,9	29,9
	1	61	70,1	70,1	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Formation gynécologie					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	64	73,6	73,6	73,6
	1	23	26,4	26,4	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Type cabinet					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	groupe	63	72,4	72,4	72,4
	seul	24	27,6	27,6	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Categorie patientel					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Rural	23	26,4	26,4	26,4
	Semi urbaine/rural	33	37,9	37,9	64,4
	Urbaine	31	35,6	35,6	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

### **Annexe 4 : Réponses libres des praticiens à la question « Avez-vous d'autres idées pour faire en sorte de promouvoir et faciliter la pratique de la gynéco-obstétrique en médecine générale libérale ».**

Elles sont directement tirées du document GoogleDoc sans aucune modification :

non (11)

Formation pour mise en place stérilet et assurance moindre, suivi classique par médecin généraliste et laisser du temps au gynéco pour les suivis complexes, cancer et échographie de grossesse

on ne peut pas tout faire dans une journée ! A chacun sa spécificité ! Rendez aux gynécologues leur attractivité.

améliorer la communication entre généralistes et gynécologues en leur demandant de donner une réponse par courrier après une demande d'avis écrite.

Faire des ateliers pratiques: pose implant, DIU, mise à niveau sur trt ménopause, contraception des cas difficiles etc

Faire faire de VRAIS stages de gynéco et de suivi de grossesses aux futurs médecins pour qu'ils pratiquent "à l'aise" ces spécialités, en lien avec les spécialistes.

NON

Rémunération spécifique gynécologique

Non

aimer les femmes

formation pendant l'externat et complétée pendant l'internat - trouver la filière de formation pendant l'exercice de la MG pour compléter une formation jugée insuffisante pendant la formation - formation à la pose de diu - à la pose de l'implant...

rencontres avec praticiens hospitaliers

que les gynécologues qui reçoivent nos patientes nous les orientent pour les frottis de routine. Frottis de routine = médecins généralistes. Suivi de grossesse hors échographie = médecins généralistes

formation pendant l'internat +++ pour ma part je ne suis pas à l'aise avec certains gestes techniques qui m'empêchent de pratiquer seule dans mon cabinet ( malgré une envie d'augmenter ma pratique de la gynéco)

Savoir se donner des limites de compétence je ne pose pas d'implant car trop peu de gestes et pas d'échographie ni de stérilet chez nullipare / pose plus difficile et pas d'échographie pour contrôler savoir passer la main sur les cas difficiles

beaucoup de messages à faire passer, le temps en médecine générale par rapport au nombre de consultation. Nombre de problème par consultation. Les patients ne se prennent pas en main pour les rdv, tout est fait dans l'urgence : dépannage pilule, biologies non faites...

formations moins chères, avoir plus de temps

limiter la concurrence féroce des SF

diminuer les promos de sages-femmes. ... qui sont dans une pratique concurrentielle agressive !

Valoriser la médecine générale

faire des stages à l'hôpital en gyneco à tout âge

compétence en echo indispensable

il faut promouvoir la MG dans sa diversité ,la gynéco fait partie du job

plus de pratique pendant les études ,valoriser les actes concernés (suivi grossesse par ex comme les suivis de nourrissons..

Remettre les SF à leur place.

Est ce vraiment une bonne idée à la base ? Sachant que nous avons déjà récupéré de facto les spécialités "abandonnées" (délais d'attente supérieurs à 6 mois) comme la pédiatrie, l'ophtalmo, la dermato etc...Pourquoi ne pas rétablir une spécialité de GYNECO MEDICALE ???

promouvoir le DU gyneco

stopper sages femmes en liberal

Neant

Meilleure formation

### **Annexe 5 : Réponses libres à la question « Seriez-vous prêts à être reconnus comme pratiquant la gynéco-obstétrique et recevoir des patientes adressées pour cela ? »**

A cette question, 62,1% (n=54) des praticiens ont répondu « NON ». Les raisons évoquées par les praticiens ont été directement tirées du document GoogleDoc :

je préfère me consacrer à ma propre clientèle déjà suffisante

n ai pas de temps pour des patientes ne faisant pas partie de ma patientele

Pas assez de formation

trop compliqué et ou risqué à tout point de vue

Parce que je ne me sens pas capable de tout faire et donc je choisis les femmes que je suis dans ma propre patientèle...

manque de disponibilitè

Je ne me considère pas gynécologue : je ne pratique aucun geste sauf le fcv.

gyneco pourquoi pas ? obstétrique : terrain plus delicat (echo systematique )

Trop de patient déjà

pas le temps de tout faire

ma pratique était plus complète jusqu'à il y a 10 ans avec pose de diu - elle est actuellement très basique et peut être pratiquée avec une formation elle aussi basique

pas d'obstétrique proprement dit

pas de possibilité d'inflation du nombre de consultations au cabinet

consultations chronophages et non rénumérées par rapport au temps impartis , temps de travail déjà très important et ne permettant pas de répondre à toute la demande des pathologies de médecine générale

pas plus de la gynéco que le reste ! et pas moins non plus !

Nombre de consultations quotidiennes déjà trop élevé

RETRAITE DANS 6 MOIS

peu de gout et préférence de rester très généraliste ( prise en charge hollistique)

en raison de mon age et de mon manque de formation, j'aurai dis oui quelques années plus tot

Je pratique en milieu rural et je sature déjà. J'appréhende mes interprétations et erreurs avec l'échographie

ma spécialité ne me permet pas de consacrer du temps à la gynécologie et de plus les patientes ne viennent pas pour cela

parce que ma pratique de la gynécologie n'est que partielle, je n'ai pas de formation sur les gestes techniques ( pose d'implant et stérilet...)

je ne souhaite pas faire trop de gynécologie

pas le bagage nécessaire

je suis généraliste, le suivi gynéco je le propose à mes patientes uniquement (suivi au long cours)

Il y a tellement de travail ..... donc on fait de la gynécologie si on aime bien cela..si on est pas trop à l'aise on ne fait pas!

pas assez formé , et la retraite approche ! de plus , exerce en cab de groupe avec 3 consoeurs !

pratique réservée à mes patientes (déjà en surcharge de travail)

pas assez formée

pas de compétences suffisantes

associée avec mon épouse qui prend en charge la gyneco sauf les poses-retraits d'implants que je fais

Autres pôles d'intérêts / Proche de la retraite

je désire suivre que mes patientes car j'ai trop de travail

manque d'assurance

Jeune médecin installé - internat récent dont 6 mois en gynécologie - - les frottis sont faits par le labo ou gynécologue ... faute de temps je préfère laisser la main .... donc pas de suivi gynéco pour moi

manque de temps, débordés de travail, donc considèrent que les gynécologues sont là pour ça, peut-être...

pour moi pas de freins à cette pratique

écho par exemple trop spécialisée ,frottis suivis de grossesse et pilule tt substitutif:suffisant pour le médecin généraliste(car beaucoup d'autres spécialités chronophage

fin de carrière

Poids de la tradition du suivi spécialisé

La valeur ajoutée du médecin généraliste est la connaissance de l'environnement du patient et donc la prise en charge de patientes extérieures ne présente aucun intérêt par rapport à une prise en charge hospitalière ou spécialisée.

1,,, la formation 2,,,cs chronophages

pas envie

trop de sages femmes liberales

pas assez de temps^pour assurer tout

pas assez de consultations

### **Annexe 6 : Réponses libres des praticiens à la question « Avez-vous d'autres remarques à ajouter ? ».**

Les réponses ont été directement tirées du document GoogleDoc :

non (11)

l'examen gynécologique par le généraliste n'est souvent plus perçu par les patientes comme relevant de sa compétence. Il faudrait trouver comment corriger cette perception qui me semble dommageable pour MG et patientes et infondée.

Je souhaite pouvoir choisir les patientes que je suis n'étant pas gynécologue.

Dans les freins n'est pas mentionnée la notion d'envie à pratiquer la gynécologie.

Personnellement, ce que je fais me suffit amplement. Je n'aime tout simplement pas poser des Diu et des implants bien que j'y ai été formée.

**BON COURAGE POUR VOTRE TRAVAIL BIEN CORDIALEMENT**

l'age des patientes constitue un frein notamment chez les femmes de moins de 30 ans

Non

detournement des patientes par les sages femmes au sortir de la maternité

les respecter , les remercier de leur confiance

il faut que le MG revendique le suivi gynécologique de base des patientes qui nous font confiance - et en assumer la responsabilité ( c'est la même démarche pour l'ECG ou pour tout ce qui sort du cadre habituel ) - il faut profiter au maximum des stages d'externat et d'internat de MG en hospitalier mais aussi en MG - et continuer à se former tout au long de la pratique. l'extension du rôle des sages femmes menace à moyen terme la pratique de la

gynécologie chez la femme jeune par le MG - il conservera cependant la confiance pour le suivi chez les femmes plus âgées jusqu'à un âge très avancé.

ateliers pratiques

bon courage pour votre thèse

entre les sages femmes compétentes, les médecins généralistes compétents et les spécialistes, il faut laisser les femmes choisir !

En fin de carrière j'ai fait de moins en moins de gynéco (présence de gynéco dans mon cabinet). Les généralistes devront s'investir en étant bien formé et en travaillant en équipe. L'importance de bien connaître ses patientes me permet aussi lors de ces examens d'accéder à des abords "intimes" (découverte de viols, attouchements...)

recentrer la gynécologie hospitalière sur ses missions spécifiques afin de ne pas prendre en charge ce qui est du ressort de la médecine de ville

Former plus de gynéco ! Spécialité à part entière - bon courage pour la soutenance ;)

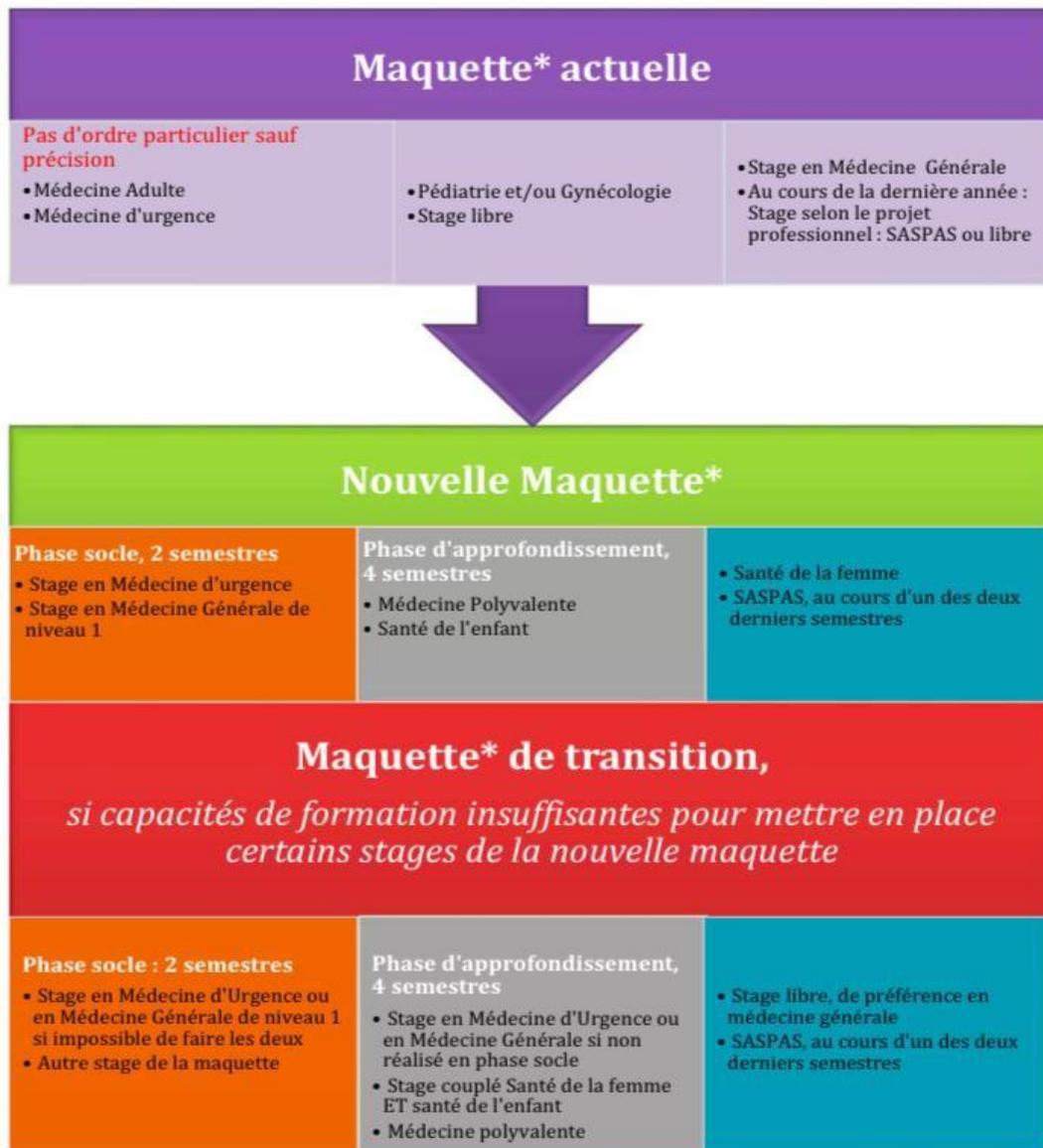
Un conseil pour vous chère future consœur: pour bien exercer la médecine il ne faut pas avoir à en dépendre; et ce n'est pas une fanfaronnade!

La bonne organisation des soins doit reposer sur une répartition équilibrée entre spécialistes et généralistes et non pas se décharger de n'importe quel problème vers le médecin à tout faire (alias le généraliste) qui est de surcroît sous payé pour ces actes délicats et dangereux. En espérant que ces quelques informations puissent être utiles et suivies d'effet pour une meilleure organisation des soins.

mieux former généralistes et arrêter de mettre partout des sages femmes

Neant

**Annexe 7** : Schéma de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études de médecine générale de 2017 :



# **RÉSUMÉ**

---

## **Les freins à la pratique de la Gynécologie-Obstétrique par les médecins généralistes de la Manche.**

Objectifs : De nombreuses femmes passent à côté du dépistage des cancers gynécologiques par manque de suivi. La gynéco-obstétrique fait partie intégrante des compétences du médecin généraliste. Pourtant beaucoup ne la pratiquent pas, quelles en sont les raisons ? Le but de l'étude est de définir quels sont les freins à la pratique de la gynéco-obstétriques par les généralistes et de trouver des moyens pour la promouvoir.

Matériel & Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle menée grâce à une enquête descriptive transversale quantitative par le biais d'un questionnaire. Randomisation d'un échantillon de 150 généralistes par tirage au sort. Appel de tous les médecins par téléphone pour présentation de l'étude et mode d'envoi du questionnaire. Envoi des questionnaires par mail ou par voie postale, 137 questionnaires ont été envoyés. Rappel ciblé des médecins selon leur accord.

Résultats : 87 médecins ont répondu au questionnaire (58%). 14 ne pratiquaient pas du tout de gynéco-obstétrique (11 hommes et 3 femmes). Sur les 87 répondants, 40 étaient des femmes et 47 des hommes. Les trois freins principaux étaient : la perception des patientes de leur généraliste comme moins compétent qu'un gynécologue pour réaliser le suivi gynéco-obstétrical (55,2%) ; le manque de formation dans cette discipline (49.4%) ; la méconnaissance des patientes de cette aptitude chez leur généraliste (42.5%).

Conclusion : Cette étude a permis d'apporter de nombreuses pistes à explorer (formation, information, sensibilisation) afin d'augmenter les pratiques de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes en pointant les principaux freins. Elle met aussi en évidence la démographie médicale actuelle où les femmes pratiquent davantage la gynéco-obstétrique que les hommes. La féminisation de la profession de médecin devrait donc permettre d'augmenter la proportion de généralistes pratiquant la gynéco-obstétrique.

### **Mots clés :**

Médecine Générale

Gynécologie

Obstétrique

Freins

# **ABSTRACT**

---

## **The obstacle of Gynecology-Obstetrics practice by the general practitioners of the Manche area.**

Goals : Many women miss screening for gynecological cancers due to a lack of follow-up. Gyneco-obstetrics is an integral part of the general practitioner's skills. But many do not practice it, what are the reasons that lead to this fact? The purpose of the study is to define what are the barriers to the practice of gynecology-obstetrics by the GP and to find ways to promote it.

Material & Methods : This is an observational epidemiological study conducted through a survey. The randomization of the sample has been made by making lots. After contacting doctors by telephone to present the study 137 survey have been mailed or posted. A targeted referral has been made for doctors who agreed to answer and did not do it after two month and a half. Statistical analysis of data has been guided by Dr. Morello, biostatistician.

Results : 87 practitioners answered the survey (58%). 14 did not practice gynecological obstetrics at all (11 men and 3 women). Among the 87 respondents, 40 were women and 47 were men. The three main obstacles were : patient perceps their GP as less competent than gynecologist to perform gyneco-obstetric their follow-up (55,2%) ; doctor feels as undertrained in this discipline (49,4%) ; patient does not know that their GP has this skill (42,5%).

Conclusion : By pointing out the main brakes, this study paved the way to the exploration of several ways (training, information, awareness) to increase the practices of gyneco-obstetrics by GP. In the actual medical demography, female doctor practice gyneco-obstetrics more than male. The feminization of the profession should increase the proportion of GP practicing gyneco-obstetrics.

### **Keywords :**

General Medicine

Gynecology

Obstetrics

Brakes

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

## **TITRE DE LA THÈSE :**

Les freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche.

## **RÉSUMÉ :**

La gynéco-obstétrique fait partie intégrante des compétences du médecin généraliste. Pourtant beaucoup ne la pratiquent pas, quelles en sont les raisons ? Quels sont les freins à cette pratique ? Quels pourraient être les moyens de la promouvoir ?

Voici une étude épidémiologique quantitative par le biais d'un questionnaire. Après randomisation d'un échantillon de 150 généralistes, ils ont été appelés par téléphone pour une présentation de l'étude. Envoi de 137 questionnaires par mail ou par voie postale.

Rappels ciblés par mail des médecins selon leur accord initial à participer.

87 médecins ont répondu (58%). 14 ne pratiquaient pas de gynéco-obstétrique (11 hommes et 3 femmes). Sur les 87 répondants, 40 étaient des femmes et 47 des hommes. Les trois freins principaux étaient : la perception des patientes de leur généraliste comme moins compétent qu'un gynécologue pour réaliser le suivi gynéco-obstétrical (55,2%) ; le manque de formation dans cette discipline (49.4%) ; la méconnaissance des patientes de cette aptitude chez leur généraliste (42.5%).

Cette étude a permis d'apporter de nombreuses pistes à explorer (formation, information, sensibilisation) afin d'augmenter les pratiques de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes en pointant les principaux freins. Elle met aussi en évidence la démographie médicale actuelle où les femmes pratiquent davantage la gynéco-obstétrique que les hommes. La féminisation de la profession de médecin devrait donc permettre d'augmenter la proportion de généralistes pratiquant la gynéco-obstétrique.

## **MOTS CLÉS :**

- Médecine Générale
- Gynécologie
- Obstétrique
- Freins