

UNIVERSITE DE LIMOGES

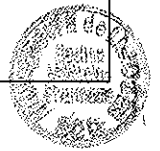
FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2010

THESE N°. 3105/1

Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la  
Haute-Vienne, obstacles et besoins de formation identifiés.



THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

---

Présentée et soutenue publiquement le 22 Avril 2010

PAR

Nadège LAUCHET

Née le 28 juillet 1981 à Suresnes (92)

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur AUBARD Yves	- Président
M. le Professeur VALLEIX Denis	- Juge
M. le Docteur BUCHON Daniel	- Juge
M. le Docteur PREVOST Martine	- Juge

**DOYEN DE LA FACULTE:**

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

**ASSESEURS:**

Monsieur le Professeur LASKAR Marc  
Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques  
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:**

\* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEAULIEU Pierre	ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (C.S)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (Sur 31/08/2011)	PEDIATRIE
DENIS François (Sur 31/08/2011)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (Sur 31/08/2013)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESPOIT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (C.S)	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (Sur 31/08/2012)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FEISS Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (C.S)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques (C.S)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE

MOULIES Dominique (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PARAF François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
PLOY Marie-Cécile (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
RIGAUD Michel (Sur 31/08/2010)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S)	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis (C.S)	GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (Sur 31/08/2011)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
STURTZ Franck (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (C.S)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE - CHIRURGIE GENERALE
VANDROUX Jean-Claude (Sur 31/08/2011)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
VERGNENEGRE Alain (C.S)	EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION MEDICALE
VIROT Patrice (C.S)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

#### MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (C.S)	PHYSIOLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE - CHIRURGIE DIGESTIVE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FUNALOT Benoit	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MOUNIER Marcelle	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TERRA Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Nicolas	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

#### PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
----------------	----------------

#### P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
----------------	---------

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel	MÉDECINE GÉNÉRALE
BUISSON Jean-Gabriel	MEDECINE GENERALE

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

---

DUMOITIER Nathalie  
PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE  
MEDECINE GENERALE





A notre Maître et Président de jury,  
Monsieur le Professeur AUBARD Yves,  
Professeur des Université de Gynécologie Obstétrique  
Praticien Hospitalier  
Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.  
Je souhaite vous exprimer toute ma reconnaissance pour avoir accepté de juger  
ce travail.

A notre Maître et Juge,  
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis,  
Professeur des Université d'Anatomie et Chirurgie Générale  
Praticien Hospitalier  
Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.  
Veuillez trouver dans ce travail toute ma reconnaissance.  
Soyez remercié pour votre enseignement tout au long de mes études.

A notre Maître et Juge,  
Monsieur le Professeur BUCHON Daniel,  
Docteur en Médecine  
Professeur associé de Médecine Générale.  
Vous avez porté un intérêt à cette thèse et m'avez fait l'honneur de bien vouloir  
la juger.  
Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

A notre Directeur de Thèse et Juge  
Madame PREVOST Martine  
Docteur en médecine  
Vous m'avez fait l'honneur de me guider dans la réalisation de ce projet.  
Je vous remercie de votre soutien et de votre confiance et voue prie de trouver  
dans ce travail toute ma reconnaissance et ma gratitude.

*A mes parents,  
Pour leur confiance et tout leur amour.*

*A ma belle sœur et mon petit frère,  
Pour leur aide et tout ce qui nous unit.*

*A toute ma belle famille,  
Pour leur soutien et leur gentillesse.*

*A mes deux amours, Pascal et mon fils,  
Pour leurs sourires et leur présence, indispensables.  
Je vous aime.*

*Je dédie cette thèse à notre enfant en cours de conception.*

## LISTES DES ABREVIATIONS

SOFRES : Société Française d'Etudes et de Sondages  
CFES : Comité Français d'Education pour la Santé  
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse  
GM : Gynécologie Médicale  
MG : Médecin Généraliste  
CES : Certificat d'Etude Spécialisée  
DES : Diplôme d'Etude Spécialisée  
ECN : Examen National Classant  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique  
HTA : HyperTension Artérielle  
DIU : Diplôme Inter Universitaire  
FMC : Formation Médicale Continue  
MST/IST : Maladies et Infections sexuellement transmissibles  
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français  
HAS : Haute Autorité de Santé  
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
MG : Médecin Généraliste  
CO : Contraception Orale  
ROCO : Renouvellement d'une Contraception Orale  
TV : Toucher Vaginal  
Séno : Sénologie  
FCV : Frottis Cervico-Vaginal  
PV : Prélèvement Vaginal  
ADCS : Association pour le Dépistage du Cancer du Sein  
STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social  
SESSI : Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information  
OGC : Organisme Gestionnaire Conventionnel  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

## SOMMAIRE :

INTRODUCTION :	13
DEFINITIONS :	15
HISTORIQUE DE LA FORMATION EN GYNECOLOGIE MEDICALE:	16
DEMOGRAPHIE : [4], [10]	17
FORMATIONS INITIALES	19
1 Formation nationale des Gynécologues Médicaux : (Annexe 2)	19
2 Formation gynécologique à la Faculté de Médecine de Limoges des futurs médecins généralistes :	20
2.1 Formation des étudiants lors du deuxième cycle des études médicales :	20
2.2 Formation des internes de Médecine Générale au sein du DES à Limoges :	22
3 Formation des médecins généralistes en post-internat :	25
<i>Diplôme inter universitaire</i> :	25
<i>Formation Médicale Continue (FMC)</i> :	28
RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE : [8]	31
METHODE :	33
1 Présentation de l'étude :	33
1.1 1 <sup>ère</sup> partie du questionnaire :	34
1.2 2 <sup>ème</sup> partie du questionnaire :	34
1.3 3 <sup>ème</sup> partie du questionnaire :	34
2 Méthode utilisée :	35
2.1 Type d'étude :	35
2.2 Choix de la population étudiée :	36
RESULTATS	37
1 Première question : « Age du médecin »	38
2 Deuxième question : « Sexe du médecin »	40
3 Troisième question : « Commune d'exercice »	41
4 Quatrième question : « Faculté d'origine »	44
5 Cinquième question : « Exercez-vous seul ou en groupe ? »	45
6 Sixième question : « Totalisation du nombre d'actes ou items de gynécologie par semaine »	48
7 Septième question : « Souhaiteriez-vous réaliser plus d'actes de gynécologie ? »	52
8 Huitième question : « Si non pourquoi ? »	53
9 Neuvième question : « Si oui comment ? »	55
10 Dixième question : « Motifs de consultation gynécologiques »	56
11 Onzième question : « Gestes techniques gynécologiques »	63

12	Douzième question : « Quels sont vos besoins de formation professionnelle en gynécologie ».....	72
	DISCUSSION :.....	75
1	Limites de l'étude : .....	75
2	Analyse et discussion des résultats: .....	77
2.1	Caractéristiques de la population des médecins de l'échantillon : [13] .....	77
2.2	Activité gynécologique quantitative des médecins répondeurs :.....	80
2.3	Les motifs de consultation en médecine générale dans le champ de la gynécologie : .....	84
2.4	Les gestes techniques réalisés par les MG de l'échantillon.....	91
	CONCLUSION.....	97

## INTRODUCTION :

Dans de nombreux pays européens, les actes courants de gynécologie médicale sont assurés par les médecins généralistes.

En France, l'accès aux médecins spécialistes en gynécologie n'est pas soumis au parcours de soins instauré par la Sécurité Sociale le 13 Août 2004 [11].

2 066 gynécologues médicaux sont répertoriés sur le territoire national (1 862 en exercice libéral et 204 en exercice salarié exclusifs) au 01/01/08 [4].

Nous bénéficions donc en France d'environ 1 gynécologue pour 3700 femmes âgées de 16 à 75 ans [5]. On dénombre 13 gynécologues médicaux libéraux en Haute Vienne.

D'après l'enquête de la SOFRES (Société Française d'Etudes et de Sondages) menée en 1998 pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale, 60% des femmes consultent volontiers leur gynécologue au mois une fois par an.

Les motifs de recours aux gynécologues médicaux sont plus de 9 fois sur 10 la prévention et le dépistage des cancers mammaires et génitaux, d'après une étude du CFES (Comité Français d'Education pour la Santé) menée en 2000.

Techniquement, ces gestes (tels que palpation des seins et frottis cervicaux) pourraient être réalisables en cabinet de médecine générale.

L'activité et l'implication dans le champ de la gynécologie médicale des médecins généralistes pourraient pallier à la pénurie de gynécologues médicaux dans certaines zones et faciliter l'accès à la prévention et au dépistage à un plus grand nombre de patientes.

Il est donc indispensable que les médecins généralistes possèdent une formation adéquate, des conditions d'exercice adaptées et un intérêt pour cette spécialité.

Notre travail s'intéresse donc à la pratique effective de la gynécologie médicale en médecine générale ambulatoire dans le département de la Haute Vienne. Il s'intéresse également aux besoins de formations exprimés par les médecins généralistes afin de déterminer des pistes d'améliorations possibles pour le suivi gynécologique des femmes haut viennoises.



## **DEFINITIONS :**

La gynécologie, venant du grec « gyné » femme et de « logie » discours, signifie étymologiquement science, étude de la femme. C'est une spécialité médicochirurgicale concernant l'organisme de la femme et son appareil génital, considéré d'un point de vue morphologique et physiopathologique. [1]

En France, on distingue deux spécialités différentes : la gynécologie médicale et la gynéco-obstétrique.

La gynécologie obstétrique concerne essentiellement :

- la chirurgie,
- la grossesse,
- les accouchements.

La gynécologie médicale prend en charge tous les problèmes gynécologiques médicaux de la femme :

- les traitements hormonaux,
- la contraception,
- la prévention et le dépistage des cancers mammaires et génitaux,
- la prévention des maladies sexuellement transmissibles,
- la péri conception et la demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG),
- l'infertilité,
- les troubles de la sexualité et
- les algies pelviennes.

## HISTORIQUE DE LA FORMATION EN GYNECOLOGIE MEDICALE:

[2] [3]

**1931** : Fondation de la Société Française de Gynécologie par des chirurgiens gynécologiques en association avec des médecins, endocrinologues, biologistes et anatomopathologistes.

**1949** : Le Pr. Albert Netter forme la première école de gynécologie médicale et devient le premier chef de service de la spécialité à l'Assistance Publique de Paris.

**1963** : Création de la spécialité universitaire de Gynécologie Médicale (GM) avec le Certificat d'Etude Spécialisé (CES) de GM, la formation des spécialistes hors internat vivant harmonieusement au côté du CES de Gynécologie Obstétrique. Cette spécialité universitaire de GM est une particularité du système de santé français. Dans tous les autres pays européens cette spécialité n'a jamais existé en tant qu'unité individualisable. La partie médicale de la gynécologie y est assurée par les médecins généralistes ou exceptionnellement, si besoin d'un avis spécialisé, par les gynéco-obstétriciens.

**1984** : Réforme de l'internat qui devient obligatoire pour l'accès aux Spécialités. La Gynécologie Médicale est alors supprimée du cursus universitaire dans un souci d'uniformisation européenne.

**2003** : Création du Diplôme d'Etude Spécialisée (DES) de Gynécologie Médicale, sous la forme d'un DES de 4 ans, au sein des spécialités médicales, dans une filière protégée. Environ 20 postes d'internes en GM sont ouverts à l'Examen National Classant (ENC) annuel.

## DEMOGRAPHIE : [4], [10]

On répertorie à ce jour 2 066 gynécologues médicaux sur le territoire national (1 862 en exercice libéral et 204 en exercice salarié exclusifs) au 01/01/08 [4].

En France, en 1997, on répertoriait 1 920 gynécologues médicaux dont 87% de femmes. Ces spécialistes ne seront plus que 1 000 en 2015 et 500 en 2020. C'est pourquoi il est nécessaire et urgent de former plus de médecins généralistes à la pratique de la gynécologie médicale.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la Haute Vienne comptait 524 médecins généralistes d'après les sources de l'INSEE pour une population de 368 500 habitants, soit 142 omnipraticiens pour 100 000 habitants.

En France métropolitaine en 2009 [12], on répertorie 160 médecins généralistes pour 100 000 habitants et 154 000 médecins généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants, dont 60% de libéraux exclusifs. [18]

En 1999, le dernier recensement de la Haute Vienne comptait 184 015 femmes dont 126 043 âgées de 20 et 75 ans.

A la même période, les gynécologues médicaux étaient au nombre de 8, et les gynéco-obstétriciens au nombre de 14 [4] ; ce qui représente 1 gynécologue pour 8300 femmes. Les médecins généralistes sont donc environ 25 fois plus nombreux que les praticiens spécialisés en gynécologie.

Au 01 septembre 2009, on répertorie 13 gynécologues médicaux libéraux en Haute Vienne, dont 77% sont des femmes.

Le nombre de gynécologues médicaux en Haute Vienne comme en France est en stagnation depuis les années 2000. Environ 20 postes d'internes en gynécologie médicale sont ouverts chaque année à l'Examen National Classant depuis 2006. Quant aux nominations universitaires, il y en a eu quatre en 2006, aucune en 2007 ni en 2008. [3]

La moyenne d'âge des gynécologues médicaux actuels en exercice est supérieure à celle de l'ensemble des autres spécialistes (53 ans contre 51 ans). Ceci fait craindre que d'ici à 2020, 60% des gynécologues médicaux partent en retraite.

## FORMATIONS INITIALES

### **1 Formation nationale des Gynécologues Médicaux : (Annexe 2)**

Le DES de Gynécologie Médicale se déroule sur 4 ans. Il comprend un enseignement théorique et un enseignement pratique.

Les différents modules de l'enseignement théorique couvrent les thèmes suivants :

- l'hormonologie de la femme,
- l'andrologie,
- l'infertilité,
- les hormonothérapies,
- les pathologies gynécologiques bénignes et malignes,
- les explorations en gynécologie,
- la génétique,
- l'obstétrique : les grossesses normale et pathologique, les urgences obstétricales.

L'enseignement pratique est assuré au cours des stages (huit semestres) dans les services hospitaliers :

- Trois semestres sont effectués dans des services validant la gynécologie médicale (services d'endocrinologie, des maladies de la reproduction, services d'assistance médicale à la procréation, services d'oncologie gynécologiques...etc.).

- Trois semestres sont effectués en service validant pour le DES de gynécologie obstétrique, où l'activité est la même que celle des internes de gynéco-obstétrique.
- Les deux autres semestres sont libres.

## **2 Formation gynécologique à la Faculté de Médecine de Limoges des futurs médecins généralistes :**

### **2.1 Formation des étudiants lors du deuxième cycle des études médicales :**

**La formation théorique** débute à partir de la deuxième année de médecine (PCEM 2) lors de l'enseignement de la sémiologie chirurgicale (39 heures d'enseignement théorique et 6 heures de travaux pratiques) et de l'anatomie petit bassin (10 heures d'enseignement théorique).

Elle se poursuit en troisième année (DCEM 1) avec des enseignements de cancérologie (20 heures d'enseignement théorique) et la fin de la sémiologie chirurgicale (39 heures d'enseignement théorique).

Ces enseignements sont pour la plupart, des cours magistraux en amphithéâtre.

En cinquième année des études médicales (DCEM 3), la formation se poursuit sous forme de modules d'enseignements comprenant entre autre la gynécologie médicale, l'obstétrique (34 heures de cours) et la cancérologie gynécologique.

En sixième année des études médicales (DCEM 4), l'enseignement théorique de la gynécologie-obstétrique du CSCT (Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique) englobe le module 2 de l'épreuve nationale classante (ENC).

Les différents objectifs couvrent :

- la contraception : savoir prescrire et expliquer les différentes méthodes ;
- l'interruption volontaire de grossesse : réglementation, techniques, complications et répercussions ;
- la grossesse normale et ses principales complications : hémorragie génitale, HTA et diabète gestationnel, menace d'accouchement prématuré, fièvre et risques fœtaux liés aux infections, toxiques et médicaments, troubles psychiques, facteurs de risques et prévention de la prématurité et retard de croissance intra utérin, besoins nutritionnels ;
- l'accouchement et les suites de couche : phase du travail et de l'accouchement normal, délivrance, post-partum normal et pathologique, allaitement et complications ;
- la grossesse extra-utérine : diagnostic, identification des situations d'urgence et planification de la prise en charge ;
- la stérilité du couple : examens complémentaires de première intention, assistance médicale à la procréation (explication des principes) ;
- le diagnostic anténatal et les problèmes posés par les maladies génétiques ;
- les anomalies du cycle menstruel : syndrome prémenstruel, ménométrorragie, aménorrhée.

Parmi les autres modules de l'ENC, on retrouve les algies et tuméfactions pelviennes, les cancers du col de l'utérus, de l'endomètre, de l'ovaire et du sein.

Depuis de nombreuses années, il existe une **formation pratique** dans cette spécialité. En effet, des stages peuvent être réalisés dans les services de gynécologie obstétrique durant l'externat en 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année (DCEM 3 et 4). Les étudiants choisissent deux stages parmi trois possibilités : la gynéco obstétrique, la pédiatrie et la chirurgie pédiatrique. Il y a donc un de ces trois stages qui ne sera pas effectué.

Des gardes de nuit et de week-end sont obligatoires en gynécologie obstétrique depuis le 01 Juillet 2008. L'externe de DCEM 3 ou 4 est alors formé par l'interne de spécialité. Elles font parties du quota de 36 gardes à effectuer durant l'externat, associées aux gardes aux Urgences et en Pédiatrie.

## **2.2 Formation des internes de Médecine Générale au sein du DES à Limoges :**

Le DES de médecine générale se déroule sur 3 ans. Il comprend un enseignement théorique et un enseignement pratique.

Cet enseignement théorique a pour objectif d'envisager des problématiques de santé dans le champ de la médecine générale et de la pratique libérale ambulatoire et non hospitalière. Il ne se présente pas sous forme de cours magistraux. Ce sont des enseignements dirigés.



**L'enseignement théorique** regroupe plusieurs thèmes de médecine générale :

- En première année de DES :
  - Les plaintes et les pathologies courantes, prévalences, recueil de la plainte et des symptômes d'appel, motifs fréquents de consultation.
  - La gestion de l'urgence, régulation et permanence de soins.
  - La démarche décisionnelle et la coordination des soins.
  - Les pathologies de l'enfant et de l'adolescent, vaccinations, relation avec les parents, conduites à risques.
  - **La contraception.**
  - L'alcoolisme.
  - Le dépistage et la prévention des **cancers**, prescriptions paramédicales
  - Le sujet âgé.
  - Les principes généraux de communication et la relation médecin malade
  
- En deuxième année de DES :
  - L'observance thérapeutique, effet placebo, iatrogénie et la déprescription.
  - Les facteurs de risque cardiovasculaires.
  - Les conduites addictives, drogues et tabac.
  - **La grossesse et l'allaitement.**
  - L'éducation du patient.
  - L'économie de santé et l'évaluation des pratiques.
  - La dépression, les maladies fonctionnelles.

- La douleur et l'accompagnement des malades chroniques à domicile.
- En troisième année de DES, les enseignements s'effectuent sous forme de groupe d'échange de pratique : discussion et analyse de cas cliniques rencontrés sur les différents lieux de stage avec analyse des pratiques, élaboration d'axes de recherche et mise en évidence des tâches d'apprentissages induites.

**L'enseignement pratique** du DES de Médecine Générale se déroule pendant six semestres dans des services hospitaliers et ambulatoires :

- un stage dans un service hospitalier universitaire,
- un stage dans un service d'urgence,
- un stage dans un service de médecine adulte,
- un stage ambulatoire de six mois chez trois praticiens médecins généralistes installés en secteur libéral,
- un stage dans un service de gynécologie **OU** de pédiatrie.
- un stage libre.

Pour valider le DES de Médecine Générale, il suffit donc de réaliser un semestre en gynéco-obstétrique **OU** un semestre en pédiatrie, et non les deux.

**La formation initiale** de la gynécologie médicale s'effectue donc essentiellement durant l'enseignement théorique et lors du semestre dans un service hospitalier de gynécologie-obstétrique, en supposant que l'interne ait choisi ce stage plutôt que celui de pédiatrie. Il est également possible de réaliser

des actes de gynéco-obstétrique lors du stage ambulatoire dans les cabinets des médecins généralistes, cela dépendant de la pratique des praticiens choisis.

J'ai eu la possibilité de réaliser mon stage de sixième semestre au sein du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Guéret.

Afin de pouvoir décharger un peu les plannings des médecins titulaires, l'interne y assure les consultations d'urgence et les bilans de début de grossesse, supervisé par un médecin référent. Les actes lors de ces consultations sont pour la plupart réalisables en cabinet de médecine générale (pose de stérilet, frottis cervicaux vaginaux, contraception...). Il est également possible d'assister et de participer aux consultations des médecins titulaires au sein de l'hôpital, aux consultations du planning familial et aux accouchements.

Ce stage me paraît formateur, en particulier concernant tous les gestes techniques utiles pour ma future pratique ambulatoire de médecin généraliste. Il m'a paru en effet plus difficile d'acquérir ces compétences pendant mes stages d'externat.

### **3 Formation des médecins généralistes en post-internat :**

#### **Diplôme inter universitaire :**

Depuis plusieurs années est disponible sur Limoges un Diplôme Universitaire de pathologie fonctionnelle pelvi-perinéale.

Il existe depuis cette année sur Limoges un Diplôme Inter Universitaire (DIU) de formation complémentaire de Gynécologie obstétrique.

L'enseignement, sur 1 an, comprend une partie théorique et une formation pratique.

Les différents modules de l'enseignement théorique sur 60 heures couvrent les thèmes de gynécologie suivants :

- la contraception,
- le cycle menstruel,
- l'infertilité,
- les cancers gynécologiques,
- les infections génitales,
- les méno-métrorragies,
- la vulve,
- l'agression sexuelle,
- la sexologie,
- l'incontinence urinaire (prolapsus).
- Des ateliers pratiques sur l'interprétation des mammographies et la réalisation du Frottis Cervico-Vaginal sur mannequins.

Par ailleurs, plusieurs thèmes d'obstétrique sont développés :

- le suivi de la grossesse normale,
- l'accouchement inopiné,
- les urgences obstétricales,
- le post partum,

- les médicaments en obstétrique,
- les pathologies psychiatriques et addictions,
- le diagnostic anténatal.

Un atelier pratique sur l'accouchement inopiné est organisé sur mannequins.

L'enseignement pratique se déroule sur 40 heures de présence en consultations spécialisées et en salle de naissance.

Ce DIU est un succès en 2009-2010 avec vingt-huit inscrits, tous médecins généralistes installés ou remplaçants, 71% de femmes, 29% d'hommes.

Il existe d'autres Diplômes Universitaires et Inter Universitaires de Gynécologie-obstétrique, dans d'autres régions, souvent destinés aux médecins généralistes.

Par exemple :

- DIU de formation complémentaire en Gynécologie-obstétrique pour les médecins généralistes à Brest, Marseille, Poitiers, Paris, Rouen, Tours, Angers, Nantes, St Etienne, Caen etc.
- DIU de Gynécologie de l'enfance et de l'adolescence à Paris Lille et Montpellier.
- DIU d'Oncologie gynécologique et mammaire à Paris
- DIU sur l'allaitement maternel à Brest.

## Formation Médicale Continue (FMC) :

La Formation Médicale Continue, en plus d'être un devoir déontologique (article 11 du code de déontologie), est une obligation légale introduite par l'ordonnance du 24 avril 1996, confirmée par la loi du 04 mars 2002 :

« La FMC a pour objectifs le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins (...) notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que dans la prise en compte des priorités de sante publique ».

La FMC est à concilier avec une obligation nouvelle et complémentaire : l'évaluation des pratiques professionnelles pour tous les médecins en activité, introduite par la loi du 13 Août 2004 (n°2004/810) relative à l'assurance maladie.

La FMC a pour objectifs d'améliorer et de mettre à jour les connaissances et les compétences tout au long de l'exercice du médecin.

En théorie, l'évaluation des pratiques professionnelles consiste en un cumul de 250 crédits en 5 ans. A chaque FMC correspond un nombre de crédits. Au terme de 5 ans, les 250 crédits obtenus, une attestation est délivrée par le Conseil Régional de la FMC qui informe l'Ordre des Médecins.

Il faut cependant noter qu'en pratique, à ce jour, ce dispositif a eu du mal à se mettre en place.

Plusieurs FMC sont proposées par des associations de formation ou des associations de médecins pour les médecins généralistes sur le thème de la

gynécologie obstétrique souvent sous forme de séminaires conventionnels la plupart du temps sur deux jours. [9]

Sur l'année 2010, 56 FMC sous formes de séminaires sont ouvertes aux médecins généralistes :

- Le cancer du col de l'utérus et lésions précancéreuses : prise en charge, prévention, dépistage, frottis cervicaux, son interprétation et la conduite à tenir si anomalies, la vaccination contre le Papilloma Virus (HPV).
- Le cancer du sein : diagnostic, prise en charge, prévention, dépistages organisé et individuel, les prédispositions génétiques, le suivi et l'abord psychologique.
- Le dépistage des lésions précancéreuses et des cancers vulvaires.
- La sexualité : les troubles, les sévices, les douleurs génitales de la femme.
- Les maladies et infections sexuellement transmissibles (MST/IST) : la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des vulvo-vaginites.
- La contraception hormonale et non hormonale, première contraception orale de l'adolescente.
- Les troubles du cycle menstruel : prise en charge des ménorrhées, bilan des aménorrhées, trouble du cycle de l'adolescente.
- La prise en charge d'une grossesse à bas risque.
- La ménopause : troubles, suivi, la péri-ménopause, application pratique des recommandations, la prise en charge médicamenteuse (Traitement Hormonal Substitutif) et non médicamenteuse.

- Les gestes techniques en pratique de la gynécologie du médecin généraliste.

En 2004 ont eu lieu les 28<sup>ème</sup> Journées Nationales de Gynécologie-obstétrique à Paris. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a publié par la suite un ouvrage de Gynécologie et Obstétrique pour les médecins généralistes couvrant les principaux thèmes rencontrés lors d'une consultation (grossesse, contraception, incontinences urinaires, accouchement inopiné, métrorragies, dépistage du cancer du col et infertilité). [7]

Dans plusieurs grandes villes de France telles que Paris, Lille et Bordeaux, courant 2009, les médecins généralistes ont pu participer à un séminaire sur le dépistage et la prise en charge du cancer du sein.

En Limousin, des FMC de gynécologie ont été organisées.

Un séminaire sur la contraception, comprenant 17 participants et deux animateurs, s'est déroulé en Juin 2007 sur une journée. Son objectif était d'inciter à une utilisation pertinente de la contraception améliorant la prise en charge des femmes.

Une FMC Universitaire sur le DIU a été organisé en Novembre 2009. Cette formation contenait des ateliers pratiques sur mannequin et des conseils techniques très intéressants.



## **RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE : [8]**

La Haute Autorité de Santé HAS publie régulièrement des recommandations de bonnes pratiques rédigées par un groupe de travail au terme d'une analyse critique des données disponibles.

Le médecin généraliste, dans son rôle d'acteur de santé publique, doit prodiguer ses soins en s'appuyant sur les recommandations nationales de bonne pratique.

Sur le thème de la gynécologie-obstétrique, 23 recommandations ont été publiées : 10 s'appliquent à la pratique du médecin généraliste.

Ces recommandations concernent :

- La contraception et les stratégies de choix du type de contraception en fonction du profil de la patiente, publiée en Décembre 2004 par l'ANAES ;
- La prise en charge de l'incontinence urinaire chez la femme, publiée en Mai 2003 ;
- Les traitements hormonaux substitutifs, publiée en Mai 2004 ;
- Le frottis cervico-vaginal, conduite à tenir devant un frottis anormal, publiée en 1998 et réactualisée en 2002 ;
- L'interruption volontaire de grossesse, prise en charge jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée, publiée en Mars 2001 ;

- Information, suivi et orientation des femmes enceintes en fonction du niveau de risque de leur grossesse, publiées en 2005 et 2006 par la HAS ;
- Grossesse et tabac, épidémiologie, prévention, risques et prise en charge, conférence de consensus publiée en Octobre 2004 ;
- Prévention des risques thrombotiques maternels et fœtaux, conférence de consensus publiée en Mars 2003 ;
- Allaitement maternel mise en place et poursuite les 6 premiers mois de vie de l'enfant, publiée en Mai 2002.

## METHODE :

Qu'en est-il de la pratique dans le champ de la Gynécologie dans les cabinets de Médecine Générale en Haute Vienne ? Pour répondre à cette question, ce travail étudie les résultats d'une enquête menée sous forme d'un questionnaire anonymisé.

### **1 Présentation de l'étude :**

Le questionnaire de l'étude (Annexe 1) a été réalisé sur la base des motifs et gestes techniques en gynéco obstétrique que l'on peut rencontrer plus ou moins fréquemment lors des consultations de médecine générale ambulatoire.

Ces items ont été définis d'après les motifs fréquents de consultation observés lors de mon stage chez le praticien et lors des consultations d'urgence réalisées en stage dans le service de gynécologie obstétrique.

Les objectifs de ce questionnaire sont :

- de quantifier l'activité globale en gynéco obstétrique des médecins généralistes de Haute Vienne,
- de reconnaître les actes pratiqués en cabinet,
- d'en évaluer leur fréquence,
- d'identifier les facteurs influençant cette pratique gynécologique,
- d'identifier les besoins de formation professionnelle continue.

## **1.1 1<sup>ère</sup> partie du questionnaire :**

Des informations sur les médecins interrogés sont recueillies à l'aide de questions fermées.

Ces informations concernent :

- l'âge,
- le sexe,
- la commune d'exercice,
- la condition d'exercice (en cabinet de groupe ou isolé),
- la faculté d'origine.

## **1.2 2<sup>ème</sup> partie du questionnaire :**

Chaque médecin sélectionné coche, dans un tableau reprenant les motifs de consultations et les gestes techniques réalisés en gynécologie obstétrique, l'item correspondant chaque fois qu'il est effectué.

## **1.3 3<sup>ème</sup> partie du questionnaire :**

Cette troisième partie a pour objectifs d'identifier d'une part des freins à la pratique gynécologique en cabinet de médecine générale et d'autre part des besoins de formation professionnelle continue.

Elle comprend trois questions ouvertes :

- Deux explorent la pratique ou non de la gynécologie, les freins et les possibilités de développement de cette pratique.
- Une question concerne les besoins ressentis de formation.

Il existe à la fin de ce questionnaire un espace libre pour que les médecins répondants puissent faire part de leurs remarques sur l'étude ou sur la pratique de la gynécologie obstétrique.

## **2 Méthode utilisée :**

### **2.1 Type d'étude :**

La méthode choisie est une enquête prospective étudiant une semaine complète de consultation d'un médecin généraliste. La semaine de recueil des données est choisie par le médecin interrogé.

Les réponses aux questions fermées sont exploitées sur un tableau Excel et comparées afin d'établir un certain nombre de statistiques.

Les réponses aux questions ouvertes sont regroupées, analysées afin de pouvoir en faire une discussion et une synthèse.

## **2.2 Choix de la population étudiée :**

Ce questionnaire a été adressé à un échantillon aléatoire d'omnipraticiens, constitué à partir des pages jaunes de l'annuaire téléphonique de 2009 de la Haute Vienne, en sélectionnant un médecin généraliste sur deux et en excluant les « médecins à exercice particulier » (homéopathie, acupuncture etc.).

209 exemplaires, accompagnés d'une enveloppe réponse, ont donc été postés le 05 Décembre 2009.

## RESULTATS

Voir Annexe 2

Une enquête (Annexe 1) a été envoyée à 209 médecins généralistes du département de la Haute Vienne début décembre 2009. Au 1<sup>er</sup> Février 2010, 88 questionnaires ont été retournés dont 82 sont exploitables, soit un taux de réponse de 42%.

Le nombre de réponses est peu satisfaisant mais notre étude reste exploitable. Les résultats des 82 questionnaires sont donc étudiés sachant que le taux de réponse à cette étude est inférieur à 50%.

Dans ce travail, nous avons choisi arbitrairement, compte tenu de la configuration géographique du département de la Haute Vienne, de définir les zones d'exercice rurales comme étant des communes situées à plus de 10 kilomètres des Centres Hospitaliers suivants :

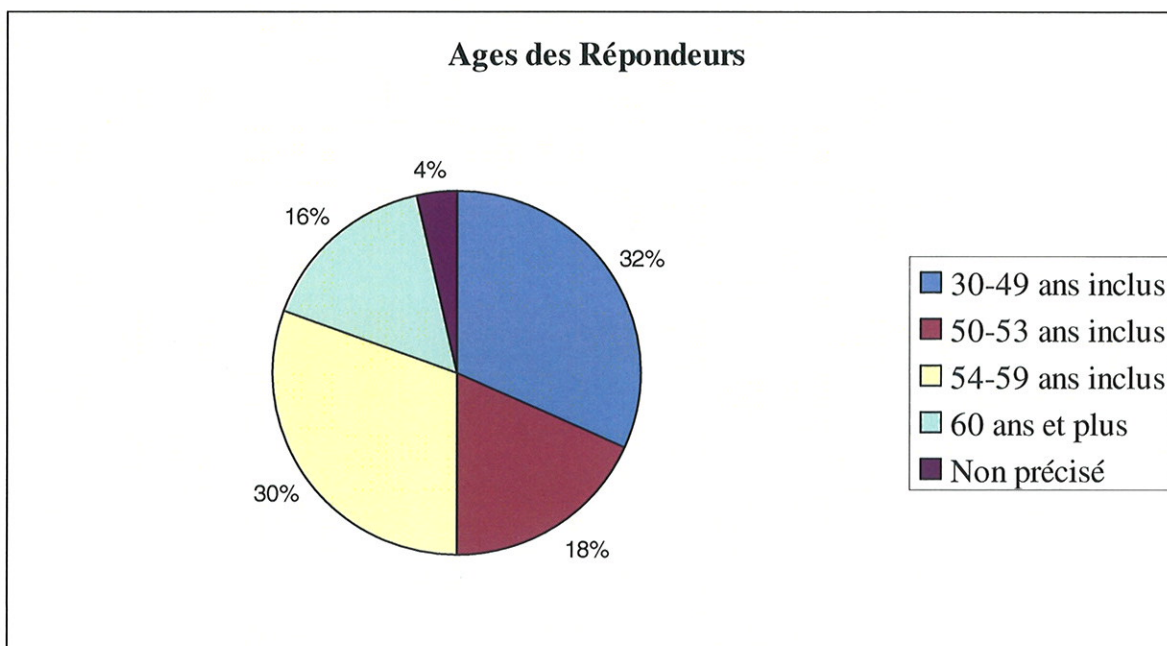
- Centre Hospitalier Universitaire de Limoges
- Centre Hospitalier de Saint Junien
- Centre Hospitalier de Saint Yrieix La Perche.

## 1 Première question : « Age du médecin »

**Tableau 1 : Age des médecins répondeurs**

Tranches d'âge	n	%
30-49 ans inclus	26	31,7
50-53 ans inclus	15	18,3
54-59 ans inclus	25	30,4878
60 ans et plus	13	15,9
Non précisé	3	3,7
TOTAL	82	100

**Figure 1**





Les médecins de notre échantillon sont âgés en moyenne de 53 ans ; 32 % ont moins de 50 ans ; 48 % ont entre 50 et 60 ans ; 64 % ont plus de 50 ans.

L'âge moyen des médecins réponders masculins est de 53 ans tout comme l'âge moyen des médecins féminins.

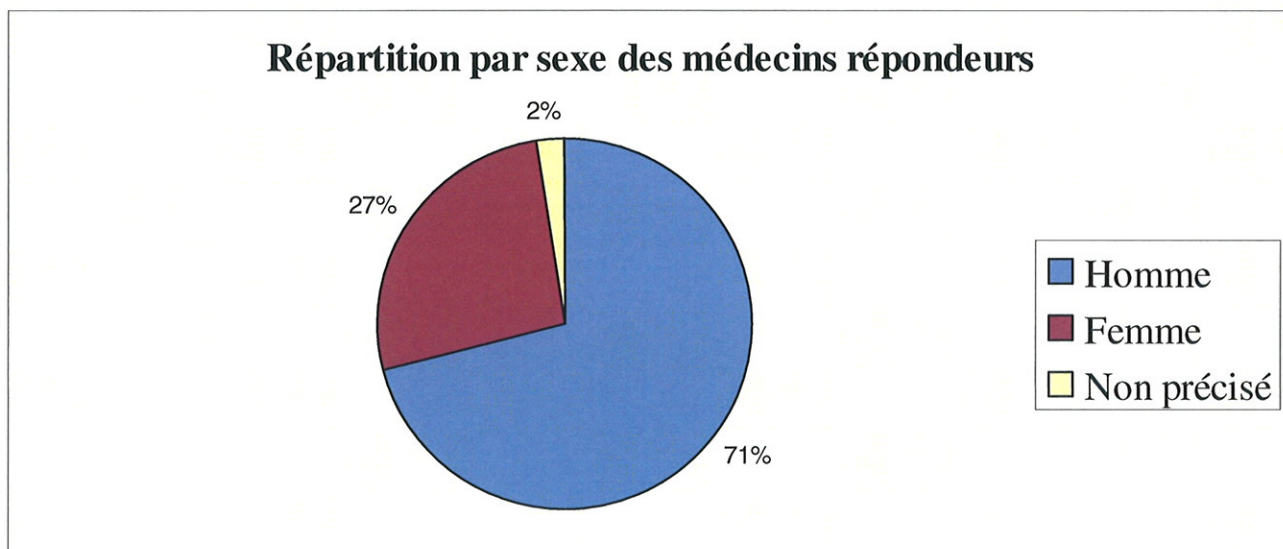
L'âge moyen est toujours de 53 ans que le médecin répondeur exerce en secteur urbain ou rural.

## 2 Deuxième question : « Sexe du médecin »

**Tableau 2 : Sexe des médecins répondants :**

	n	%
Homme	58	70,7
Femme	22	26,8
Non précisé	2	2,4
TOTAL	82	100

**Figure 2 :**



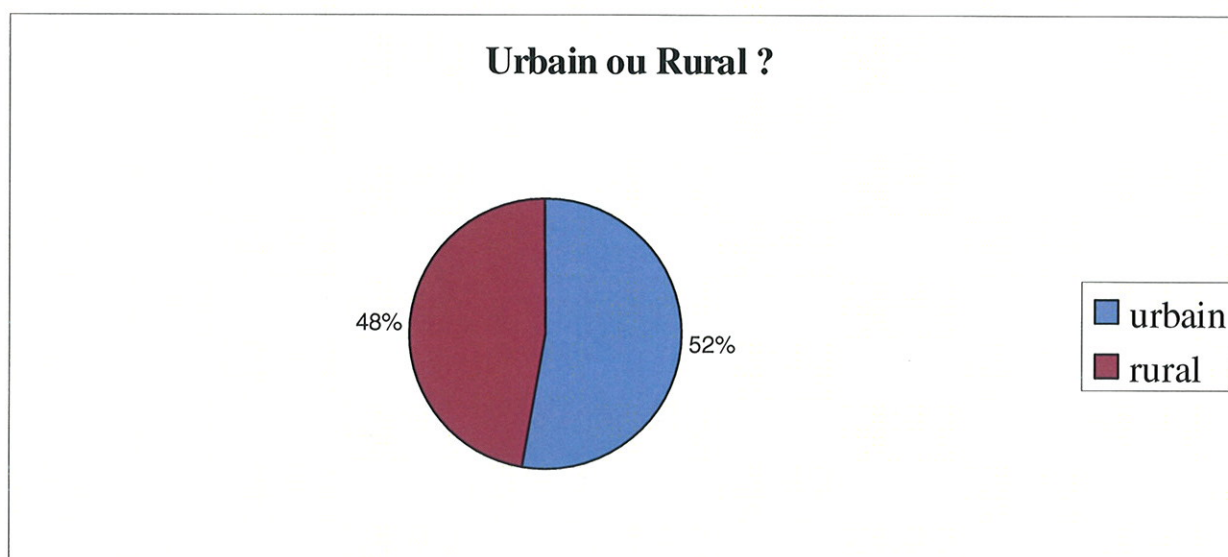
71% des médecins de notre échantillon sont des hommes, 27% sont des femmes.

### 3 Troisième question : « Commune d'exercice »

**Tableau 3a : Lieu d'exercice :**

Lieu d'exercice	N	%
urbain	43	52,4
Rural	39	47,6
TOTAL	82	100

**Figure 3a :**

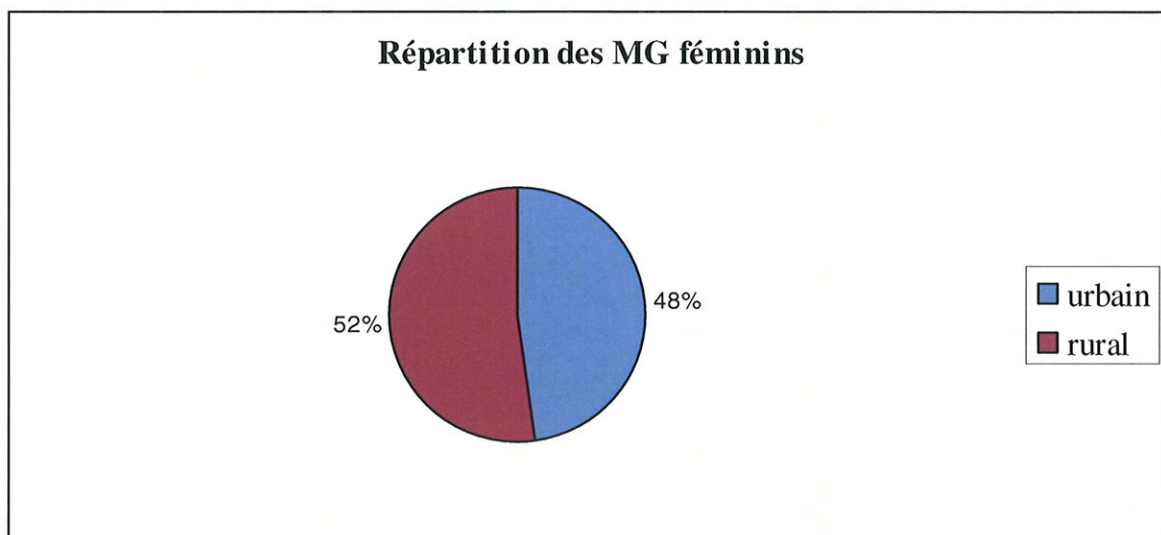


La moitié des médecins généralistes de notre échantillon exercent en milieu rural et l'autre moitié en milieu urbain.

**Tableau 3b :** Répartition des médecins réponders féminins en fonction de leur commune d'exercice :

	n	%
urbain	11	48
rural	12	52
TOTAL	23	100

**Figure 3b :**

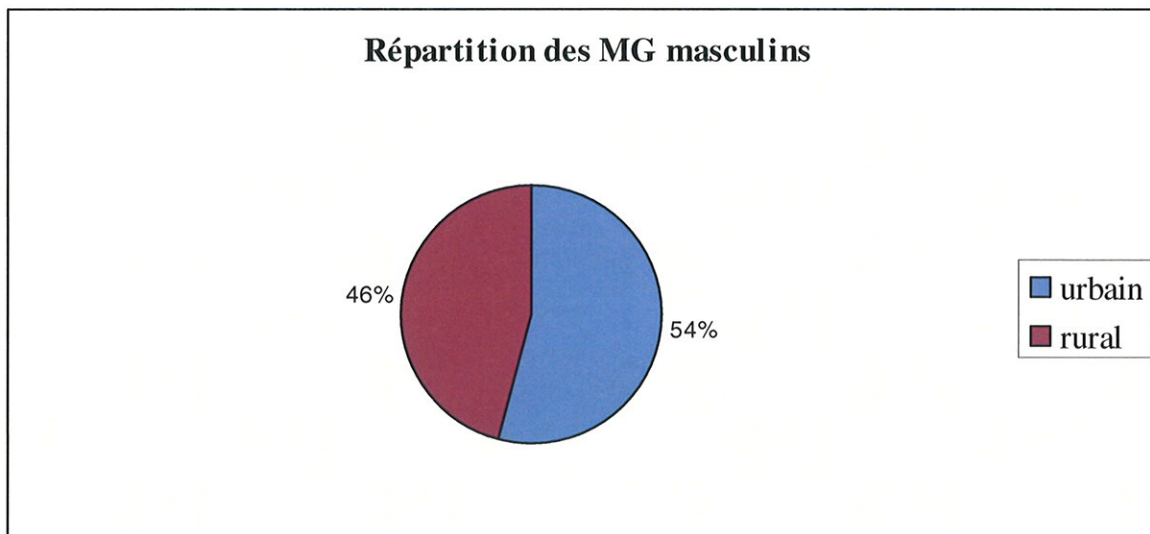


52% des médecins réponders féminins exercent en milieu rural, 48% exercent en milieu urbain. Une majorité de MG réponders féminins exerce en zone rurale.

**Tableau 3c :** Répartition des médecins réponders masculins en fonction de leur commune d'exercice :

	n	%
urbain	32	54
rural	27	46
TOTAL	59	100

**Figure 3c :**



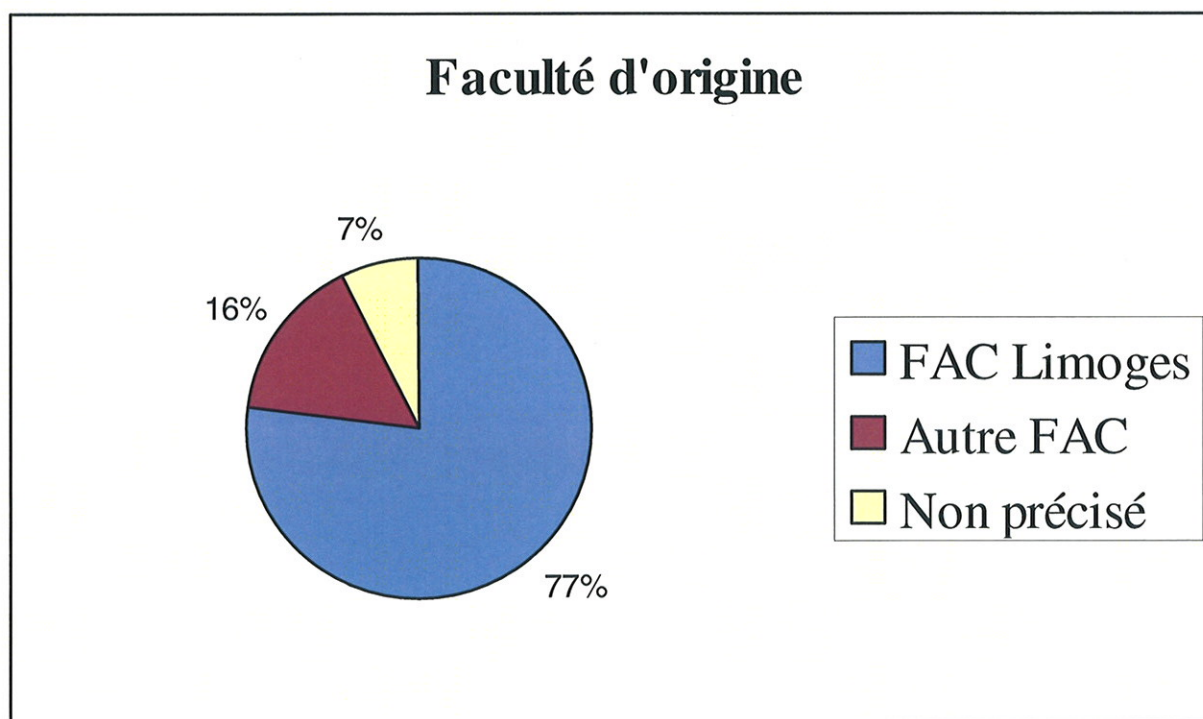
54% des médecins réponders masculins exercent en zone urbaine, 46% exercent en zone rurale. La majorité des MG réponders masculins exerce en milieu urbain.

#### 4 Quatrième question : « Faculté d'origine »

**Tableau 4 : Faculté d'origine :**

Faculté	N	%
FAC Limoges	63	76,8
Autre FAC	13	15,9
Non précisé	6	7,3
TOTAL	82	100

**Figure 4 :**



77 % donc la grande majorité des médecins répondants ont suivi leurs études à la Faculté de Médecine de Limoges.

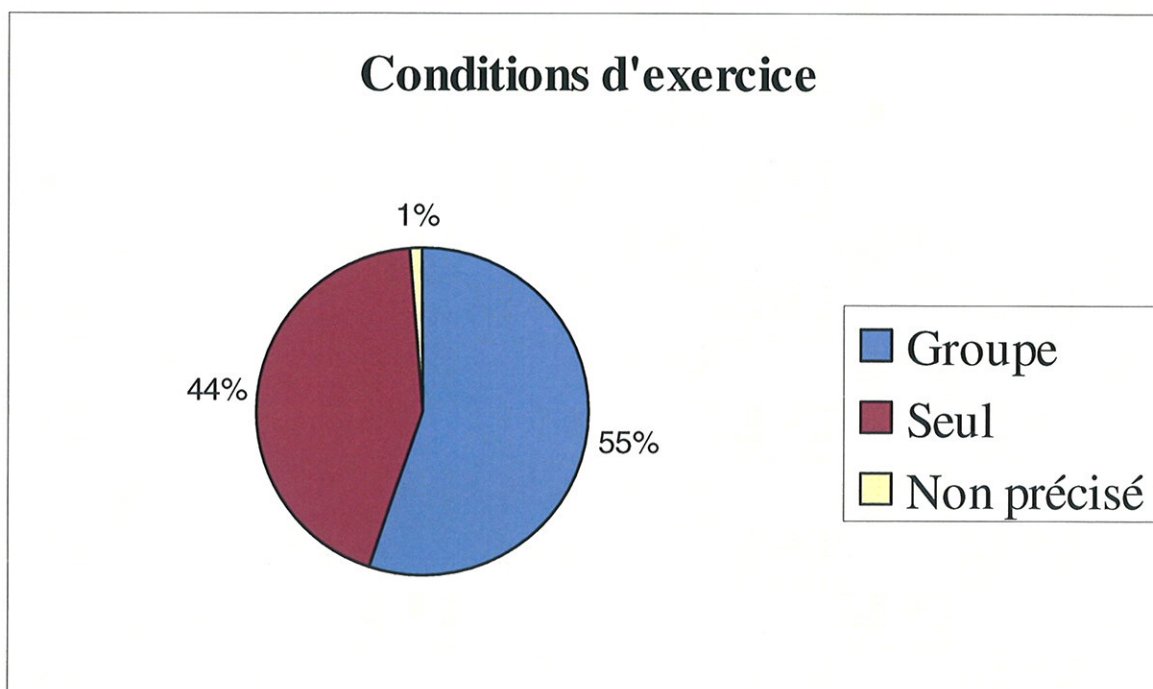


## 5 Cinquième question : « Exercez-vous seul ou en groupe ? »

**Tableau 5a : Condition d'exercice :**

	n	%
Groupe	45	54,87805
Seul	36	43,90244
Non précisé	1	1,219512
TOTAL	82	100

**Figure 5a :**

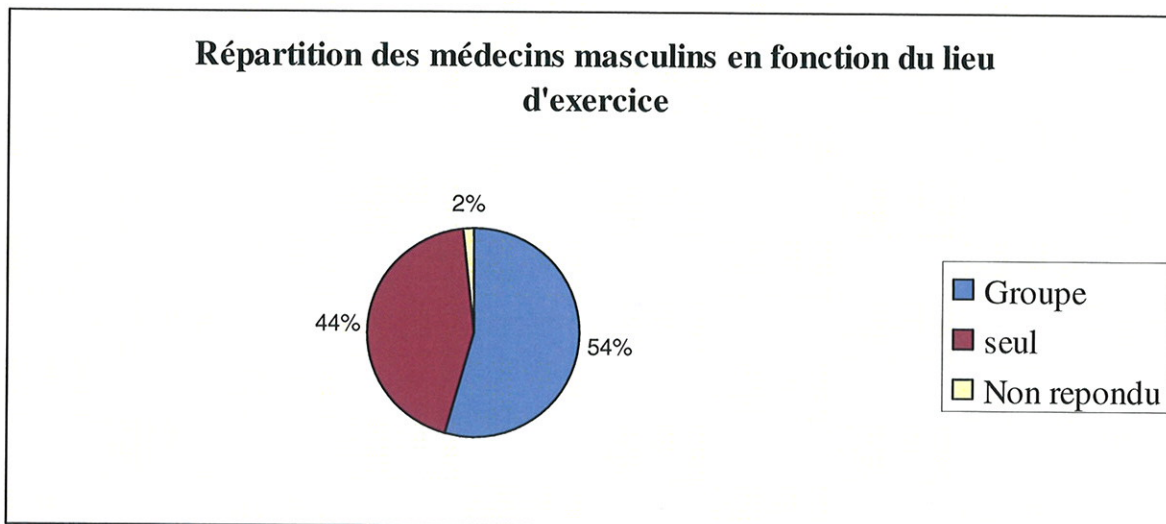


55% des médecins généralistes répondants exercent dans un cabinet de groupe.

**Tableau 5b :** Répartition des médecins réponders masculins en fonction de leur lieu d'exercice :

	n	%
Groupe	32	54,237
seul	26	44,068
Non répondu	1	1,6949
TOTAL	59	100

**Figure 5b :**



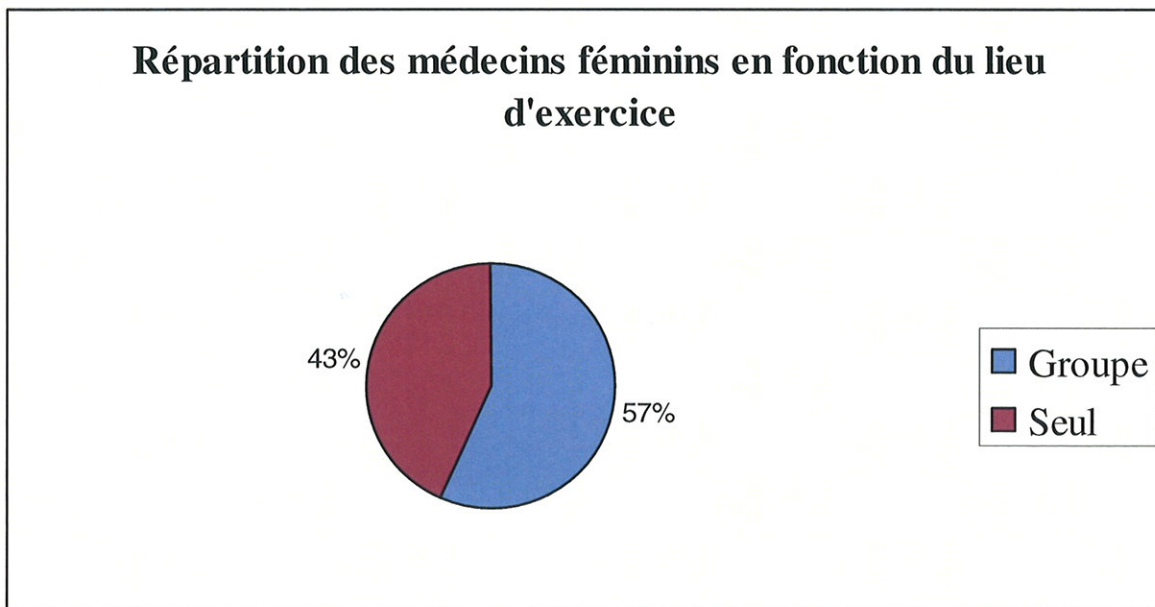
54% des médecins réponders masculins exercent en cabinet de groupe contre 44% en exercice isolé.



**Tableau 5c :** Répartition des médecins réponders féminins en fonction de leur lieu d'exercice :

	n	%
Groupe	13	56,52174
Seul	10	43,47826
TOTAL	23	100

**Figure 5c :**



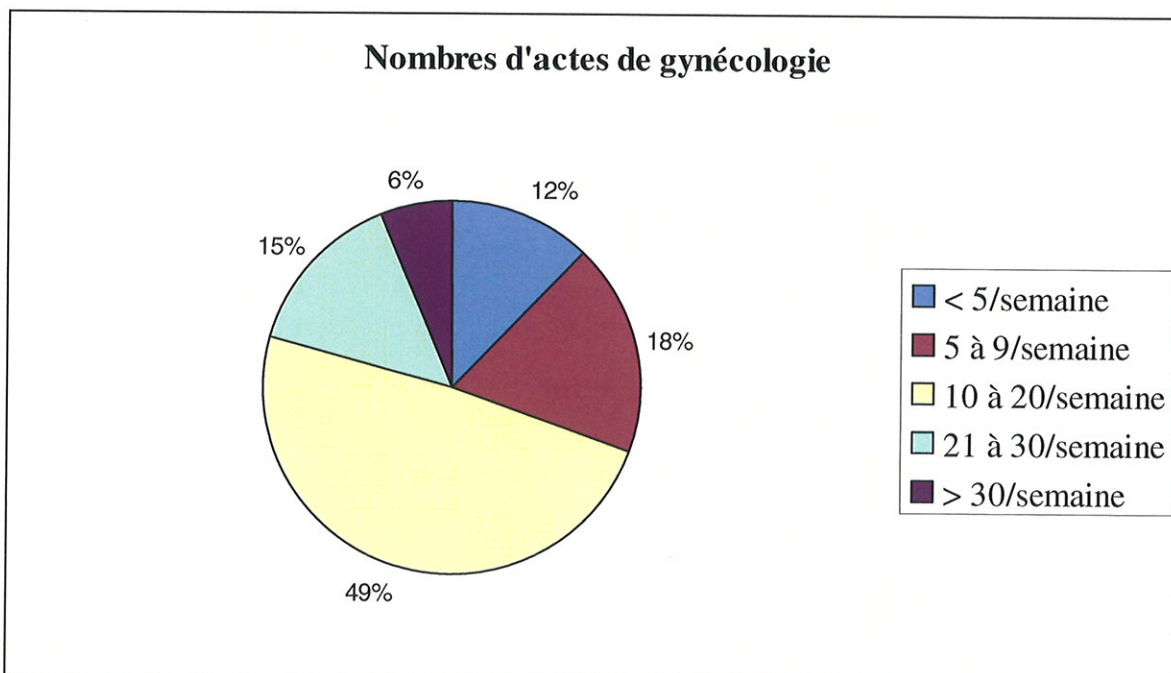
57% des médecins réponders féminins sont installés en cabinet de groupe contre 43% en exercice isolé.

**6 Sixième question : « Totalisation du nombre d'actes ou items de gynécologie par semaine »**

**Tableau 6a :** Nombres d'actes concernés par la gynécologie par semaine

nombre d'actes	N	%
Moins de 5 par semaine	10	12,19512
5 à 9 par semaine	15	18,29268
10 à 20 par semaine	40	48,78049
21 à 30 par semaine	12	14,63415
Plus de 30 par semaine	5	6,097561
TOTAL	82	100

**Figure 6a :**



Cette population de médecins répondants déclare effectuer en moyenne 13,8 actes concernés par la gynécologie par semaine.

49 % soit près de la moitié des médecins de notre échantillon effectuent 10 à 20 actes ou items de gynécologie obstétrique par semaine alors que 12 % en effectuent moins de 5 et 6 % plus de 30.

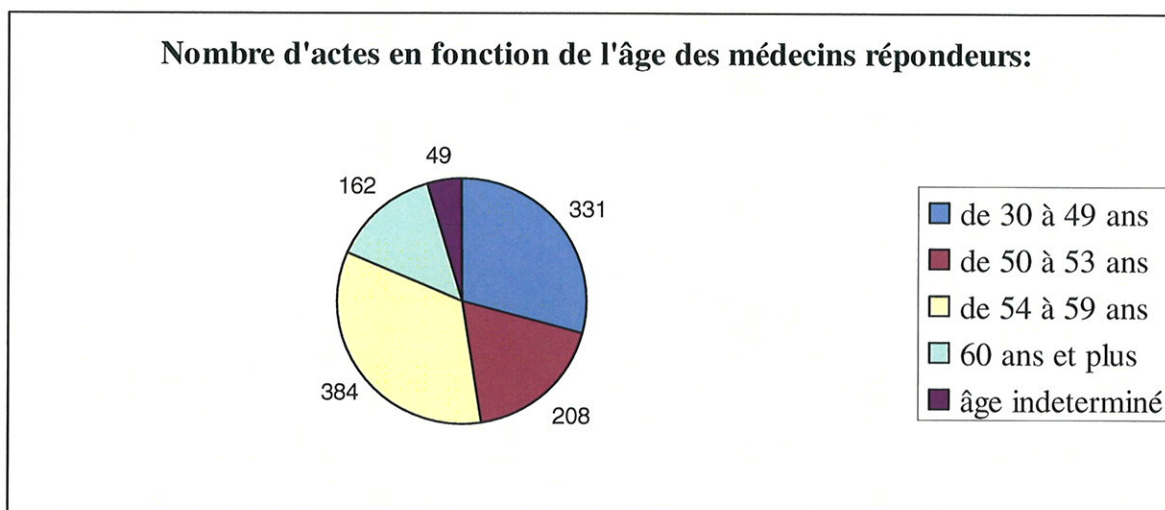
21 % soit un cinquième des répondants déclarent en effectuer plus de 20.

70 % soit près des deux tiers des répondants déclarent en effectuer plus de 10.

**Tableau 6b :** Nombre d'actes par semaine en fonction de l'âge du médecin répondeur :

Tranches d'âge	n	%
de 30 à 49 ans	331	29,18871
de 50 à 53 ans	208	18,34215
de 54 à 59 ans	384	33,86243
60 ans et plus	162	14,28571
âge indéterminé	49	4,320988
TOTAL	1134	100

**Figure 6b :**



Ces graphiques nous montrent que les médecins répondeurs âgés de 30 à 49 ans réalisent 331 actes ou items de gynécologie par semaine, soit en moyenne 12,7 actes par MG.

Les médecins répondeurs âgés de 50 à 59 ans en effectuent 592, soit en moyenne 14,8 par MG.

Les médecins répondeurs de 60 ans et plus réalisent 162 interventions dans le champ de la gynécologie par semaine, soit en moyenne 12,4 par MG.

Donc proportionnellement, sur une semaine de consultation :

- 1 273 interventions dans le champ de la gynécologie sont effectués pour 100 MG âgés de 30 à 49 ans.
- 1 480 sont effectués pour 100 MG âgés de 50 à 59 ans.
- 1 246 sont réalisés pour 100 MG âgés de 60 ans et plus.

**Tableau 6c :** Nombre moyen d'actes de gynécologie des MG féminins et masculins.

	Moyennes
Actes MG féminins	14
Actes MG masculins	13

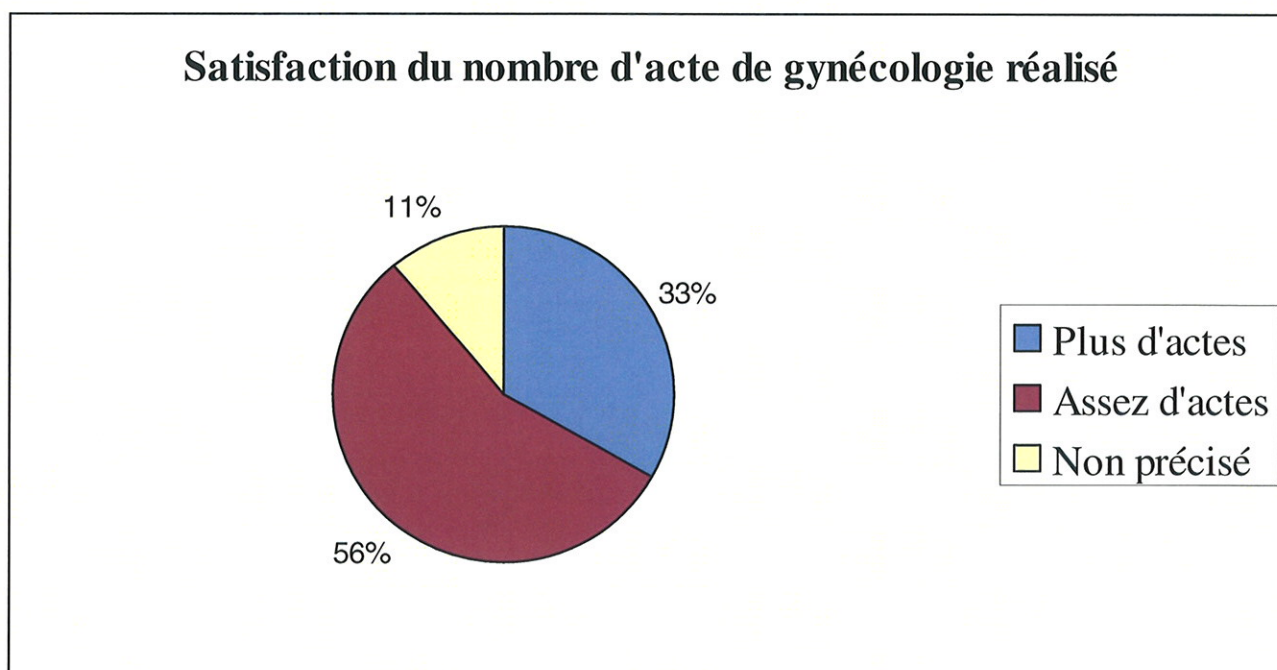
Les médecins répondeurs féminins effectuent en tout environ 14 actes par semaine, alors que les médecins masculins en réalisent environ 13.

**7 Septième question : « Souhaiteriez-vous réaliser plus d'actes de gynécologie ? »**

**Tableau 7 : Souhaits quant à la pratique d'actes de gynécologie.**

	n	%
Médecins souhaitant réalisés plus d'actes	27	32,92683
Médecins satisfaits du nombre d'actes effectués	46	56,09756
Pas de réponse	9	10,97561
TOTAL	82	100

**Figure 7 :**



56 % des médecins répondants soit près des deux tiers ne souhaitent pas réaliser plus d'actes de gynécologie, contre 33% soit un tiers qui souhaiterait en effectuer plus.



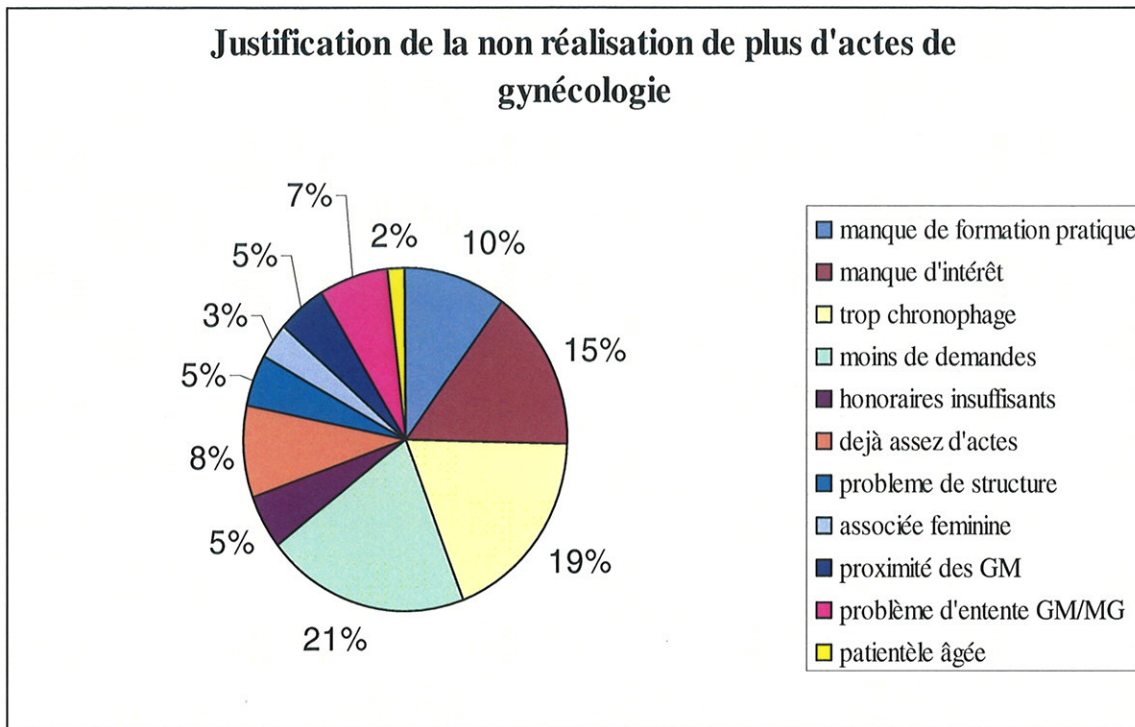
## 8 Huitième question : « Si non pourquoi ? »

**Tableau 8 :** Justification quant à la non réalisation de plus d'actes de gynécologie.

A cette question ouverte, les médecins invoquent les raisons suivantes :

	n	%
moins de demande	12	20,33898
trop chronophage	11	18,64407
manque d'intérêt	9	15,25424
manque de formation pratique	6	10,16949
déjà assez d'actes	5	8,474576
problème d'entente GM/MG	4	6,779661
honoraires insuffisants	3	5,084746
problème de structure	3	5,084746
proximité des GM	3	5,084746
associée féminine	2	3,389831
patientèle âgée	1	1,694915
TOTAL	59	100

Figure 8 :



59 raisons ont été fournies pour justifier la non réalisation d'un nombre plus important d'actes de gynécologie en médecine générale ambulatoire.

Les principales raisons évoquées sont :

- la diminution de demande à hauteur de 21 %, dont 67% des réponses est formulée par des médecins exerçant en milieu urbain. En revanche, le sexe du médecin répondeur ne paraît pas influencer cette réponse.
- le caractère chronophage de ces consultations à hauteur de 19 %
- le manque de formation pratique pour 15 % des médecins répondeurs. Le sexe et l'âge des médecins répondeurs ne paraissent pas influencer sur cette réponse.



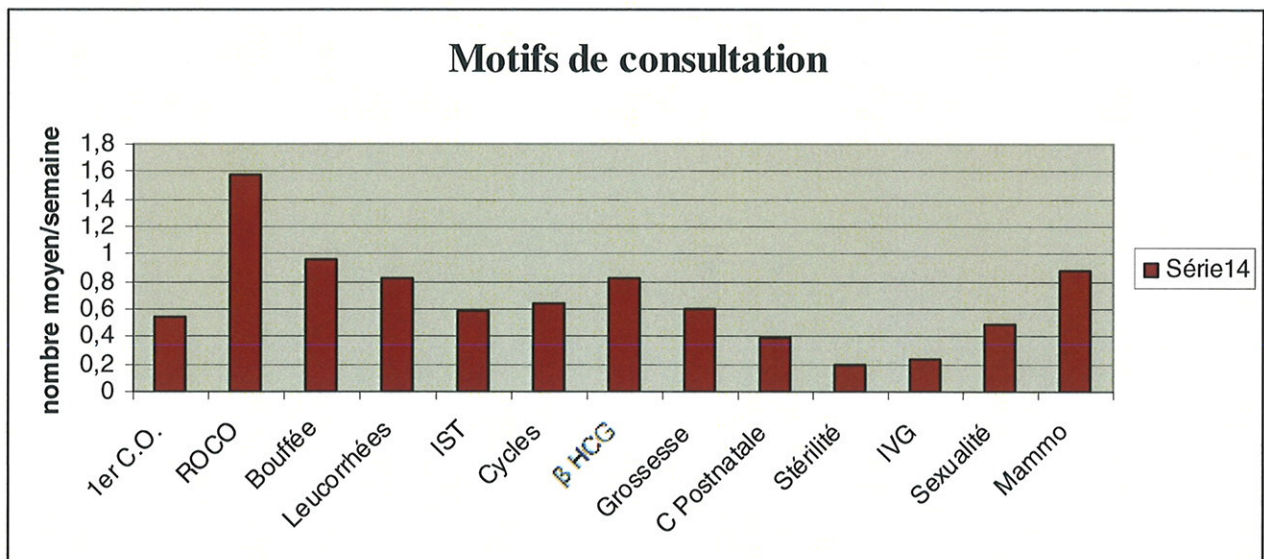
## 9 Neuvième question : « Si oui comment ? »

Les médecins répondeurs souhaitant réaliser un plus grand nombre d'actes de gynécologie n'ont formulé que deux propositions :

- augmenter l'accès à des formations pratiques sur la pose et l'ablation de stérilets et d'implants et sur la réalisation de frottis cervicaux,
- reconnaître, par la suite, la capacité du médecin généraliste ambulatoire à effectuer ces actes, en particulier pour les patientes.

## 10 Dixième question : « Motifs de consultation gynécologiques »

Graphique 10.a : Motifs de consultation :



Chaque motif gynécologique de consultation défini dans cette enquête lors d'une semaine complète de travail en médecine générale ambulatoire revient en moyenne moins de deux fois par semaine.

La demande la plus fréquente concerne le renouvellement d'une contraception orale (1,6 consultations par semaine).

Tous les autres motifs testés représentent moins d'une demande par semaine en moyenne.

Les problèmes d'infertilité et les demandes d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) sont apparemment très peu abordés en médecine générale ambulatoire (0,2 demandes en moyenne /semaine).

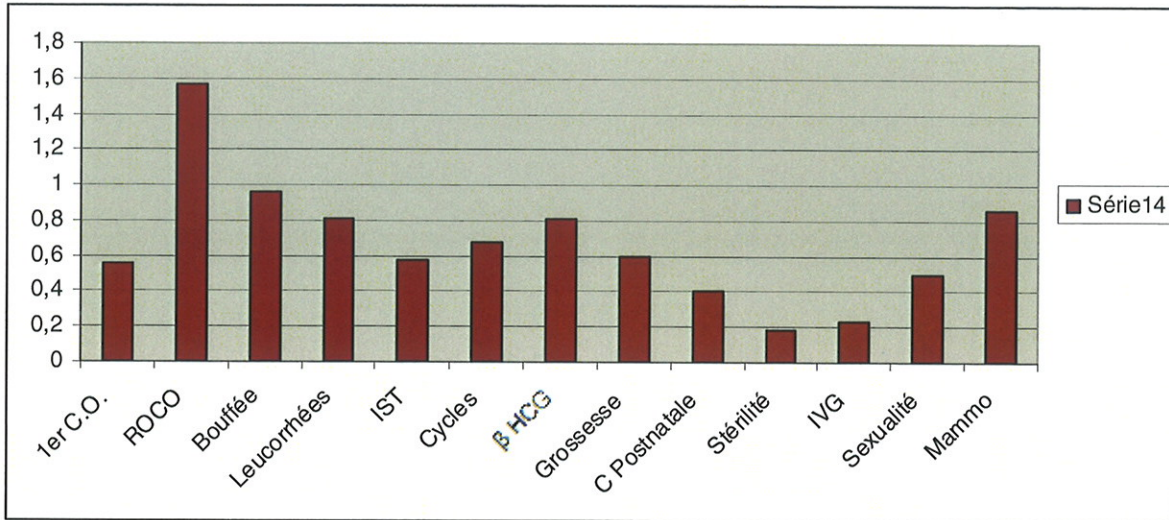
Les consultations pour la prescription d'une première contraception orale ainsi que les consultations post-natales sont également rares en médecine générale ambulatoire, moins de 0,5 demandes sur une semaine complète de consultation.

Les autres motifs de consultation demandés dans cette enquête se situent entre 0,6 et 1 consultation en moyenne par semaine.

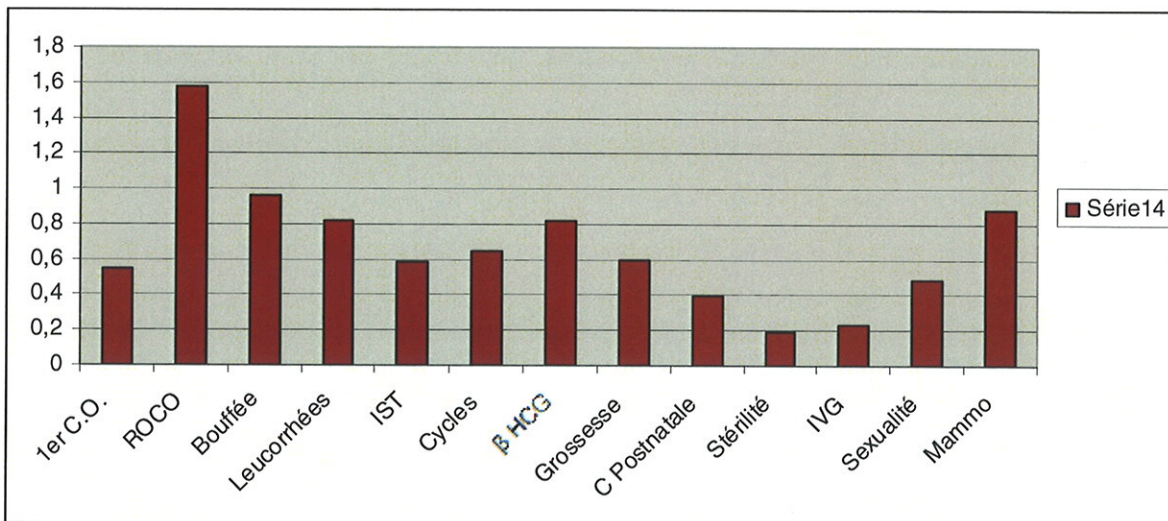
Par ailleurs d'autres motifs gynécologiques de consultation, non demandés, dans l'enquête ont été cités :

- Incontinence urinaire sur cystocèle : 1 fois par semaine par 1 médecin répondeur.
- Mastodynies : 1 fois par semaine par 3 médecins répondeurs.
- Intolérance d'une chimiothérapie pour une néoplasie du sein : 1 fois par semaine par 1 médecin.
- Galactorrhées : 1 fois par semaine par 2 médecins répondeurs.
- Interrogation sur la méthode ESSURE (méthode de stérilisation tubaire) : 1 fois par semaine par 2 médecins répondeurs.

**Graphique 10.b :** Motifs de consultations chez les médecins répondeurs féminins :



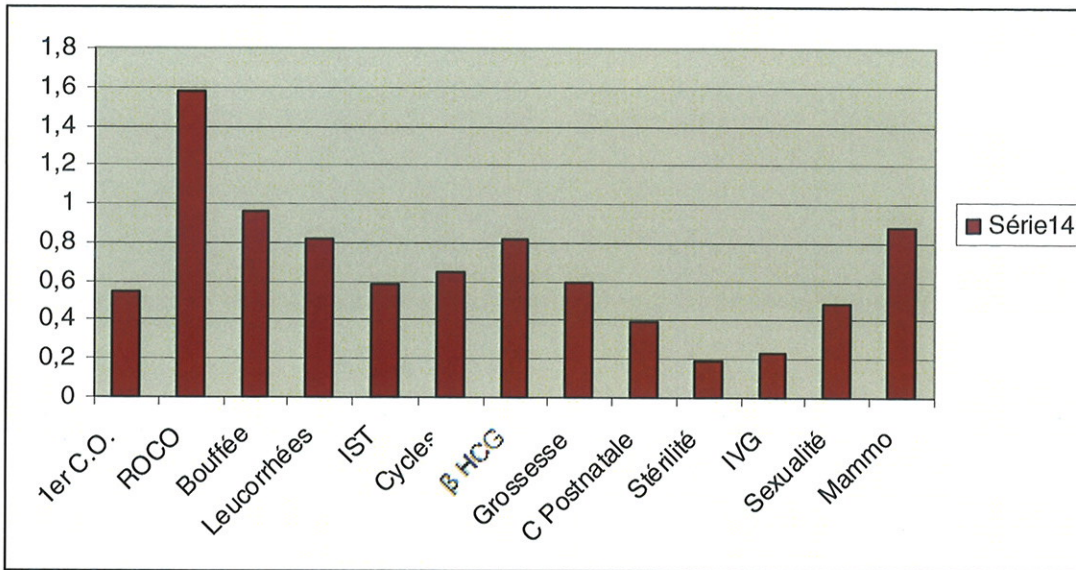
**Graphique 10.c :** Motifs de consultation chez les médecins répondeurs masculins :



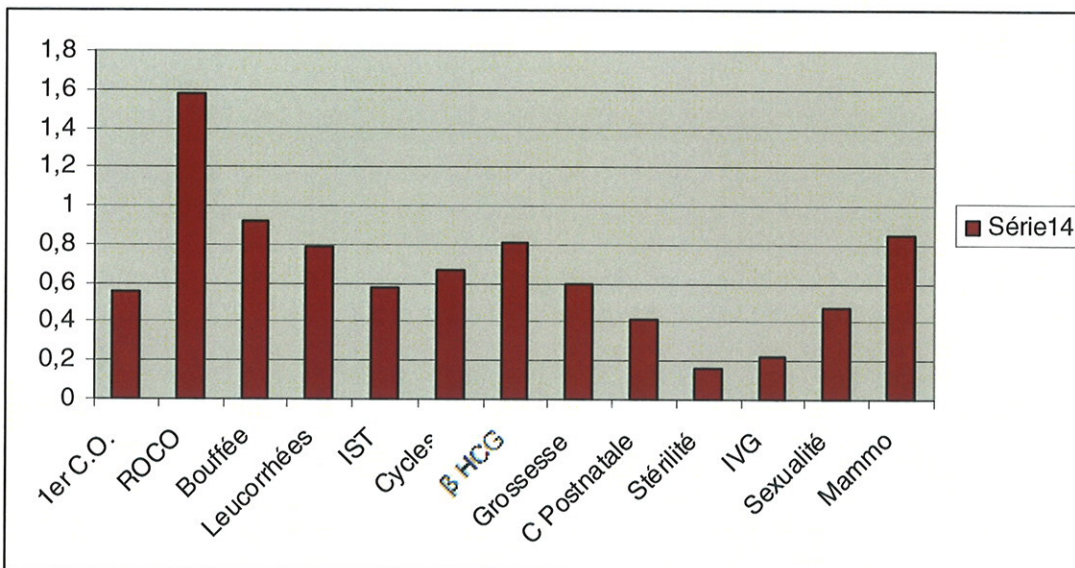
Le nombre moyen des différents motifs gynécologiques de consultation est équivalent que le médecin répondeur soit une femme ou un homme.



**Graphique 10.d : Motifs de consultation en zone urbaine :**

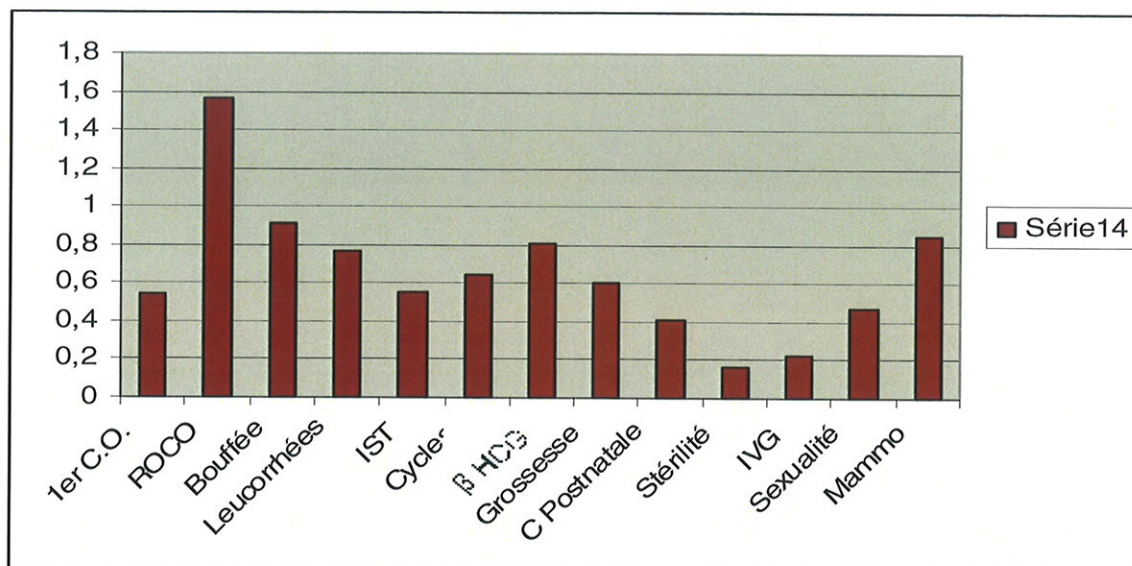


**Graphique 10.e : Motifs de consultation en zone rurale :**

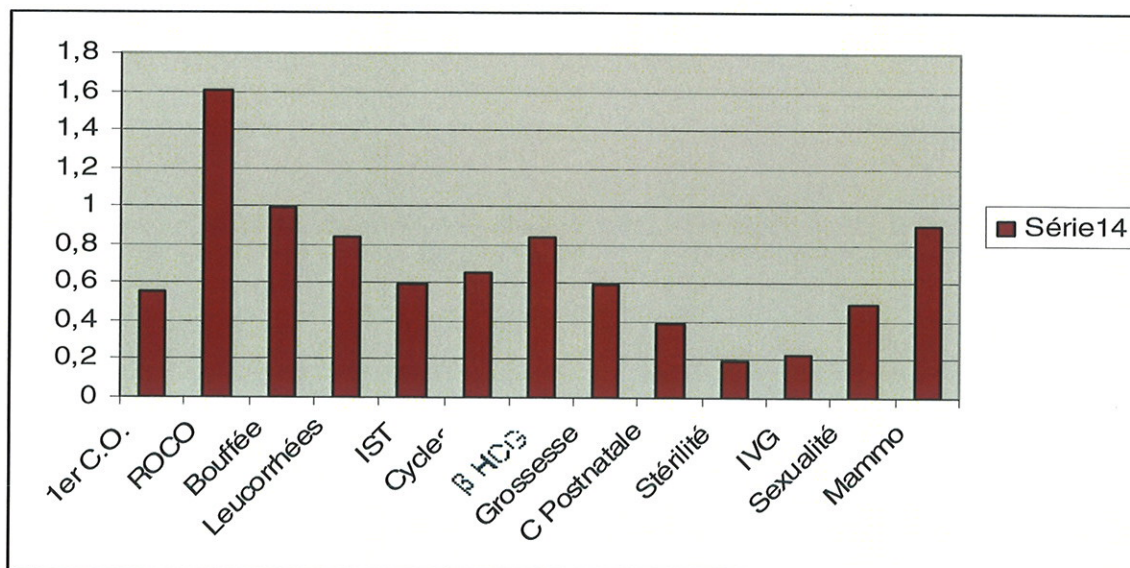


Le nombre moyen des différents motifs gynécologiques de consultation est équivalent que le médecin répondeur exerce en zone urbaine ou rural.

**Graphique 10.f :** Motifs de consultation en exercice en cabinet de groupe :



**Graphique 10.g :** Motifs de consultation en exercice seul :

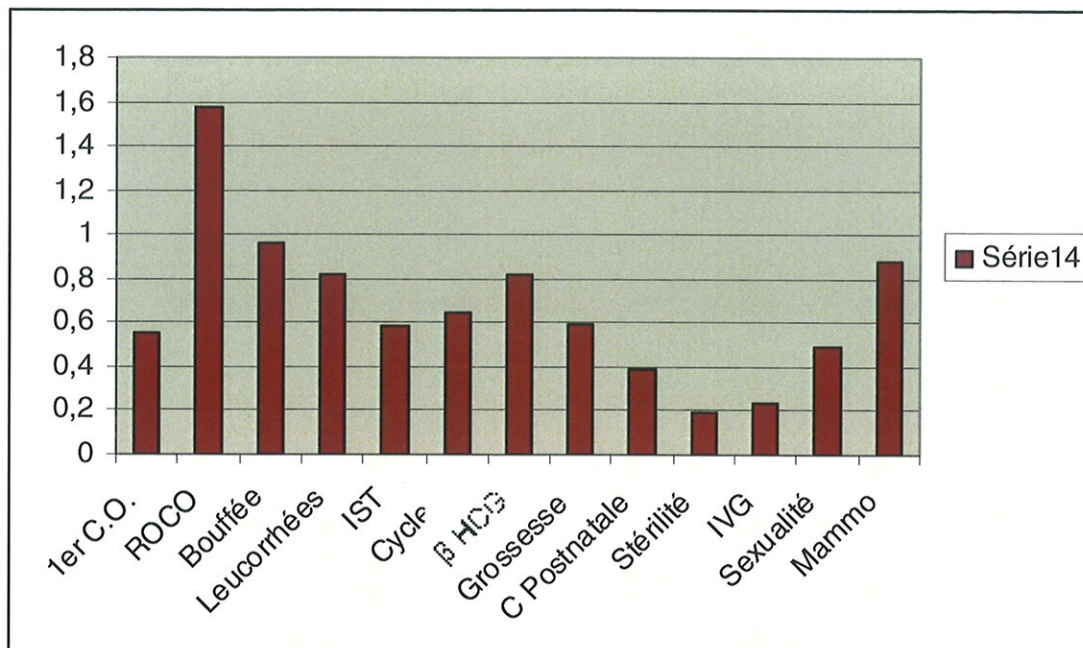


En général, le nombre moyen des différents motifs gynécologiques de consultation des médecins répondants est plus important en exercice isolé qu'en cabinet de groupe.

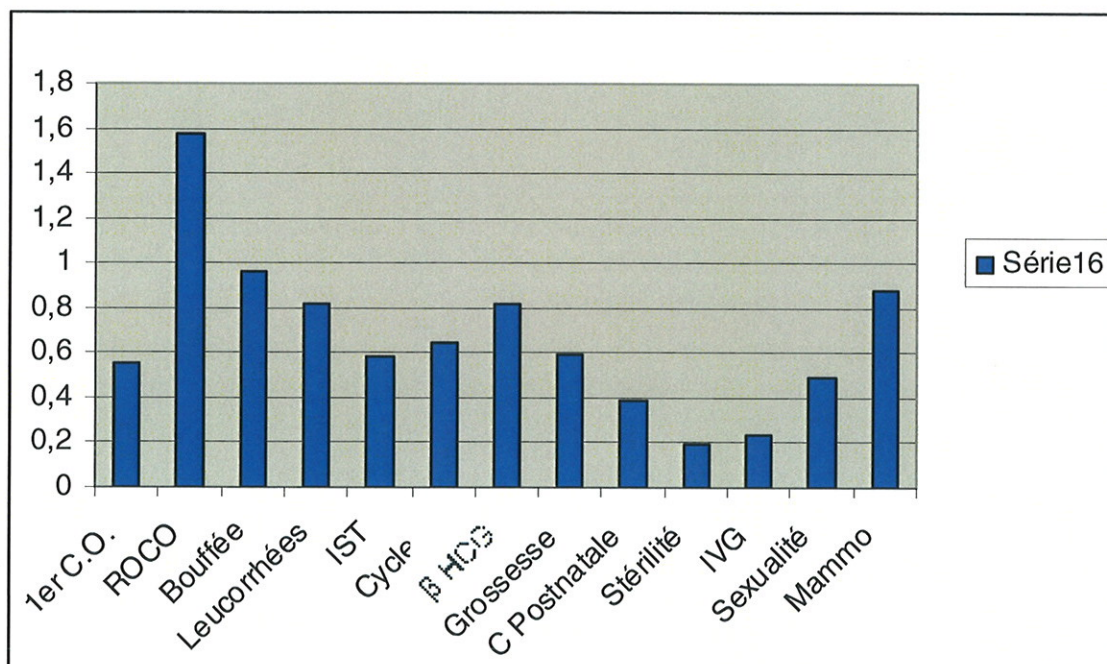
Cependant, en moyenne les différents motifs de consultations sont supérieurs d'environ 2% en zone rurale. Considérant une marge d'erreur, fixée arbitrairement pour cette étude à 5%, cette différence n'est donc pas significative.



**Graphique 10.h :** Motifs de consultation des médecins dont la faculté d'origine est Limoges :



**Graphique 10.i :** Motifs de consultation des médecins dont la faculté d'origine n'est pas Limoges :

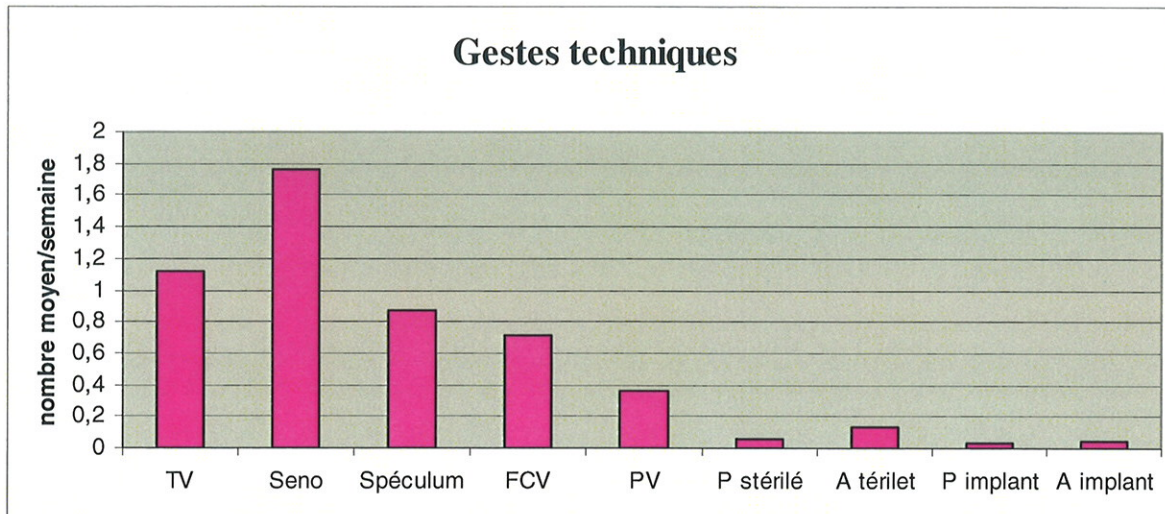


Le nombre moyen des motifs de consultation est équivalent que le médecin répondeur soit issu de la faculté de médecine de Limoges ou d'ailleurs.



## 11 Onzième question : « Gestes techniques gynécologiques »

Graphique 11.a : Gestes techniques :



Les gestes techniques gynécologiques réalisés en cabinet de médecine générale ambulatoire sont en moyenne inférieurs à deux par semaine.

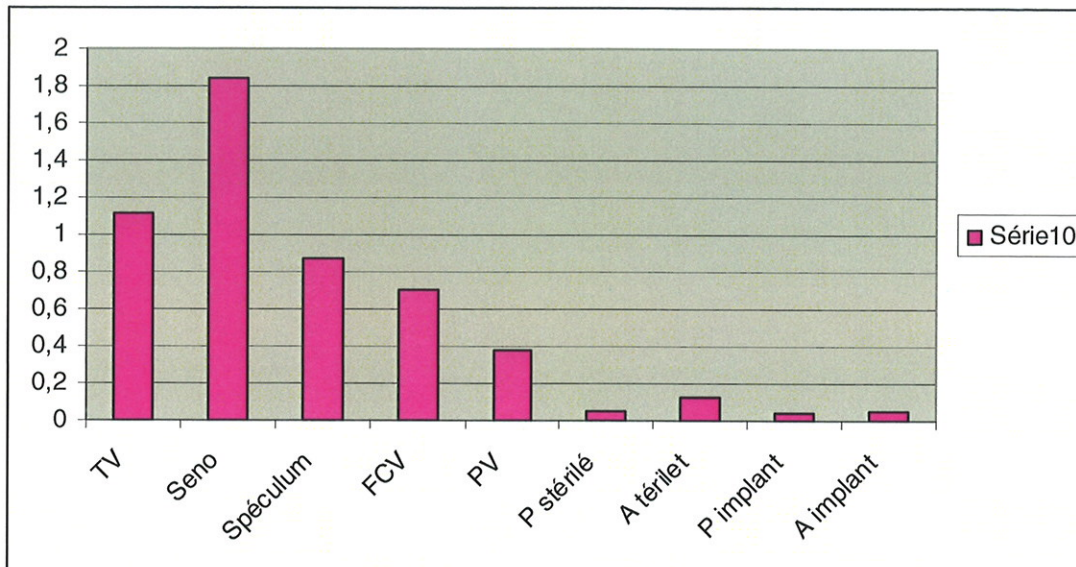
Le plus fréquemment effectué est la palpation des seins (Seno).

Un toucher vaginal (TV) est réalisé environ une fois par semaine.

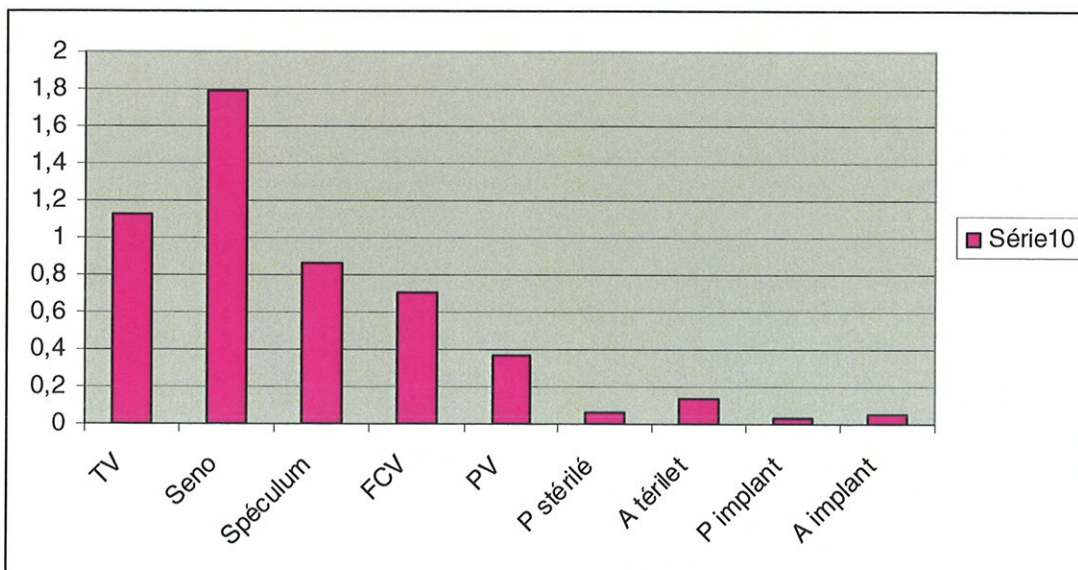
La pose d'un spéculum accompagnée ou non de la réalisation d'un frottis cervical (FCV) est peu fréquente, moins d'une fois par semaine de consultation.

Quant aux gestes plus techniques tels que pose (P) et ablation (A) de stérilet et d'implant, ils sont très rarement réalisés en médecine générale ambulatoire (proche de 0 fois par semaine). Le plus fréquent d'entre eux reste l'ablation de stérilet.

**Graphique 11.b :** Gestes techniques réalisés chez les médecins répondeurs féminins :



**Graphique 11.c :** Gestes techniques réalisés chez les médecins répondeurs masculins :



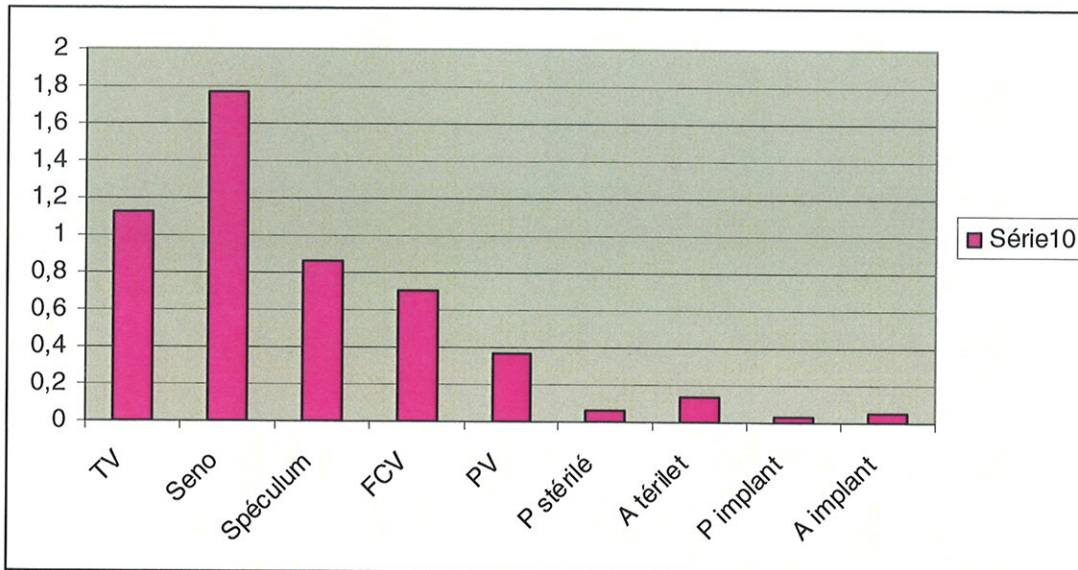
Les médecins généralistes féminins réalisent plus d'examens sénologiques que leurs confrères masculins.

Cependant, cette différence est de 2%. Or, en tenant compte de la même marge d'erreur de 5%, cette différence n'est pas significative.

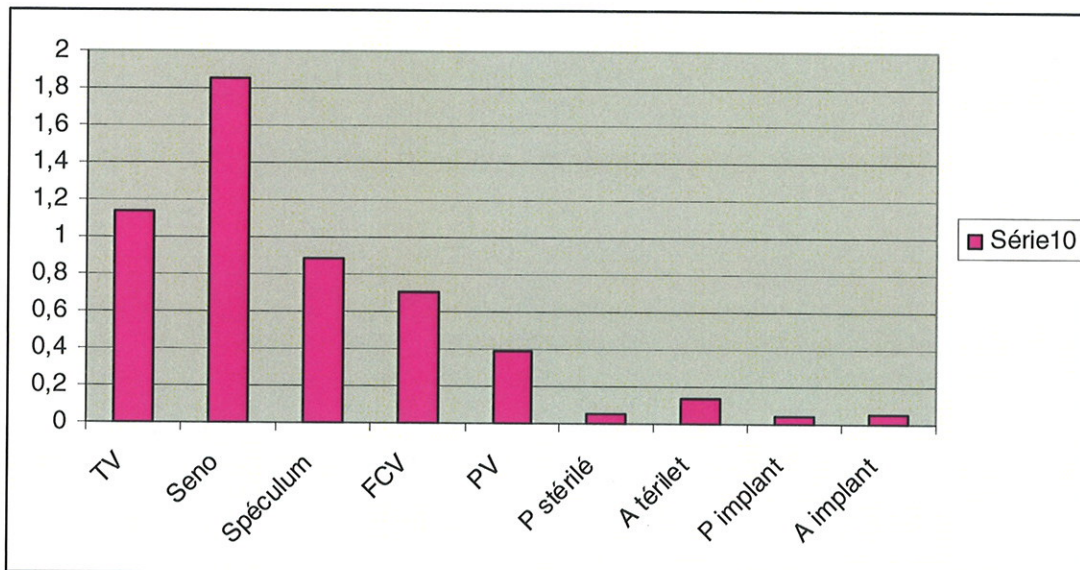
Le nombre moyen des autres gestes techniques est équivalent que le médecin répondeur soit féminin ou masculin.



**Graphique 11.d : Gestes techniques réalisés en zone urbaine :**



**Graphique 11.e : Gestes techniques réalisés en zone rurale :**

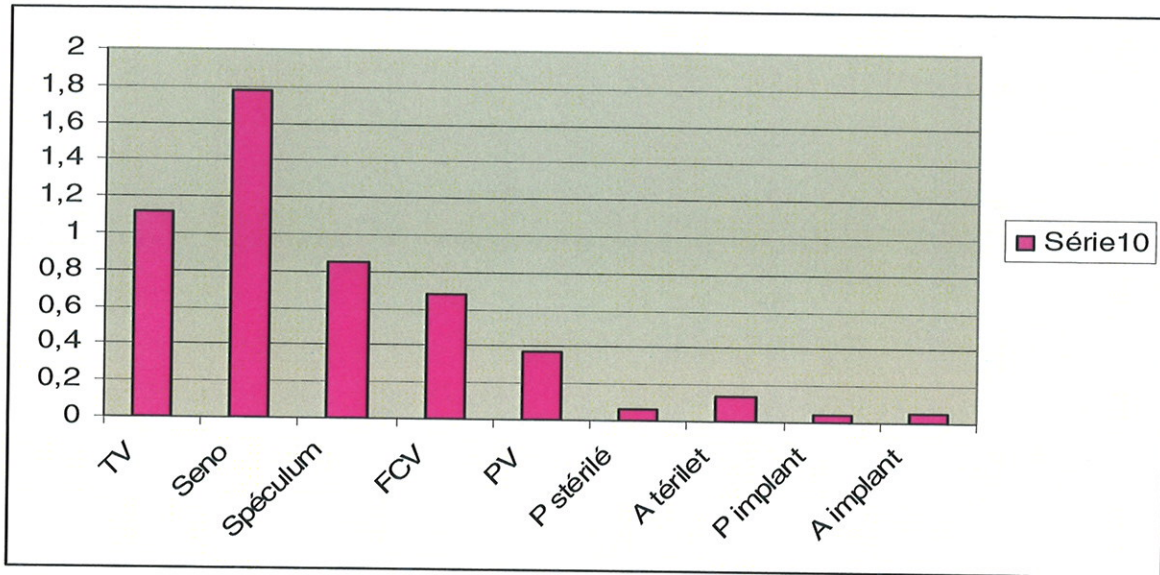


Le nombre moyen des différents gestes techniques est équivalent que le médecin généraliste répondeur exerce en zone urbaine ou rurale.

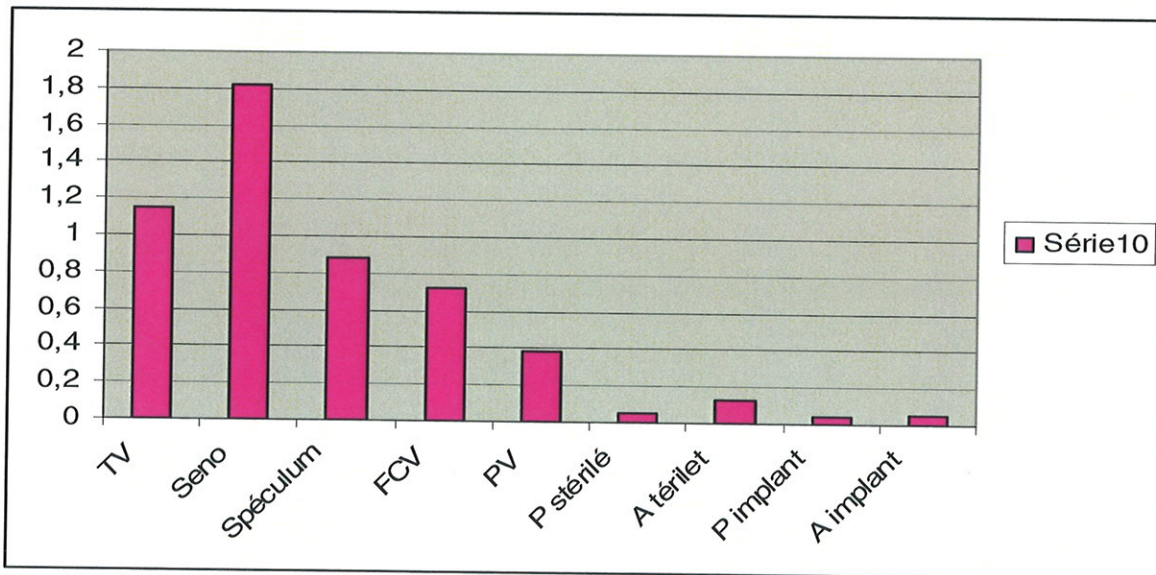
On observe une légère différence en faveur de la zone rurale du nombre de palpation des seins (1,9 en zone rurale contre 1,8 en zone urbaine).

Cette différence à hauteur de 5,5% est donc significative car elle est supérieure à notre marge d'erreur, fixée arbitrairement.

**Graphique 11.f :** Gestes techniques réalisés en cabinet de groupe :



**Graphique 11.g :** Gestes techniques réalisés en exercice isolé :



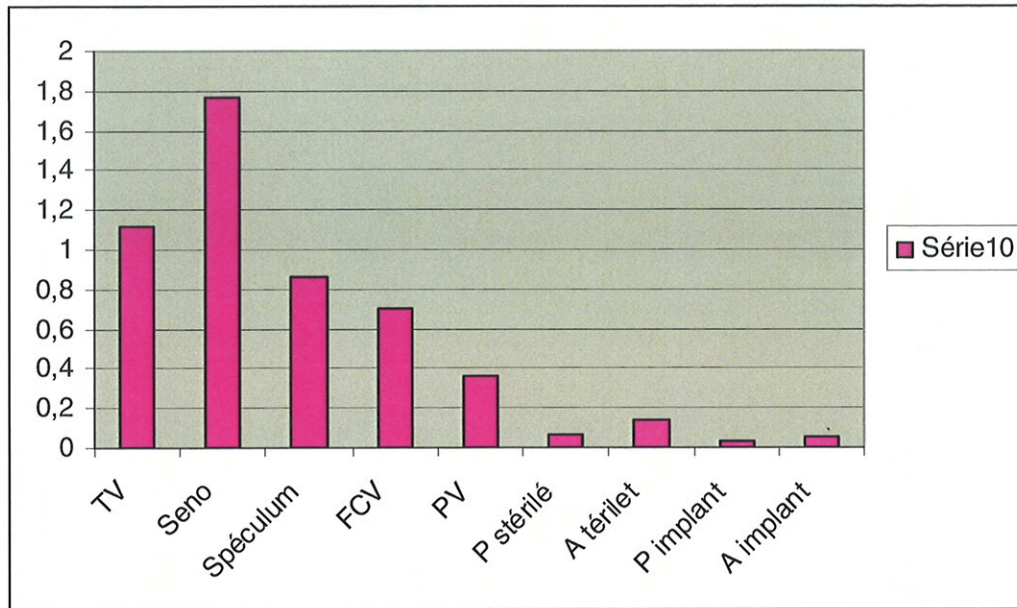
L'examen sénologique, le toucher vaginal et le frottis cervical sont des gestes techniques un peu plus réalisés lorsque le médecin répondeur exerce seul.

Cette différence à hauteur de 3% pour la palpation des seins et de 3.5% pour le toucher vaginal n'est pas significative car elle est inférieure à notre marge d'erreur.

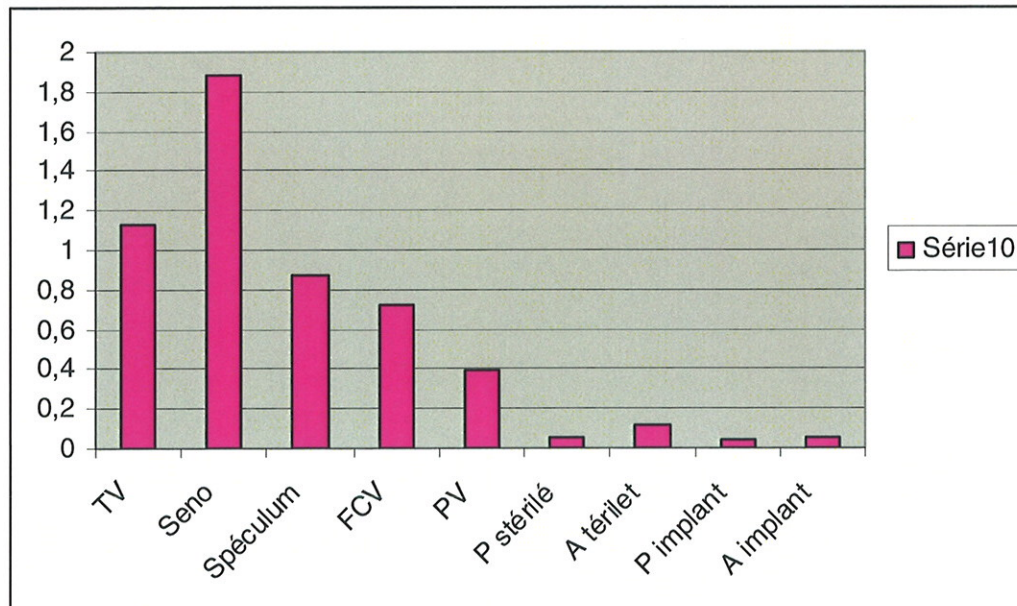
En revanche, on retrouve une différence significative à hauteur de 5.5% concernant la réalisation du frottis cervical en faveur des médecins exerçant seuls.



**Graphique 11.h :** Gestes techniques réalisés par les médecins dont la faculté d'origine est Limoges :



**Graphique 11.i :** Gestes techniques effectués par les médecins dont la faculté d'origine n'est pas Limoges :





L'examen sénologique est légèrement plus fréquemment effectué chez les médecins répondeurs issus d'une autre faculté que Limoges.

Cette différence à hauteur de 6.7% est significative car supérieure à notre marge d'erreur de 5%.

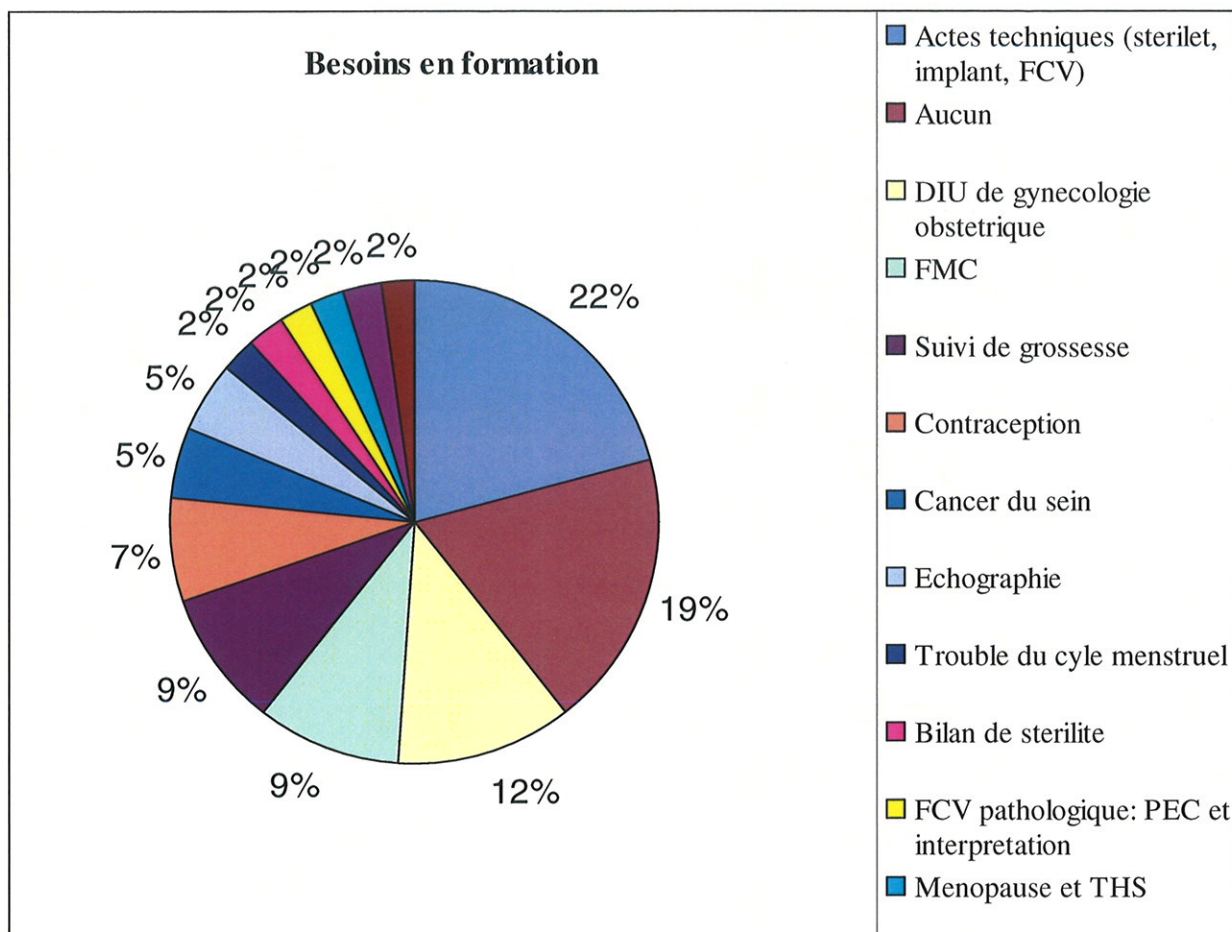
**12 Douzième question : « Quels sont vos besoins de formation professionnelle en gynécologie »**

**Tableau 12 :** Identification des besoins de formation en gynécologie cités.

A cette question ouverte, les médecins interrogés ont cité les besoins suivants :

	n	%
Actes techniques (stérilet, implant, FCV)	9	20,93023
Aucun	8	18,60465
DIU de gynécologie obstétrique	5	11,62791
FMC	4	9,302326
Suivi de grossesse	4	9,302326
Contraception	3	6,976744
Cancer du sein	2	4,651163
Echographie	2	4,651163
Trouble du cycle menstruel	1	2,325581
Bilan de stérilité	1	2,325581
FCV pathologique: PEC et interprétation	1	2,325581
Ménopause et THS	1	2,325581
Fécondation In Vitro	1	2,325581
Suivi de grossesse pathologique	1	2,325581
TOTAL	43	100

**Figure 12 :**



Parmi les médecins répondants, 36 besoins en formation ont été identifiés.

Huit médecins répondants estiment ne pas avoir besoin de formation professionnelle en gynécologie obstétrique. Tous ne souhaitent pas réaliser un plus grand nombre d'actes de gynécologie.

Parmi les besoins de formation identifiés, 20% concerne la pratique des actes techniques tels que pose et ablation de stérilets et d'implants et la réalisation de frottis cervicaux.

Les médecins répondeurs proposent de participer :

- Soit à des Formations Médicales Continues (FMC) pour 9% d'entre eux.
- Soit au Diplôme Inter Universitaire (DIU) de gynécologie obstétrique pour 12% d'entre eux.

## **DISCUSSION :**

### **1 Limites de l'étude :**

L'enquête qui a servi de base à notre travail se déroule sur une semaine de consultation. Ceci implique que les médecins interrogés ont consacré du temps à notre étude durant une semaine entière. Cette durée trop importante constitue un biais quant au nombre de réponses obtenues. Les médecins répondants sont-ils ceux qui pratiquent régulièrement la gynécologie ? Notre travail ne peut l'affirmer.

Pour obtenir un meilleur taux de réponse et donc une meilleure représentativité de la population des médecins généralistes de la Haute-Vienne, une telle enquête devrait se dérouler à l'avenir sur un jour prédéterminé de consultation.

De plus, pour obtenir un échantillon de réponses plus important améliorant ainsi la significativité de notre étude, il aurait été nécessaire de réaliser une relance auprès des médecins non répondants.

Enfin, si à l'avenir ce travail est poursuivi, peut-être faut-il cibler l'ensemble des médecins généralistes de notre département soit plus de 400 praticiens.

Six questionnaires n'ont pas pu être exploités : trois questionnaires ont été envoyés à des médecins généralistes nouvellement retraités ; trois autres nous ont été retournés sans aucune réponse formulée. Pourquoi faire l'effort de renvoyer un questionnaire vide ? Est-ce parce que ces médecins ne pratiquent pas de gynécologie et ne se sont pas sentis concernés par cette étude ? Nous n'avons pas de réponse à cette question.

Toutes ces limites constituent des biais de sélection dans notre travail. Ce petit échantillon ne nous permet pas d'affirmer que les médecins répondants sont représentatifs de la population médicale haut viennoise et a fortiori française.

C'est pourquoi il est difficile d'utiliser dans notre analyse de véritables références statistiques.

Les tranches d'âges sélectionnées dans nos résultats ont été choisies en fonction des références retrouvées dans notre bibliographie, nous permettant une comparaison plus facile.

## **2 Analyse et discussion des résultats:**

### *2.1 Caractéristiques de la population des médecins de l'échantillon : [13]*

Malgré un taux de réponse peu important, l'échantillon est assez représentatif de la population médicale ambulatoire du département de la Haute Vienne.

La moyenne d'âge des médecins répondants (53ans) est supérieure de cinq ans à la moyenne d'âge nationale des MG (48 ans).

On s'aperçoit que la population médicale interrogée est relativement âgée, 64% ont plus de 50 ans.

En Haute Vienne 21,6% des médecins généralistes en activité régulière sont âgés de 50 et 54 ans contre 18% dans notre échantillon.

Cet échantillon étant plus âgé que la population des MG de la Haute Vienne n'est-ce pas un biais dans notre étude ?

Il serait donc souhaitable de faire une relance auprès des médecins non répondants pour obtenir un échantillon plus représentatif des médecins de notre département voir d'élargir notre échantillon à l'ensemble des MG du département.

Notre échantillon initial de médecins comprend 139 médecins masculins et 70 médecins féminins, ce qui représente 66 % d'hommes et 34 % de femmes.

La population régionale en activité régulière de médecins généralistes est composée de 60% d'hommes. [18]

La répartition des MG de Haute Vienne retrouve 55,2% d'hommes et 44,8% de femmes.

L'échantillon initial est donc assez représentatif de la population des MG du Limousin.

Par contre les médecins réponders de notre enquête sont des hommes pour 71% d'entre eux. Les médecins masculins ont donc un peu plus participé à notre étude que leurs confrères féminins.

Cette surreprésentation des réponses des hommes est un biais dans les résultats de notre étude. Nous ne savons pas dans quel sens le manque de réponse des médecins féminins a modifié les résultats de notre étude. Toutefois, toutes interventions gynécologiques confondues, les MG féminins réalisent un peu plus d'actes de gynécologie que leurs confrères masculins.

L'échantillon des médecins réponders est composé d'autant de médecins exerçant en milieu urbain (52%) que rural (48%).

Dans le département de la Haute Vienne, 55% des médecins exercent dans des secteurs urbains tels que définis dans notre travail. Notre échantillon est représentatif quand à la répartition urbaine et rurale des médecins réponders.



Il faut noter que la majorité des médecins répondeurs féminins exerce en milieu rural. En revanche, la majorité des médecins répondeurs masculins exerce en zone urbaine.

77% des médecins répondeurs sont issus de la Faculté de Médecine de Limoges. Une éventuelle modification de la formation initiale des étudiants en médecine dans notre université retentira de façon notable sur les acquisitions des futurs médecins généralistes de notre département

55% des médecins répondeurs exercent en cabinet de groupe.

En France, 45% des médecins généralistes libéraux en activité régulière exercent en groupe. [14]

Dans notre enquête ce rapport est inversé (55% en groupe, 44% seul). Notre échantillon de médecins répondeurs comporte donc plus de médecins exerçant en groupe que la moyenne nationale.

L'organisation du temps de travail des médecins exerçant en groupe leur permet-elle plus de disponibilités pour répondre à ce genre d'enquête ?

Cette majorité est d'autant plus surprenante que les médecins installés en cabinet de groupe paraissent, d'après notre étude, réaliser moins d'intervention gynécologique que leur confrère en exercice isolé.

## 2.2 *Activité gynécologique quantitative des médecins répondeurs :*

7 médecins sur 10 abordent le champ de la gynécologie plus de 10 fois par semaine.

2 médecins sur 10 le font plus de 20 fois par semaine.

1 médecin sur 8 pratique très peu la gynécologie, moins de 5 actes par semaine.

Par contre 1 médecin sur 15 a une activité intense en gynécologie avec plus de 30 interventions par semaine.

L'activité des médecins généralistes concernant la gynécologie n'est pas homogène. On observe une grande disparité de la fréquence de cette pratique.

Les médecins répondeurs déclarent en moyenne réaliser 13,8 motifs et gestes techniques gynéco obstétriques sur une semaine complète de consultation.

Cette activité dans le champ de la gynécologie n'est pas négligeable et nécessite que les médecins généralistes soient parfaitement formés à la prise en charge des pathologies de la femme.

Quels sont les facteurs qui influencent cette pratique gynécologique variable d'un praticien à l'autre ?

L'âge du médecin généraliste semble influencer sur le nombre d'actes effectués. Les médecins âgés de 50 à 59 ans effectuent plus d'interventions dans le champ de la gynécologie que leurs confrères plus jeunes ou plus âgés. Ces résultats sont assez surprenants car la formation initiale en gynécologie obstétrique s'est améliorée depuis l'instauration d'un internat obligatoire pour

tous les futurs médecins. Nous aurions donc pu penser que les jeunes médecins installés pratiqueraient plus de gynécologie que leurs confrères plus âgés. Dans notre échantillon, ce n'est pas le cas.

Dans notre étude, le nombre moyen de consultation dans le champ de la gynécologie est peu différent que le MG soit un homme ou une femme (en dehors de la palpation des seins, où l'on retrouve une différence en faveur des médecins féminins). Serait-ce une fausse idée de croire que les femmes sont plus à l'aise face à un médecin femme pour leur suivi gynécologique ?

Pourtant plusieurs études démontrent que les femmes préfèrent être suivies par un médecin féminin ou un spécialiste [16], [17].

Cette différence s'explique sans doute par la petite taille de notre échantillon, et par la surreprésentation des MG masculins de notre étude.

Notre enquête ne permet pas de retrouver de différence dans la pratique des MG concernant la gynécologie qu'ils exercent en zone urbaine ou rurale.

Notre département n'étant pas très étendu, les patientes résidant en milieu rural sont rarement à plus de trente kilomètres d'un gynécologue. Il est donc tout à fait envisageable qu'elles prennent le temps de se déplacer pour leur suivi annuel. Qu'en est il pour le suivi des grossesses ? Notre enquête ne permet pas de répondre.

En revanche, notre étude permet de mettre en évidence une activité dans le champ de la gynécologie plus importante un exercice isolé qu'en groupe.

En cabinet de groupe, les patientes se dirigent peut-être plus facilement vers une associée féminine ou un associé spécialisé en gynécologie médicale pour leur suivi. Le médecin peut également plus librement adresser sa patiente à son associé(e) qu'il sait plus performant(e) ou plus intéressé(e) par cette spécialité.

Les médecins masculins sont-ils eux-mêmes à l'origine de l'orientation de leur patiente vers leur consoeur ?

Parmi les raisons invoquées à la non réalisation d'un plus grand nombre d'actes de gynécologie, on retrouve l'associée féminine à hauteur de 3% et la proximité d'une gynécologue médical à hauteur de 5%.

Plus de la moitié des médecins répondeurs sont satisfaits de leur activité dans le champ de la gynécologie. Toutefois un tiers souhaiterait l'élargir.

En revanche, notre étude ne nous permet pas de savoir si certains médecins généralistes souhaiteraient réaliser moins d'actes dans le champ de la gynécologie. Nous aurions pu ajouter cette question à notre enquête.

Pourquoi les médecins généralistes n'ont-ils pas plus d'activité dans le champ de la gynécologie ?

Les quatre grandes raisons évoquées par les médecins répondeurs sont le manque de demande (21%), le caractère chronophage de ces interventions (19%), le manque d'intérêt (15%) ou de formation pratique (10%).

La majorité des réponses concernant le manque de demande a été formulée par les médecins généralistes exerçant en zone urbaine, ce résultat s'expliquant sans doute par la proximité des gynécologues médicaux.

Ces motifs de non réalisation sont retrouvés dans une étude similaire réalisée en Corrèze [6]. Nous y retrouvons en ordre décroissant le manque de demande (36%), le manque de formation pratique (32%), le manque d'intérêt (12%) et le caractère chronophage (8%) de ces consultations.

Nous retrouvons ces mêmes obstacles dans la plupart des études étrangères et nationales réalisées sur ce thème [6], [15].

Les médecins répondants proposent eux-mêmes d'augmenter l'accès à des formations pratiques (pose et ablation de stérilet ou d'implant, technique des frottis cervicaux) et d'améliorer l'information des patientes quand à leurs compétences.

L'ouverture d'un DIU de gynéco obstétrique sur Limoges est une très bonne opportunité. Faut-il encore que les médecins intéressés puissent prendre le temps d'y participer.

Si la pratique de la gynécologie par les MG doit se développer, il serait donc nécessaire :

- d'informer la patientèle féminine de la possibilité de réaliser leur suivi gynécologique chez leur médecin traitant ;
- de proposer des formations pratiques aux futurs médecins généralistes comme aux praticiens en exercice.

- Enfin, il serait souhaitable qu'il existe une rémunération spécifique pour ces actes de gynécologie.

### ***2.3 Les motifs de consultation en médecine générale dans le champ de la gynécologie :***

Les résultats de notre enquête ne permettent pas de dire que les médecins féminins réalisent plus de motifs de consultation dans le champ de la gynécologie que les hommes.

Par ailleurs, nous ne retrouvons pas non plus de différence significative entre les médecins exerçant en zone urbaine ou rurale. Le nombre moyen d'interventions en gynécologie obstétrique est équivalent.

On s'aperçoit que les médecins exerçant seuls en ambulatoire pratiquent un peu plus la gynéco obstétrique que les médecins exerçant en groupe.

Cependant en moyenne les différents motifs de consultation sont supérieurs d'environ 2% en zone rurale. Considérant une marge d'erreur, fixée arbitrairement pour cette étude à 5%, compte tenu de la petite taille de l'échantillon, cette différence n'est donc pas significative.

Le motif de consultation le plus fréquent de cette enquête reste le *renouvellement d'une contraception orale* (ROCO) (1,6 consultations par

semaine). Ce motif paraît en effet tout à fait réalisable sans trop de contrainte en médecine générale ambulatoire. En effet le médecin traitant suivant une patiente souvent pendant plusieurs années connaît ses antécédents personnels et familiaux, ses habitudes de vie et soigne ses pathologies intercurrentes. Il a une connaissance assez vaste de tout ce qui touche à l'état de santé de cette patiente.

Notre enquête ne met pas en évidence de différence significative concernant le thème de la contraception quelles que soit les caractéristiques du médecin : homme ou femme, commune d'exercice, seul ou en groupe, faculté d'origine. Ces facteurs ne paraissent donc pas influencer la décision des femmes à consulter leur médecin généraliste pour leur contraception.

Dans notre étude, la *prescription d'une première contraception* paraît rare en médecine générale : 0,5 fois par semaine. Si ce résultat est extrapolé à l'année, il y aurait en moyenne 26 initiations de contraception orale par an et par médecin de notre échantillon. Le médecin généraliste doit donc posséder les compétences requises pour ce type de consultation. Un avis spécialisé n'est en effet nécessaire que pour des cas particuliers.

Le manque de demande des patientes est probablement la principale explication à cette activité de gynécologie qui pourrait paraître réduite. Les femmes ou mères de jeunes filles pensent peut-être qu'il est important pour leur première consultation dans le domaine de la gynécologie d'aller voir un médecin de la spécialité. La population est peut-être mal informée quant aux possibilités de consultation dans le champ de la gynécologie auprès de leur médecin traitant ?

Au vu des résultats de notre travail, il est indispensable que les formations concernant le champ de la gynécologie à destination des MG reprennent tous les aspects de la contraception notamment orale dans les domaines de la prescription, du suivi et de la prévention.

Parmi les besoins de formation cités par les médecins répondants, nous retrouvons le thème de la contraception à hauteur de 7%. Il s'agit du sixième besoin identifié sur les 13 cités.

La contraception est un thème de médecine en constante évolution avec très fréquemment des nouveautés. Il est donc en effet nécessaire de remettre à jour nos connaissances très régulièrement.

Le thème des *leucorrhées* sous-entend les pertes vaginales anormales dues à une mycose, une infection, à une sécheresse vaginale etc. Nous avons regroupé avec cet item les infections sexuellement transmissibles souvent à l'origine d'une modification des leucorrhées.

Ces deux items regroupés sont abordés 1,4 fois par semaine. Il s'agit donc du troisième motif de consultation cité parmi les treize proposés par notre enquête.

Ces items sont a priori assez fréquemment abordés en médecine générale ambulatoire. Ils concernent une symptomatologie très dérangeante pour nos patientes qui nécessite une prise en charge précoce. La rapidité du recours au MG est probablement l'une des raisons à la fréquence de ces items.



Notre étude ne permet pas de conclure à une différence significative sur ces thèmes entre les différents médecins quelles que soient leur caractéristiques démographiques.

Aucun besoin en formation n'a été identifié par les médecins répondants concernant ces items.

Les autres motifs de consultation sont beaucoup moins fréquents mais seront abordés plusieurs fois par an par les MG.

Les thèmes de *l'infertilité et de l'IVG* sont d'après notre étude très rarement retrouvés en médecine générale, environ 0.2 consultations par semaine.

Le bilan de stérilité de première intention peut être prescrit par un médecin généraliste. La suite, en revanche, nécessite des investigations complémentaires entrant dans le champ de la spécialité. Il est alors de la responsabilité du MG d'orienter nos patientes de manière adaptée.

Quand aux IVG, il est probable, compte tenu de la législation française, que le médecin généraliste soit la pour établir le diagnostic de grossesse et orienter rapidement la patiente vers une structure réalisant des IVG si la poursuite de la grossesse n'est pas souhaitée. A noter que les patientes s'orientent probablement d'elles-mêmes vers un centre d'IVG ou vers les structures du « planning familial » pour ce type de problème ce qui induit très peu de demandes dans les cabinets de médecine générale ambulatoire.

La participation du médecin généraliste concernant ces deux derniers thèmes de l'infertilité et de l'IVG est donc brève sur le plan technique mais sûrement souvent plus longue sur le plan de l'accompagnement psychologique.

Parmi les besoins en formation professionnelle abordés, le bilan de stérilité est cité épisodiquement à hauteur de 2%, aucun médecin n'a mentionné la prise en charge des IVG. Le manque de formation n'est probablement pas l'explication principale à ce petit nombre d'intervention de ce type, retrouvé dans notre étude mais au peu de demande de la part des patientes. Les caractéristiques démographiques des médecins ne semblent pas influencer le nombre de ce type de consultation.

En revanche, la détection d'une grossesse précoce accompagnée d'une *prescription de  $\beta$  HCG* est retrouvée dans 0.8 consultations par semaine d'après les médecins répondeurs. Notre travail ne permet pas de dire si ces prescriptions concernent des échecs à la contraception, des craintes ou des désirs de grossesse.

La pilule du lendemain n'a malheureusement pas été abordée ni citée dans cette enquête.

Le *suivi de la grossesse* concerne 0.6 consultations par semaine, quand aux consultations post natales, elles sont plutôt rares en médecine générale avec 0.4 consultations par semaine.

En général, le thème de la grossesse est abordé moins d'une fois par semaine par les médecins de notre échantillon.

Le suivi d'une grossesse normale peut être réalisé en médecine générale jusqu'à la fin du sixième mois. Les consultations sont mensuelles. Les échographies doivent être réalisées par un professionnel certifié, ou un médecin généraliste ayant un Diplôme Universitaire d'échographie possédant l'équipement nécessaire.

Notre étude nous montre donc que ces motifs de consultation sont peu fréquents.

Le manque de demande dans le champ de la grossesse et de son suivi engendre un manque de pratique des MG. Le suivi en alternance avec le médecin traitant, la sage femme et le gynécologue nécessite une bonne coordination entre tous les intervenants et l'existence d'un document permettant une prise en charge optimale (carnet de grossesse par exemple). (Annexe 3)

Ces consultations étant assez longues, peut-être ne sont elles pas souhaitées par les MG ? Notre travail ne permet pas de répondre à cette question.

Ce type de prise en charge en alternance n'est peut-être pas toujours facilement réalisable. Les femmes ont peut-être la sensation de bénéficier d'une meilleure prise en charge en étant suivie par le même praticien. Nous ne connaissons pas le point de vue des patientes. Il serait intéressant de compléter cette enquête par une étude concernant les choix de prise en charge de la patientèle féminine.

Le suivi de grossesse est le cinquième besoin en formation identifié par les médecins répondants, à hauteur de 9%. La nécessité de se former sur la réalisation d'échographie a été citée par deux médecins. Le besoin de formation

professionnelle n'apparaît pas comme étant le principal frein à la non réalisation d'un suivi de grossesse.

Les *consultations post-natales* sont très peu réalisées par les médecins généralistes quelles que soient leurs caractéristiques démographiques. Aucun besoin en formation professionnelle n'a été mentionné concernant ce thème par nos médecins répondants. Le manque de demande semble être à nouveau à l'origine de ce petit nombre, conséquence du peu d'information de nos patientes. Est-ce un choix de notre part ou bien un défaut de communication ?

Le *syndrome climatérique* est abordé environ une fois par semaine en médecine générale ambulatoire. Ce type de consultation reste peu fréquent. Il découle sans doute le plus souvent sur une discussion à propos du traitement hormonal substitutif, thème encore controversé. Est-ce l'une des raisons pour laquelle ce thème est peu abordé ?

En ce qui concerne la *prescription de mammographies*, cet acte est assez rare dans notre échantillon. Notre étude ne retrouve pas de différence significative en fonction des caractéristiques démographiques des médecins répondants.

La campagne de dépistage du cancer du sein en est probablement la principale cause de la faiblesse de cet item « mammographies ». En effet, les femmes haut-viennoises concernées reçoivent systématiquement une convocation pour la réalisation de cet examen tous les deux ans de la part de l'Association pour le Dépistage du Cancer du Sein (ADCS).

Le rôle du MG est de participer au dépistage de masse en incitant ses patientes à se rendre aux rendez-vous et en vérifiant les résultats de ces mammographies. Mais notre travail n'a pas recherché cet item « vérifier la réalisation effective de la mammographie ». Pour connaître la pratique effective des MG dans ce domaine, il faudrait réaliser un audit de pratique ciblant une population de femmes.

Des besoins en formation professionnelle ont été identifiés concernant la ménopause et la prescription d'un Traitement Hormonal Substitutif (THS) à hauteur de 9%. Le petit nombre de consultation sur ce thème peut donc être dû en partie à un manque de formation d'autant plus que ce thème a connu ces dernières années de grandes modifications dans les recommandations de prise en charge.

Les médecins interrogés ont cité d'*autres thèmes* dans le champ de la gynécologie comme l'incontinence urinaire sur cystocèle, les mastodynies, les problèmes de tolérance des chimiothérapies, les galactorrhées et les méthodes de stérilisation tubaire.

#### **2.4 Les gestes techniques réalisés par les MG de l'échantillon**

La *palpation des seins* est le geste de gynécologie le plus fréquemment effectué en médecine générale ambulatoire, d'après notre enquête environ 1,8 fois par semaine. Cet examen est réalisé par 78% des médecins répondants.

Cet examen n'est donc pas réalisé par la totalité de nos médecins répondeurs. Sur une semaine de consultation, il est possible que l'occasion ne se soit pas présentée.

Les médecins n'ayant pas effectué ce geste se reposent peut-être sur la campagne de dépistage de masse du cancer du sein.

Les médecins généralistes féminins réaliseraient plus souvent cet examen que nos confrères masculins. Se sentent-elles plus concernées ?

Les médecins masculins peuvent avoir moins de demandes concernant ce geste de la part de leur patiente qui préfèrent se faire examiner par un confrère féminin (généraliste ou spécialiste). Ou bien est ce le médecin lui-même qui réoriente ses patientes pour cet examen ?

La palpation mammaire est également plus souvent réalisée par les médecins exerçant en zone rurale. La différence avec les médecins exerçant en milieu urbain est cette fois-ci significative. Les demandes sont-elles plus importantes compte tenu du caractère plus éloigné des gynécologues en milieu rural ? Le suivi gynécologique est-il le même en zone urbaine et rurale ? Pour répondre à cette question, il faudrait réaliser une enquête auprès des patientes quant aux modalités de leur suivi gynécologique.

Les médecins ayant fait ses études dans une autre faculté que Limoges réalisent plus souvent l'examen sénologique que les médecins haut viennois.

Leur formation en tant qu'externe ou interne a-t-elle été différente ?

La maquette globale du DES de médecine générale est la même sur toute la France.

Sont-ils plus intéressés par cette spécialité ? Ou bien ont-ils simplement acquis plus de facilités à pratiquer ce genre d'interventions en cabinet de médecine générale ambulatoire ?

Notre enquête ne permet pas d'en connaître la raison exacte.

D'après les recommandations professionnelles, l'autopalpation des seins est à pratiquer tous les 1 à 2 mois, et la palpation par les professionnels de santé est à réaliser régulièrement.

Les autres gestes techniques sont beaucoup moins fréquents.

Les médecins réalisant la *pose de stérilet* en médecine générale ambulatoire sont peu nombreux.

En effet, cinq médecins effectuent une pose de stérilet sur une semaine de consultation, soit 6,1% des médecins répondeurs.

En comparaison avec l'étude réalisée en Corrèze [6], les médecins généralistes effectuant cet acte en ambulatoire sont encore moins nombreux en Haute-Vienne. (9,5% des médecins corréziens posent des stérilets).

L'*ablation de stérilet* est un geste un peu plus pratiqué en médecine générale mais reste minime. Environ 12% des médecins répondeurs réalisent cet acte une fois par semaine.

Toujours en Corrèze, 48% des médecins généralistes pratiquent l'ablation de DIU dans leur cabinet.

Cette différence s'explique peut-être par un manque de demande des patientes de Haute-Vienne compte tenu de la plus grande proximité des gynécologues qu'en Corrèze.

Notre étude ne retrouve pas de différence concernant ces pratiques quelles que soient les caractéristiques démographiques des médecins.

Le manque de formation pratique concernant ces actes est souvent formulé par les médecins de notre échantillon. Ce besoin en formation professionnelle est le premier identifié à hauteur de 20%. Il en va de même dans l'étude réalisée en Corrèze (33,8%).

Serait-ce une faille dans notre formation de médecin généraliste, n'étant pas dans l'obligation d'effectuer un stage en gynécologie lors de notre maquette ? Pourtant, il est évident que ces actes nécessitent tant un apprentissage théorique que pratique afin qu'ils soient réalisés dans notre pratique future.

Très peu de médecins répondants réalisent la *pose ou l'ablation d'implant sous-cutané*. Trois médecins ont eu l'occasion lors de la semaine d'étude de poser un Implant soit 3,5%, 4 en ont retirés soit 4,8% des médecins répondants.

Ces valeurs sont à nouveau très inférieures à celles retrouvées lors de l'étude réalisée en Corrèze (respectivement 8,9% et 13,3%).



La relative nouveauté de ce moyen de contraception, le manque de demande et de formation pratique explique sans doute la faiblesse de cet item.

L'absence de demande est encore une fois probablement d'origine variée :

- Les patientes préfèrent et ont la possibilité en Haute Vienne d'être suivies par un spécialiste pour ce type de contraception ;
- On retrouve le manque d'information sur la possibilité d'une prise en charge par leur médecin traitant ;
- On ne peut pas exclure la réticence des praticiens à s'impliquer dans cette technique nouvelle nécessitant une compétence technique à acquérir et un équipement particulier.

Enfin ce type de contraception n'est pas encore plébiscité par les patientes aussi facilement qu'une contraception orale. Peut-être s'agit-il d'un manque d'information lors de la commercialisation de ce produit, présentant tout de même un certain nombre d'avantages malgré ses inconvénients.

La *pose d'un spéculum* et la réalisation d'un *frottis cervical* sont respectivement les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> gestes gynécologiques les plus fréquemment réalisés en médecine générale, le premier étant l'examen sénologique et le deuxième le toucher vaginal.

60% des médecins répondants effectuent la pose d'un spéculum sur une semaine de consultation, 53% réalisent un frottis cervical.

En comparaison avec l'étude de Corrèze, le frottis cervical est effectué par un plus grand nombre de médecin corrézien, à hauteur de 78%. [6]

Nous pouvons à nouveau imaginer que les demandes sont moins fréquentes en Haute Vienne considérant la proximité plus évidente des gynécologues.

Notre étude met en évidence une différence significative en faveur des médecins exerçant seuls par rapport à ceux exerçant en cabinet de groupe, concernant la réalisation du frottis cervical.

Le médecin et la patiente ont le libre choix de réaliser ou non ce type de suivi en cabinet de groupe. Ce choix est plus restreint pour le médecin exerçant seul et pour sa patientèle.

Dans notre enquête, chaque pose de spéculum n'est pas forcément suivie de la réalisation d'un frottis.

Le caractère spécifique de ce type d'acte nécessite un aménagement du planning et du cabinet. Ce geste demande une consultation dédiée au suivi gynécologique avec éducation de la patiente. Le temps attribué à ce geste peut être un frein à sa non réalisation en cabinet de médecine générale.

Certains médecins expriment un besoin de formation professionnel sur l'interprétation et la prise en charge d'un frottis cervico-vaginal pathologique.

En revanche, aucun besoin n'a été identifié sur la réalisation de ces gestes. Les médecins généralistes répondants considèrent donc avoir acquis le savoir-faire le concernant.

## CONCLUSION

Cette étude démontre une participation conséquente des médecins généralistes de Haute Vienne dans la prise en charge des pathologies de la femme. Cependant, les résultats sont à interpréter avec prudence car il existe plusieurs limites à cette enquête.

Ce travail ne permet pas de quantifier l'activité régulière des médecins généralistes interrogés ni de connaître la proportion de femmes dans chaque patientèle.

L'échantillon de médecins généralistes répondeurs, sensiblement plus âgé que les médecins généralistes de la Haute-Vienne, est surreprésenté en médecins masculins et en médecins exerçant en cabinet de groupe. Ces différences par rapport à la population médicale de notre département constituent un biais de sélection, qui aurait pu être évité par une relance postale.

L'activité dans le champ de la gynécologie des médecins généralistes haut-viennois est déjà importante mais très hétérogène, avec plusieurs freins à cette pratique identifiés. Un autre travail montrait une activité plus soutenue des médecins généralistes corréziens dans ce champ.

Toutes interventions gynécologiques confondues, ce travail retrouve peu de différences en fonction des caractéristiques démographiques des médecins généralistes. Le taux modeste de réponses fausse peut-être ces résultats. Une étude à plus grande échelle révèle que le fait d'être installé en cabinet de groupe fait augmenter l'activité moyenne du généraliste et l'activité de gynécologie en particulier [16].

Les principaux motifs de consultation concernent la gynécologie courante (contraception et ménopause). Ils nécessitent un suivi régulier et des interventions de dépistage et de prévention. Ces thèmes correspondent parfaitement aux grandes fonctions de la médecine générale.

Ce travail révèle une implication notable des médecins généralistes dans la prise en charge des leucorrhées et autres symptomatologies vulvo-vaginales sans doute grâce à la facilité d'accès aux consultations.

Les diagnostics biologiques et les suivis de grossesses sont plus rarement abordés.

Le principal geste technique, plus souvent réalisé par les médecins généralistes féminins, est l'examen sénologique. Ce travail retrouve là la participation du médecin généraliste au dépistage de masse des cancers gynécologiques. Les gestes techniques plus spécifiques et moins réalisés, tels que pose d'implants et stérilets, demandant une pratique régulière, rentrent plutôt dans le champ de la spécialité.

Cette étude ne retrouve pas de réelle préférence des patientes quant au choix du sexe du praticien effectuant leur suivi gynécologique.

Compte tenu des données démographiques médicales françaises pour les années à venir, il paraît nécessaire de renforcer l'implication des médecins généralistes dans le suivi gynécologique de la femme. Pour cela, il est primordial d'améliorer l'information des patientes sur la capacité de leur médecin traitant à réaliser leur suivi gynécologique.

Il faudrait également envisager de perfectionner la formation pratique initiale et continue des médecins généralistes en se concentrant sur la réalisation des gestes techniques et les besoins identifiés par les praticiens.

La maquette de DES de médecine générale nécessiterait un passage obligatoire dans un service de gynécologie obstétrique. On pourrait envisager la possibilité d'un semestre partagé entre la gynécologie et la pédiatrie (3 mois dans chaque service).

Enfin, il faudrait améliorer l'information des médecins généralistes sur la cotation des actes de gynécologies et peut-être envisager une rémunération spécifique pour certains actes.

Il semblerait alors possible, en améliorant le positionnement du médecin généraliste par rapport à l'activité dans le champ de la gynécologie, de redistribuer le suivi des femmes tout en augmentant le nombre de patientes dépistées et prises en charge.

Cette enquête nous a permis de connaître l'activité gynécologique des médecins généralistes de Haute Vienne qui sont globalement satisfaits. Ce travail révèle certains obstacles rencontrés par les praticiens quant à leur pratique gynécologique tels que le manque de demande de la part des patientes et le temps nécessaire à ces consultations spécifiques.

Cependant, des études complémentaires paraissent nécessaires, comme un travail à plus grande échelle (audit de pratique), prenant en compte l'activité totale du médecin généraliste et la constitution de sa patientèle.

Il serait également intéressant de connaître les préférences des patientes quant aux différentes modalités de prise en charge dans le champ de la gynécologie. Pour cela, il faudrait mener une enquête auprès des patientes féminines.

## ANNEXE 1

### ETUDE POUR UNE THESE DE MEDECINE GENERALE

Madame, Monsieur, Chers confrères,

Je suis interne en fin de DES de médecine générale à la faculté de Limoges. Je prépare une thèse qui étudiera les actes de gynécologie pratiqués dans vos cabinets de médecine générale.

Pour ce projet, en rapport avec nos compétences professionnelles, je sollicite votre bienveillante participation et vous remercie de remplir ce questionnaire si possible dès réception et ce pendant **une semaine complète**.

Votre sexe :                      Votre âge :                      Commune d'exercice :  
Exercez-vous seul ou en groupe ?  
Faculté d'origine : Limoges :                      Autre :

A chaque acte de gynécologie que vous effectuerez, **cocher les items** correspondant dans la liste suivante (plusieurs réponses possibles lors d'une consultation) :

#### MOTIFS DE CONSULTATION :

• Première prescription d'une contraception orale :
• Renouvellement d'une contraception orale :
• Ménopause, bouffées de chaleur :
• Leucorrhées :
• Suspicion d'Infection Sexuellement Transmissible :
• Trouble du cycle menstruel :
• Prescription de $\beta$ HCG :
• Suivi de grossesse :
• Consultation postnatale :
• Problème de stérilité :
• Interruption Volontaire de grossesse :
• Troubles de la sexualité :
• Prescription ou conseil pour réaliser une mammographie :
• Autres :

**GESTES TECHNIQUES :**

• Toucher vaginal :
• Palpation des seins :
• Pose de spéculum :
• Frottis cervico-vaginal :
• Prélèvement vaginal :
• Pose de stérilet :
• Ablation de stérilet :
• Pose d'implant contraceptif :
• Ablation d'implant contraceptif :
• Autres :

**Souhaiteriez-vous réaliser plus d'actes de gynécologie ?**

**Si oui comment ?**

**Si non pourquoi ?**

**Quels sont vos besoins de formation professionnelle en gynécologie ?**

-  
-  
-  
-  
-

Je vous remercie bien sincèrement de m'accorder un peu de votre temps que je sais très précieux.

Bien confraternellement.

Nadège LAUCHET

tel : 06.88.30.60.60

email : nadege.lauchet@sfr.fr



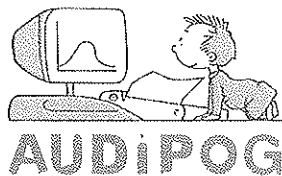
## ANNEXE 2

MEDECINS	Sexe	Age	Urban	Rural	Groupe	UER Limoges	ter C.O.	ROCO	Boutée	Leucorrhées	IST	Cycles	β HCG	Grossesse	C Postnatale	Sterilité	IVG	Sexualité	Mammo	TV	Seno	Speculum	FCV	PV	P stérile	A férlet	P Implant	A Implant	plus actes	nombre d'actes	
1	M	53	O	N	N	O	1	2	2	3	3	0	2	0	0	0	1	0	1	3	3	3	1	0	0	0	0	0	N	30	
2	F	56	O	N	N	O	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	N	15	
3	M	57	O	N	N	O	0	2	4	2	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N	15	
4	M	57	N	O	O	O	0	2	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2	2	1	0	0	0	0	0	ON	13	
5	M	64	O	N	O	O	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	N	12	8	
6	M	57	N	O	N	O	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	
7	M	53	O	N	N	O	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	N	5		
8	F	35	O	N	O	O	0	2	0	4	4	0	2	4	1	0	0	0	2	4	12	0	1	1	0	0	0	N	37	14	
9	F	40	N	O	O	N	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	14	
10	F	45	N	O	O	O	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
11	M	57	O	N	N	O	0	3	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	3	2	4	3	3	0	0	0	0	N	24	12	
12	F	40	N	O	O	O	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	12	
13	F	40	O	N	O	O	1	4	0	1	1	0	3	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	N	16	24	
14	F	36	N	O	N	O	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	2	1	3	12	0	0	0	0	0	N	24	15	
15	M	57	O	N	O	O	0	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	15	8
16	F	56	O	N	N	O	0	4	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8	10
17	M	48	O	N	O	O	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	N	10	0	
18	M	57	O	N	N	O	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
19	F	44	N	O	N	O	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7	2
20	F	43	N	O	N	O	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7	12
21	M	58	O	N	N	O	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	25
22	M	58	N	O	O	O	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	N	12	5	
23	M	58	O	N	O	O	1	4	5	1	1	1	1	1	2	0	0	1	2	1	3	0	0	1	0	0	0	N	25	2	
24	M	60	N	O	O	O	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	12
25	M	53	N	O	O	O	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	N	2	12	
26	F	49	O	N	O	O	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	12	16
27	F	53	O	N	O	N	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	16	11
28	M	45	O	N	O	N	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	11	17
29	M	51	O	N	O	O	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	N	17	20	
30	M	64	N	O	O	O	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	20	15
31	M	53	N	O	N	O	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	15	12
32	M	51	N	O	N	O	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	12	12



71	M	39	N	O	O	O	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	N	15	
72	M	61	N	O	O	O	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	O	5
73	M	62	N	O	N	O	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	O	20	
74	F	30	N	O	O	O	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	O	4	
75	M	58	N	O	N	O	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	N	10	
76	F	57	N	O	O	O	1	5	6	1	0	2	1	2	0	0	0	2	3	6	2	2	1	0	0	0	0	N	37	
77	F	37	N	O	N	O	N	0	5	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	O	11		
78	F	56	N	O	N	O	N	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	N	17		
79	M	61	O	N	N	O	0	4	2	1	0	0	2	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	N	14	
80	M	55	O	N	O	N	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	N	19	
81	M	40	O	N	O	O	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N	1	
82	M	46	O	N	O	O	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	O	1	

## ANNEXE 3



# DOSSIER GROSSESSE

C 41

### IDENTIFICATION

Nom marital : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance :       ou âge  (années)

Adresse : .....

Code postal :     Commune : .....

Tél. : domicile : ..... travail : .....  
portable : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence : .....

Personne de confiance : .....

Nom de l'établissement

N° de dossier (de service)

Rang grossesse actuelle

N° d'inscription (ou de consult.)

Année .....

Numéro .....

N° d'accouchement

Année .....

Numéro .....

Type grossesse

N° d'identification dans le réseau

### Suivi médical

Médecin généraliste

Gynéco - obstétricien

Médecin autre spécialité

Sage-femme

### RÉSUMÉ

#### Antécédents

Nb de grossesses antérieures . . . . . Nb d'accouchements antérieurs .....

Allergies :

Grossesse

Simple / Gemellaire / Triple / .....

DDR ...../...../.....

Date prévue acct ...../...../.....

DDG ...../...../.....

Pathologies :

Conduite à tenir pour l'accouchement

## Dépistages

	Au début de la grossesse .....	Au cours de la grossesse				
Groupe :	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	.....	<i>Si Rh- dates des injections gammaglobulines anti D</i>			
Rhésus :	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +	.....	.....	.....	.....	.....
RAI	<input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> non faite	.....	.....	.....	.....	.....

Rubéole	<input type="checkbox"/> non immunisée <input type="checkbox"/> immunisée <input type="checkbox"/> inconnue	.....	.....			
Toxoplasmosse	<input type="checkbox"/> non immunisée <input type="checkbox"/> immunisée <input type="checkbox"/> inconnue	.....	.....	.....	.....	.....
Syphilis	<input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> inconnue	.....	.....	Marqueurs sériques T21	.....	
VII	<input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> inconnue	.....	.....	Dépistage du diabète	.....	.....
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Ag HBs <input type="checkbox"/> Ag HBs* <input type="checkbox"/> inconnue	.....	.....			
Hépatite C	<input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> Ac VHC* <input type="checkbox"/> inconnue	.....	.....			
CMV	<input type="checkbox"/> IgG* <input type="checkbox"/> IgM* <input type="checkbox"/> IgG* <input type="checkbox"/> IgM* <input type="checkbox"/> inconnue	.....	.....			
HTLV	<input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> positive	.....	.....	PV	.....	.....

NFS	Hb	.....	.....			
	plaq.	.....	.....			
TP TCA		.....	.....			
Electroph. d'hémogl.		.....				
CO expiré (ppm)		..... □□	..... □□	..... □□	..... □□	..... □□

NB : Les examens en rouge font partie des recommandations pour le suivi d'une grossesse normale.

## DONNÉES GÉNÉRALES MATERNELLES

### Renseignements socio-démographiques

Date de naissance :

Situation de famille :  célibataire  mariée  divorcée  
 veuve  pacsée

Mode de vie familiale :  vit seule  vit en couple  
 autre .....

Nationalité :  française  ressortissant CEE  
 hors CEE .....

Origine géographique :  
 France métropolitaine  Dom-Tom .....  
 Europe du nord  Europe du sud  
 Afrique du nord  Afrique subsaharienne  Asie  
 Asie mineure  Autre .....

Niveau d'études :  non scolarisée  primaire  
 collège (6-3<sup>ème</sup>), CAP, BEP  
 lycée (ens. gén. et tech.) (2<sup>nd</sup> à terminale)  
 enseignement sup. (> bac)

Profession : *en clair* .....  
(code INSEE :   )

Activité professionnelle exercée pendant la grossesse :  
 actif  chômeur  au foyer  congé parental  
 élève, étudiant ou en formation  autre inactif  
 retraité

*si actif*, conditions de travail fatigantes :  non  oui  
durée hebdomadaire (heures) :     
durée des transports A/R (minutes/jour) :

*si origine non française*,  
date d'arrivée en France .....

### Contexte psycho-social

#### Sur le plan social

Ressources de la mère :  
 travail  alloc. chômage  
 RMI  API  
 autre .....  aucune

Couverture sociale de la mère :  
 S. Sociale  Sec. Soc. + mutuelle  CMU  
 AME  autre.....  aucune

Conditions d'hébergement précaires :  non  oui .....

#### Sur le plan psychologique (mère)

Nombre d'enfants vivants au foyer :    
(y compris enfants du conjoint ou en garde)

Situation particulière dans l'enfance  
 perte d'un parent  maltraitance  
 mère placée dans l'enfance  autre .....

Situation particulière à l'adolescence  
 anorexie / boulimie  dépression  
 autre .....

Situation familiale particulière  
 violences conjugales  mère isolée  
 absence d'entourage familial  autre .....

Stress ou agressions  
 agression physique  agression sexuelle  
 harcèlement au travail  autre .....

#### Conclusion :

Situation nécessitant un accompagnement :  non  
... sur le plan social  sur le plan psychologique

*si oui, lequel* .....

### Consommation de produits toxiques

Tabac avant la grossesse :  non  oui  
 cg/jour

Tabac au début de la grossesse :  non  oui  
 cg/jour

Alcool au début de la grossesse :  non  oui  
Nombre de verres par semaine :

Cannabis en début de grossesse :  non  oui  
Nombre de joints par semaine :

Autres substances avant la grossesse :  non  oui  
 intra-veineuse  autre .....

*nom du produit toxique* : .....

*si produit de substitution, lequel* : .....

Autres substances en début de grossesse :  non  oui

## DONNÉES GÉNÉRALES ET ANTÉCÉDENTS PATERNELS

### Renseignements socio-démographiques

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

ou âge (années)

Nationalité :  française  ressortissant CEE  
 hors CEE .....

Origine géographique :

- France métropolitaine
- Europe du nord  Europe du sud
- Afrique du nord  Afrique subsaharienne  Dom-Tom
- Asie  Asie mineure  Autre.....

Niveau d'études :  non scolarisé  primaire  
 collège (6-3<sup>ème</sup>), CAP, BEP  
 lycée (ens. gén. et tech.) (2<sup>ème</sup> à terminale)  
 enseignement sup. (> bac)

Profession : *en clair* ..... (code INSEE :   )

Activité professionnelle exercée actuellement :

- actif  chômeur  au foyer  congé parental
- élève, étudiant ou en formation  autre inactif
- retraité

### Antécédents

Taille (cm) :

Poids habituel (kg) :

### Contexte social

Ressources du père :

- travail  alloc. chômage
- RMI  API
- autre .....  aucune

### Consommation de produits toxiques

non  oui

si oui,

Tabac Si tabac, CO expiré du père

Alcool

Toxicomanie

Groupe sanguin :  A  B  AB  O

Rhésus :  négatif  positif

Sérologie VIH :  négative  positive  inconnue

Électrophorèse HB : .....

Pathologies actuelles  non  oui

si oui,

herpès génital  autre .....

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Antécédents familiaux ou maladies héréditaires  non  oui Si oui,

Consanguinité :  non  oui

	Famille de la mère de l'enfant	Famille du père de l'enfant
<input type="checkbox"/> gémellité <input type="checkbox"/> malformations <input type="checkbox"/> maladie génique <input type="checkbox"/> maladie chromosomique <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> hypertension <input type="checkbox"/> phlébite <input type="checkbox"/> autre		

## ANTÉCÉDENTS MATERNELS

### Antécédents médicaux

Taille (cm) :    Poids habituel (Kg) :    BMI :

Pathologies générales antérieures pouvant nécessiter une surveillance particulière  non  oui

si oui,

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HTA .....                         | <input type="checkbox"/> pathologie hépato-digestive .....       |
| <input type="checkbox"/> diabète .....                     | <input type="checkbox"/> thyroïde et autres patho. endocrn. .... |
| <input type="checkbox"/> épilepsie .....                   | <input type="checkbox"/> pathologie uro-néphrologique .....      |
| <input type="checkbox"/> asthme .....                      | <input type="checkbox"/> pathologie infectieuse .....            |
| <input type="checkbox"/> autre pathologie pulmonaire ..... | <input type="checkbox"/> pathologie hématologique .....          |
| <input type="checkbox"/> accident thrombo-embolique .....  | <input type="checkbox"/> cancer non gynécologique .....          |
| <input type="checkbox"/> cardiopathie .....                | <input type="checkbox"/> psychiatrie .....                       |
| <input type="checkbox"/> maladies auto-immunes .....       | <input type="checkbox"/> autre .....                             |

Allergies :  non  oui si oui, laquelle .....

Traitement habituel : .....

### Antécédents chirurgicaux

Interventions chirurgicales antérieures pouvant nécessiter une surveillance particulière  non  oui

si oui, .....

### Antécédents gynécologiques

Âge aux 1<sup>ères</sup> règles (années) :   Régularité des cycles :  réguliers  irréguliers

Année du dernier FCV :

Pathologies gynécologiques antérieures pouvant nécessiter une surveillance particulière  non  oui

si oui,

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> herpès génital .....                             | <input type="checkbox"/> cancer du sein traité             |
| <input type="checkbox"/> lésion intra-épithéliale du col .....            | <input type="checkbox"/> cancer de l'appareil génital      |
| <input type="checkbox"/> antécédent de conisation .....                   | <input type="checkbox"/> malformation génitale             |
| <input type="checkbox"/> utérus cicatriciel d'origine gynécologique ..... | <input type="checkbox"/> exposition in utero au distilbéne |
| <input type="checkbox"/> fibrome non traité .....                         | <input type="checkbox"/> autre .....                       |
| <input type="checkbox"/> trouble de la statique pelvienne opéré           |  |

Infertilité précédent cette grossesse  non  oui

si oui,

origine de l'infertilité :

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> anovulation              | <input type="checkbox"/> cervicale    | <input type="checkbox"/> tubaire                 |
| <input type="checkbox"/> utérine                  | <input type="checkbox"/> idiopathique | <input type="checkbox"/> féminine sans précision |
| <input type="checkbox"/> masculine sans précision |                                       | <input type="checkbox"/> féminine et masculine   |



ANTÉCÉDENTS

n° de grossesse	1	2	3	4	5
Issue de grossesse					
Date					
Lieu					
Âge gestationnel					
Grossesse après AMP					
Complications de la gross.					
Transfert in utero					
Mode début du travail					
Anesthésie					
Mode d'accouchement					
Périnée					
Délivrance					
Suites de couches					
Vécu de la grossesse					
Grossesse multiple <i>si oui, pour chaque enfant :</i>					
Sexe					
Poids de naissance					
État du nouveau-né					
Allaitement					
Malformation ou maladie héréditaire					
Pathologie					
Transfert ou mutation					
Décès <i>si oui, âge au décès</i>					

# OBSTÉTRICAUX

6	7	8	9	résumé
				Nombre total de grossesses antérieures : <input type="text"/>
				nombre de grossesses :
				- dont l'issue est :
				accouchement (≥ 22 sem) <input type="text"/>
				avortement spontané <input type="text"/>
				IVG <input type="text"/>
				GEU <input type="text"/>
				môle <input type="text"/>
				IMG <input type="text"/>
				- obtenues sous AMP <input type="text"/>
				- multiples <input type="text"/>
				- compliquées de :
				HTA <input type="text"/>
				MAP <input type="text"/>
				diabète <input type="text"/>
				- terminées par :
				césarienne <input type="text"/>
				accouchement prématuré (< 37 sem) <input type="text"/>
				nombre d'enfants :
				- pesant moins de 2500 g à terme <input type="text"/>
				- hypotrophiques (< 3 <sup>e</sup> perc.) <input type="text"/>
				- macrosomes (≥ 4000 g ou 97 <sup>th</sup> p) <input type="text"/>
				- mort-nés (≥ 22 sem) <input type="text"/>
				- décédés en période néonatale (< 28 j) <input type="text"/>
				- décédés en période néonatale (≥ 28 j) <input type="text"/>
				- malformés ou maladie héréditaire (y compris IMG et mort fœtale) <input type="text"/>

## DÉBUT DE GROSSESSE

### Détermination du terme

Date des dernières règles : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Échographie : date : .....

Date estimée du début de grossesse : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

BIP [ ] [ ] [ ] mm

CCO [ ] [ ] [ ] mm

Date prévue d'accouchement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

clarté nucale  
 morphologie  
 autre

Dates déterminées par :

DDR                       date précise de l'ovulation  
 écho < 13 sem.         incertaine

Nombre d'embryons en début de grossesse : [ ]

### Projet de grossesse

Grossesse :  souhaitée     inopinée

### Contraception précédant cette grossesse

aucune     pilule     stérilet  
 préservatifs     implant     progestatif  
 anneau vaginal/patch     autre .....

si oui,

grossesse sous contraception :  
 non     sous stérilet     sous pilule     autre moyen .....

### Grossesse obtenue après traitement

non     oui

si oui, lequel :

induction     FIV     IAD  
 IAC     ICSI     autre AMP .....

origine ovule : .....

origine sperme : .....

### Prise médicamenteuse en périconceptionnelle

non     oui

si oui, laquelle ?

acide folique (dose : ..... en mg/j)  
 autre .....

date d'arrêt (en SA) : [ ] [ ] [ ]

## PREMIER CONTACT

Date du premier contact :

Nom du consultant .....

Âge gestationnel au 1<sup>er</sup> contact à la maternité :

### Provenance

- patiente elle-même
- médecin de ville, PMI ou sage-femme libérale
- transfert d'une autre maternité
- autre .....

### Consultation de grossesse antérieure à ce contact

non  oui

*si oui.*

AG. à la 1<sup>re</sup> consultation hors maternité :  SA

nombre de consultations antér. au 1<sup>er</sup> contact :

surveillance assurée par .....

- généraliste
- gynéco-obstétricien (de la maternité)
- gynéco-obstétricien (hors maternité)
- service PMI
- sage-femme libérale
- autre .....

*si transferti.*

nom de la maternité : .....

niveau de soins :  I  II  III

### Motif du premier contact :

- surveillance de routine  consultation en urgence
- surveillance spécialisée
- hospitalisation  accouchement
- autre

### Déclaration de grossesse :

antérieurement  ce jour

*si surveillance spécialisée ou hospitalisation.*

*motif :* .....

Si antérieurement, date :

### Interrogatoire

Événements antérieurs à la consultation  non  oui    Traitement(s) en cours : .....

Nombre de cigarettes/jour :

Signes fonctionnels actuels  non  oui

- si oui.*  métrorragies  troubles digestifs
- leucorrhées  troubles urinaires
- contractions anormales  autre anomalie

Mouvements actifs :  perçus  non perçus

### Examen clinique

#### Examen général

Poids :  kg    Auscultation cardio-pulmonaire :  normale  anormale .....

Prise de poids :  kg    Examen des seins :  normal  mamelons ombiliqués  autre anomalie

TA : .....    Circulation veineuse :  normale  insuffisance modérée  insuffisance sévère

Alb. : ..... Créa. : .....    Œdème membres inférieurs :  non  oui    CO expiré :  (ppm)

#### Examen gynéco-obstétrical

HU :  cm    PO :  cm

Bruits du cœur :  perçus  non perçus    Présentation :  à sommet  siège

Col normal :  oui (Long Post. Fermé Tonque)  non     transverse  inconnue

*si non.* longueur :  long  mi-long  court  effacé

position :  postérieure  intermédiaire  antérieure

dilatation :  fermée  perméable  si perméable  (doigts ou cm)

consistance :  tonique  moyenne  molle

mobile  amovible  fixée  engagée

Segment inférieur :  ample  non ample

Membres :  intacts  rompues  suspicion de rupture

Bassin :  normal  anomalie .....

Examen génital :  normal  anomalie .....

*si anomalie.* .....

## Examens complémentaires réalisés :

Proctis :  fait ce jour  non fait  
Echographie :  faite ce jour  non faite ce jour

Prélèvement bactériologique :  fait ce jour  non fait

Autre .....

## Prescriptions :

• Examen(s) complémentaire(s)

• Traitement(s)

• Arrêt de travail prescrit : nombre de jours

## Informations / recommandations

### Recommandations remises :

aucune  toxoplasmose  hygiène/ alimentation  
 tabac  vaccination  rhésus négatif  
 alcool  toxicomanie  autre.....

### Conseil minimal en cas d'addiction :

avez-vous envie d'arrêter ?  souhaitez-vous de l'aide ?  
 non  oui  non  oui

### Informations fournies sur :

- l'échographie :  non  oui
- le dépistage de la trisomie 21 :  non  oui  
test proposé :  non  accepté  refusé
- l'organisation de la maternité :  non  oui
- l'organisation en réseau :  non  oui

### Projet de naissance initial :

- lieu d'accouchement .....
- analgésie péridurale :  non  oui  ne sait pas
- allaitement maternel envisagé :  non  oui  ne sait pas
- préparation à la naissance : .....
- entretiens proposés :  non  oui

## Conclusion

Grossesse à bas risque :  non  oui

### si non, pourquoi ?

- antécédents maternels médicaux
- antécédents obstétricaux
- antécédents familiaux
- pathologie maternelle au cours de la grossesse
- pathologie fœtale au cours de la grossesse
- difficultés psychosociales au cours de la grossesse
- grossesse multiple

### Type de la surveillance :

- surveillance de routine  surveillance spécialisée
- hospitalisation anténatale
- autre : .....

### où ?

- à la maternité  autre maternité  en ville
- sage-femme à domicile  HAD

### Conclusion pour le lieu d'accouchement

maternité : .....

niveau de soins :  I  II  III

Date prochaine consultation :

## CONSULTATION DE GROSSESSE N°.....

Date de consultation

Circonstances :  Surveillance  Urgence  Autre  
*si urgence, motif :* .....

Âge gestationnel à la consultation   sem.

Nom du consultant .....

Événements antérieurs à la consultation :  non  oui

Signes fonctionnels actuels :  non  oui

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> métrorragies | <input type="checkbox"/> troubles digestifs |
| <input type="checkbox"/> leucorrhées  | <input type="checkbox"/> troubles urinaires |
| <input type="checkbox"/> contractions | <input type="checkbox"/> autre anamnèse     |

Nombre de cigarettes par jour :

Mouvements actifs :  perçus  non perçus

Examen général

Poids    kg      TA: ..... / .....

Prise de poids    kg      Alb. : ..... Gly. : .....

Co expiré (ppm) :

Examen obstétrical

HU:   cm      PC: ..... cm

Bruits du cœur :      Présentation :

Coi normal :  oui  non

*si non :* longueur :

position :

dilatation :

consistance :

Segment inférieur :

Mébranes :

Autre :

Échographie

non faite  prescrite  non prescrite

*si faite,* date :       AG

BIP (mm)    PC (mm)

PA (mm)    Fœtal (mm)

Placenta

LA :

Signes d'appet. :  vitalité  morphologie

biométrie  autre .....

Examens complémentaires :  non  oui

Pathologie :  non  oui

Prescriptions et interventions :  non  oui

Arrêt de travail prescrit :

Nb de jours   Arrêt définitif :  non  oui

Conclusion pour la surveillance :  surveillance de routine  surveillance spécialisée  hospitalisation  accouchement

Lieu :  à la maternité  en ville

sage femme dom/HAD  orientation/transfert

Date prévue de la prochaine consultation : .....

Consultation spécialisée ..... Dr .....

*si orientation/transfert, où :* .....

Entretien proposé ..... Nom .....

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Garnier Delamare. Dictionnaire des termes de médecine 25<sup>ème</sup> édition 1999 ; 352.
2. Fédération Nationales des Collèges de Gynécologie Médicale. La gynécologie médicale en France ; 2008.
3. Comité de Défense de la Gynécologie Médicale. Gynécologie Médicale. Gynéco Presse ; 2008.
4. Ministère de la Santé et des Sports. STATISS 2009. Source INSEE. Démographie ; 2009.
5. Source SESSI (Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information) ; 01/01/1998.
6. Yann Carier. Motifs fréquents de consultation gynécologique en médecine générale : pratiques, freins et difficultés ; 2009 ; 57-60.
7. B. Blanc, P. Monnier-Barbarino, B. Carbonne. Gynécologie et obstétrique pour les médecins généralistes ; 2004.
8. Recommandations professionnelles. Thème gynécologie-obstétrique. Site internet HAS.
9. Site Internet OGC (Organisme Gestionnaire Conventionnel), formation Professionnelle Conventionnelle des Médecins libéraux, spécialité médecine générale.
10. Proposition de loi visant à restaurer la gynécologie médicale, n°249, SENAT, Session ordinaire de 2000-2001.
11. Réforme de l'Assurance Maladie, Loi n°2004-810 du 13 Aout 2004.
12. Atlas de la démographie médicale 2009, Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), 2009.
13. Source CNOM 2006.

14. Audric S., 2004, L'exercice en groupe des médecins libéraux, Etudes et Résultats, n°314, juin, DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques).
15. Levasseur G, Bagot C, Honorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne, Santé publique 2005 ; 17, n°1 : 109-119.
16. Fivaz C, Le Laider S. Une semaine d'activité des généralistes libéraux. Points Statistiques (CNAMTS) 2001.
17. Lurie N, Slater J, Mc Govern P, Ekstrum J, Quam L, Margolis K. Preventive care of women. Does the sex of the physician matter?. The New England Journal of Medicine 1993; 329:478-482.
18. Laure Guillot. Démographie médicale en limousin: profil et devenir des jeunes médecins généralistes. Enquête auprès de jeunes médecins récemment inscrits au tableau de l'ordre. 2008



## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



---

## **ABSTRACT**

**Subject:** The gynaecological activity of general practitioners could make easier the patient access to female pathologies prevention and screening.

**Methodology:** This work is about the generalists' gynaecological practices and training needs in Haute-Vienne, France, in order to identify some improvement keys of the gynaecological follow-up. For this survey, 209 practitioners had been debriefed from December 5<sup>th</sup> 2009 to February 1<sup>st</sup> 2010

**Results:** 88 questionnaires had been received, 82 of which are readable, ie a return rate about 42%. The answerers are about 53 years old in average, from the male gender (71%), working in a collective practice (53%) and realising an heterogenic volume of gynaecological practices (13,8 per week in average). 56% of practitioners do not want to realise more acts. The identified reasons are the absence of claims (20%), the lack of time (18%) and the practice incompetence (10%). The leading reason of consultation is the repetition of the oral contraception. The most often technical practice is the breast palpation act. The other technical acts, particularly concerning intrauterine devices and others contraceptive implants, are less treated.

**Conclusion:** The main gynaecological interventions in medical practices are screening and prevention acts, main issue of this function. In order to develop the implication, it should be necessary to improve women knowledge in medical corpus capacities to realise this follow-up and to improve training.

---

## **TITLE:**

Gynaecological Practices of ambulatory generalist doctors in  
Haute-Vienne department, identified obstacles and training needs.

---

## **KEYWORDS:**

General Practice  
Gynaecology  
Professional Training

---

BON A IMPRIMER N° 3105

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

**Vu, le Doyen de la Faculté**

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

## **RESUME**

**Sujet :** L'activité des médecins généralistes dans le champ de la gynécologie pourrait faciliter l'accès des patientes à la prévention et au dépistage des pathologies de la femme.

**Méthode :** Ce travail étudie la pratique de la gynécologie et les besoins de formation des médecins généralistes haut viennois afin d'identifier des pistes d'améliorations pour le suivi gynécologique des femmes. Cette enquête a été réalisée auprès de 209 médecins entre le 05 Décembre 2009 et le 01 Février 2010.

**Résultats :** 88 questionnaires ont été reçus, dont 82 exploitables, soit un taux de réponse de 42%. Les répondeurs sont âgés en moyenne de 53 ans, de sexe masculin (71%), exerçant en cabinet de groupe (55%), réalisant un volume hétérogène d'interventions gynécologiques (13,8 en moyenne par semaine). 56% des médecins ne souhaitent pas en réaliser plus. Les freins identifiés sont le manque de demande (20%), le caractère chronophage (18%) et le manque de formation pratique (10%). Le motif de consultation le plus fréquent est le renouvellement d'une contraception orale. Le geste technique le plus souvent réalisé est l'examen sénologique. Les autres gestes techniques concernant les stérilets et les implants contraceptifs sont moins cités.

**Conclusion :** Les principales interventions dans le champ de la gynécologie retrouvées dans les cabinets de médecine générale sont des actions de dépistage et de prévention, grandes fonctions de cette profession. Pour augmenter l'implication dans cette prise en charge, il serait nécessaire d'améliorer l'information des femmes sur les capacités de leur médecin traitant à réaliser ce suivi et améliorer encore leur formation.

---

## **TITRE**

Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne, obstacles et besoins de formation identifiés.

---

## **DISCIPLINE**

Médecine Générale

---

## **MOTS-CLES**

Médecine Générale  
Gynécologie  
Formation

---