

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Marie BROSSET

Née le 25 Avril 1982 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le 19 Septembre 2013

TITRE

Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale :
une étude quantitative

Jury

Présidente de Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Monsieur le Professeur Christian BINET
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Monsieur le Professeur Jacques LANSAC
Madame le Docteur Cécile RENOUX

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

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

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS EMERITES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mmes BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
MM. BOISSINOT Eric Physiologie
DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie
Mme DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire
M. EHRMANN Stephan Réanimation médicale
Mmes FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie Immunologie
MM. GUERIF Fabrice Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion
M. HOARAU Cyrille Immunologie
M. HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière

| | | |
|-----|-------------------------------|---|
| | LE GUELLEC Chantal | Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique |
| | MACHET Marie-Christine | Anatomie et Cytologie pathologiques |
| | MARUANI Annabel | Dermatologie |
| MM. | PIVER Eric | Biochimie et biologie moléculaire |
| | ROUMY Jérôme | Biophysique et médecine nucléaire in vitro |
| Mme | SAINT-MARTIN Pauline | Médecine légale et Droit de la santé |
| M. | TERNANT David | Pharmacologie – toxicologie |
| Mme | VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie | Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière |
| M. | VOURC'H Patrick | Biochimie et Biologie moléculaire |

MAITRES DE CONFERENCES

| | | |
|------|-----------------|---|
| Mmes | BOIRON Michèle | Sciences du Médicament |
| | ESNARD Annick | Biologie cellulaire |
| MM. | GIRAUDEAU Bruno | Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication |
| | LEMOINE Maël | Philosophie |
| Mlle | MONJAUZE Cécile | Sciences du langage - Orthophonie |
| M. | PATIENT Romuald | Biologie cellulaire |

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

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

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

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

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

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

Pour l'Ecole d'Orthoptie

| | | |
|-----|-----------------|-----------------------|
| Mme | LALA Emmanuelle | Praticien Hospitalier |
| M. | MAJZOUB Samuel | Praticien Hospitalier |

Pour l'Ethique Médicale

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS :

Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Professeur de Médecine Générale,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je suis ravie d'avoir un représentant de ma discipline pour juger mon travail.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à la médecine générale et à sa promotion.

Soyez assurée de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Christian BINET, Professeur d'Hématologie,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à la formation médicale continue à Tours en présidant son département.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH, Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jacques LANSAC, Professeur honoraire de Gynécologie-Obstétrique,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Cécile RENOUX, Maître de conférence associée de Médecine Générale, Docteur en Médecine Générale,

Tu m'as fait l'honneur de diriger ma thèse. Je te remercie de tes conseils et de ta patience malgré les balbutiements du début de ce travail.

Je te remercie aussi de ton investissement au sein de GRACE-IMG, puis du DUMG en tant que première chef de clinique de médecine générale à Tours, pour la médecine générale et ses étudiants.

Sois assurée de toute ma gratitude et de mon amitié.

À Bertille,

Merci pour ta collaboration dans ce travail. Merci d'avoir soutenu une partie de ce sujet et d'avoir fait sa première partie, indispensable à la réalisation de ce projet.

À Claudine Le Lann, et à l'URPS-ML,

Merci pour votre aide logistique précieuse, votre réactivité et vos conseils.

Aux médecins de la maison médicale Esculape de Mazé,

Merci pour vos critiques en tant que testeurs de mon questionnaire.

À Laure S, Damien et Daphné (et son collègue),

Merci pour votre soutien dans un moment critique et pour votre aide statistique, une clef de ce travail.

À Pierre-André et Julien,

Merci pour votre aide technique avec LimeSurvey et R.

À Arnaud,

Merci pour ta relecture attentive et constructive de mes statistiques.

À Hélène Blasco,

Merci pour votre aide et votre temps passé.

Au SIMEES,

Merci pour votre aide dans le cadre de la cellule d'aide méthodologique.

À tous les médecins généralistes d'Indre-et-Loire et leurs secrétaires,

Merci pour le temps que vous m'avez donné en participant à ce travail, merci pour vos nombreux commentaires.

À mes parents,

Merci pour votre soutien, vos encouragements, votre écoute, votre présence... Et merci à ma relectrice de toujours !

À mon frère, Thomas,

Merci pour ton aide experte en informatique, une des clefs de ce travail, pour tes encouragements et toujours ton esprit critique et constructif !

À mes grands-mères,

Au souvenir de mon Papy,

Merci pour votre présence, votre soutien et vos sourires.

À mes chers cousins et tous les autres membres de ma famille,

Pour ces bons moments ensemble, nos échanges...

À Emmanuel,

Merci pour ton soutien de tous les jours dans la phase la plus difficile de ce travail. Merci à ton alibi d'avoir facilité notre rencontre. J'espère de nombreux autres safaris de tous les jours ici et ailleurs avec toi...

À mes amis d'enfance, du théâtre de Beaufort, du lycée, des vacances,

Merci d'être ce que vous êtes, merci d'être toujours là. À tous nos bons moments passés et futurs...

À mes amis de la Faculté de médecine d'Angers, de la P1 à la D4 : Laure de Cath, Céline, Philo, Laure Simon, Anne et Vincent, Lucie, Damien, ...

Merci pour tous ces moments studieux et festifs, nos WE, nos sorties, nos ballades, nos échanges,

À l'ISNAR-IMG, Grace-img, ReAGJIR, ReAGJIR Centre, et tous leurs membres que j'y ai rencontré,

Merci pour votre méthode de travail, les sujets discutés, l'approche de notre métier, cette envie d'aller toujours plus loin pour améliorer notre formation, notre exercice et notre système de soins.

À mes maîtres de stage d'internat, mes co-internes, et particulièrement à Marie-Émilie Lopes et à Maman,

Merci pour votre enseignement, votre soutien, votre patience, votre écoute et votre expérience en tant que médecin et soignant. Cela a beaucoup compté pour faire le médecin que je suis aujourd'hui.

À Jan et aux médecins du service d'anesthésie de l'hôpital Karolinska à Stockholm,

À Jacques, aux médecins et aux professionnels paramédicaux de l'Unité de Médecine Familiale Laval à Québec,

Merci pour votre accueil, nos échanges de pratique, vos enseignements, votre vision de la médecine, et plus généralement pour avoir fait de ces stages à l'étranger des expériences très enrichissantes tant sur le plan médical que personnel.

À Guillaume, Alexandra, Vincent, Etienne, Sylvie, Myriam, Hicham, Alice, Pierre, Sophie, Marion, Rosalie, Céline, Christine, Léon, ...

Merci pour votre soutien prolongé dans ce travail, et plus largement pour tous les moments agréables et enrichissants passés ensemble et à venir...

RÉSUMÉ

Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale : une étude quantitative

Introduction : Pour leur suivi de gynécologie-obstétrique (GO), les femmes ont le choix entre le gynécologue, la sage-femme ou le médecin généraliste (MG). Le nombre de gynécologues médicaux décroît fortement. La pratique de la GO par les MG est hétérogène. Le but de l'étude était d'identifier les principaux freins à cette pratique par les MG d'Indre-et-Loire, parmi les 10 relevés dans une étude qualitative préliminaire.

Méthode : Étude descriptive transversale quantitative par questionnaire. Échantillonnage par tirage au sort. Envoi de questionnaires papier ou web après contact téléphonique puis rappel ciblé. Classement des freins selon le score moyen obtenu (échelle de 0 à 10) et identification des 3 principaux.

Résultats : 160 réponses exploitables sur les 191 questionnaires envoyés (taux de réponse de 84 %). Les 3 freins principaux retrouvés étaient : la méconnaissance des compétences des MG par les patientes (score moyen = 5,55/10), le suivi des patientes par d'autres professionnels (5,29) et le rapport rémunération/temps passé ou coût du matériel non favorable (5,03).

Les solutions suggérées étaient la nécessité d'informer sur les compétences des MG, une meilleure organisation du système de soins et la mise en place d'une formation axée sur la pratique et les gestes techniques, commune à tous les professionnels de GO.

Conclusion : Les principaux freins retrouvés émanaient de problèmes liés à l'organisation du système de soins et non de difficultés personnelles. L'applicabilité des solutions évoquées serait intéressante à tester. Les exemples néerlandais et anglais pourraient aider dans l'adaptation de l'organisation des soins en France.

Mots clefs :

- Médecine Générale
- Freins
- Gynécologie-Obstétrique

ABSTRACT

Principle challenges encountered by general practitioners in obstetric/gynecology (OB/GYN) : a quantitative study in Indre-et-Loire (FRANCE)

Background: For their obstetric and gynecological follow-up, women can choose among the gynecologist, the midwife or the general practitioner (GP). The number of gynecologists is decreasing rapidly. Among GPs, OB/GYN activities are diverse. The aim of this study was to spot the main challenges that the GPs (from the 37th department, FRANCE) experience during OB/GYN activities, selected from the 10 collected in a preliminary qualitative study.

Method: Descriptive and transverse quantitative study with questionnaires sent to a random sample of GPs. Questionnaires were sent via Internet or post after a phone contact and followed by one targeted reminder. The challenges were then ranked according to their mean score (scale from 0 to 10) identifying the 3 principle challenges.

Results: 160 usable answers were returned among the 191 questionnaires sent out (answer rate of 84%). The three main difficulties were: the lack of understanding of GP's skills by patients (mean score = 5.55/10), the patient follow-up by other professionals (5.29), the relationship between remuneration and the time or material needs isn't favorable (5.03).

The suggested solutions were: to inform the population about GP's skills, to explain the organization of the primary/secondary care systems and to organize additional practical training (above all for the technical aspects) offered to all OB/GYN professionals.

Conclusion: The principal identified challenges stem from problems due to the organization of the health system and not to personal difficulties. The applicability of these solutions could be interesting to be tested. The Dutch and English examples could help to adapt and improve the French system.

Key words :

- General Practice
- Challenges
- Obstetrics
- Gynecology

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUCTION | 18 |
| 2 MATÉRIEL ET MÉTHODES | 21 |
| 2.1 TYPE D'ÉTUDE..... | 21 |
| 2.2 POPULATION ÉTUDIÉE..... | 21 |
| 2.3 DÉFINITION DES DIFFICULTÉS..... | 21 |
| 2.4 RÉALISATION DU QUESTIONNAIRE..... | 23 |
| 2.5 DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE ET RÉCUPÉRATION DES DONNÉES..... | 23 |
| 2.6 PÉRIODE D'ÉTUDE | 25 |
| 2.7 VARIABLES ÉTUDIÉES | 25 |
| 2.8 ANALYSE DES RÉSULTATS..... | 26 |
| 3 RÉSULTATS | 28 |
| 3.1 TAUX DE PARTICIPATION, TAUX DE RÉPONSE ET TAUX DE RÉPONSE EXPLOITABLE..... | 28 |
| 3.2 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON..... | 29 |
| 3.2.1 SEXE | 29 |
| 3.2.2 ÂGE..... | 29 |
| 3.3 DESCRIPTION DES CONDITIONS D'EXERCICE | 30 |
| 3.3.1 TYPE D'EXERCICE | 30 |
| 3.3.2 ZONE D'EXERCICE | 30 |
| 3.3.3 ÉLOIGNEMENT DU CABINET MÉDICAL PAR RAPPORT AUX AUTRES PROFESSIONNELS GYNÉCO- OBSTÉTRICAUX | 31 |
| 3.3.3.1 Service d'urgences gynéco-obstétricales..... | 31 |
| 3.3.3.2 Gynéco-obstétricien libéral ou hospitalier..... | 31 |
| 3.3.3.3 Sage-Femme | 31 |
| 3.4 DESCRIPTION DE LA FORMATION ET DE LA PRATIQUE | 32 |
| 3.4.1 FORMATION EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE | 32 |
| 3.4.1.1 Réalisation d'un stage pendant la formation initiale (externe, résident ou interne) | 32 |
| 3.4.1.2 Formation universitaire | 32 |
| 3.4.1.3 Autres formations | 33 |
| 3.4.2 PRATIQUE GYNÉCO-OBSTÉTRICALE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES..... | 33 |
| 3.4.2.1 Fréquence de réalisation d'actes de gynécologie-obstétrique | 33 |
| 3.4.2.2 Fréquence de réalisation des actes soi-même ou orientation vers un autre | |

| | |
|---|-----------|
| professionnel | 34 |
| 3.5 IMPORTANCE RESPECTIVE DE CHAQUE FREIN ET LE TRIO DE TÊTE..... | 35 |
| 3.5.1 DESCRIPTION DES FREINS | 35 |
| 3.5.2 DIFFÉRENCES ENTRE CHACUN DES FREINS | 36 |
| 3.5.3 LES 3 FREINS PRINCIPAUX..... | 37 |
| 3.5.4 LES 2 FREINS LES MOINS IMPORTANTS..... | 37 |
| 3.6 LIEN ENTRE LE SCORE DES DIFFICULTÉS ET LES CRITÈRES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELS..... | 38 |
| 3.6.1 GENRE..... | 39 |
| 3.6.2 ÂGE..... | 39 |
| 3.6.3 TEMPS SÉPARANT LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE DU GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN..... | 40 |
| 3.6.4 FRÉQUENCE D'ACTES DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE..... | 41 |
| 3.6.5 FRÉQUENCE DE RÉALISATION SOI-MÊME DES ACTES DES GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE | 42 |
| 3.7 RÉPARTITION DU FREIN PRINCIPAL..... | 43 |
| 3.8 EXPLORATION DES SOLUTIONS PROPOSÉES | 44 |
| 3.8.1 LES COMPÉTENCES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE..... | 44 |
| 3.8.2 REVALORISATION DES HONORAIRES | 45 |
| 3.8.3 SYSTÈME DE SOINS ET RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES..... | 45 |
| 3.8.4 FORMATION | 46 |
| 3.8.5 ÉLÉMENTS D'ORGANISATION PRATIQUE DU CABINET..... | 46 |
| 3.8.6 ÉLÉMENTS PEU MODIFIABLES | 47 |
| 3.8.7 PAS DE DIFFICULTÉ DONC PAS DE SOLUTION | 47 |
| 4 DISCUSSION..... | 48 |
| 4.1 BIAIS ET FORCES DE L'ÉTUDE | 48 |
| 4.1.1 QUESTIONNAIRE | 48 |
| 4.1.2 BIAIS DE SÉLECTION | 48 |
| 4.1.3 REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON..... | 49 |
| 4.1.3.1 Age moyen..... | 49 |
| 4.1.3.2 Pourcentage de femmes | 49 |
| 4.1.3.3 Type d'exercice : Individuel ou en Groupe..... | 49 |
| 4.1.4 TAUX DE RÉPONSE | 50 |
| 4.2 CRITIQUE DES RÉSULTATS..... | 50 |
| 4.2.1 LA SITUATION DU SYSTÈME FRANÇAIS..... | 50 |
| 4.2.1.1 Le médecin généraliste est le médecin de premier recours..... | 50 |
| 4.2.1.2 Le médecin généraliste est compétent en gynécologie-obstétrique pour le premier | |

| | |
|---|------------------|
| recours..... | 51 |
| 4.2.1.3 Peu de médecins généralistes font de la gynécologie-obstétrique actuellement en France mais la profession se féminise | 51 |
| 4.2.2 LES RAISONS DES RÉTICENCES..... | 52 |
| 4.2.2.1 Les freins retrouvés dans notre étude avaient déjà été relevés,le défaut de formation ressortait aussi..... | 52 |
| 4.2.2.2 Les patientes choisissent souvent le gynéco-obstétricien pour leur suivi par méconnaissance des compétences des généralistes..... | 53 |
| 4.2.3 DES ÉLÉMENTS DE SOLUTIONS..... | 54 |
| 4.2.3.1 Certains pays ont déjà adopté une organisation dont on pourrait s'inspirer | 54 |
| 4.2.3.2 Discuter l'organisation de notre système de soins et informer les patientes..... | 55 |
| 4.2.3.3 Une réorganisation du système de soins non approuvée par tous..... | 56 |
| 5 CONCLUSION..... | 58 |
| <u>BIBLIOGRAPHIE.....</u> | <u>59</u> |
| <u>ANNEXES.....</u> | <u>64</u> |

Table des Figures :

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Organigramme des envois de questionnaires et réponses..... | 29 |
| Figure 2 : Histogramme de l'âge des médecins réponders | 30 |
| Figure 3 : Effectif des réponders en fonction de la zone d'exercice..... | 30 |
| Figure 4 : Répartition des temps d'éloignement des praticiens des services d'urgences, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes les plus proches | 31 |
| Figure 5 : Répartition en fonction de la formation en stage pendant l'internat ou l'externat ... | 32 |
| Figure 6 : Répartition en fonction de la formation universitaire complémentaire | 32 |
| Figure 7 : Répartition en fonction des autres formations | 33 |
| Figure 8 : Répartition en fonction de la fréquence de réalisation d'actes de gynécologie- obstétrique au cabinet..... | 33 |
| Figure 9 : Répartition en fonction de la fréquence de réalisation soi-même de l'acte de gynécologie-obstétrique lorsqu'une patiente le nécessite..... | 34 |
| Figure 10 : répartition des médecins qui réorientent leur patiente vers d'autres professionnels..... | 35 |
| Figure 11 : Comparaison des scores de chaque frein | 36 |
| Figure 12 : Répartition du frein principal..... | 43 |
| Figure 13 : Pourcentage des médecins de l'échantillon et de la région Centre (selon DRESS 2013) par tranche d'âge | 49 |

Table des Tableaux :

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Liste des freins et codes..... | 23 |
| Tableau 2 : Caractéristiques de chaque frein et rang de classement de chacun | 35 |
| Tableau 3 : Test d'égalité de variance des variables "freins" | 36 |
| Tableau 4 : Anova de Welch testant l'égalité des moyennes des freins, autorisant les écarts- types non égaux..... | 36 |
| Tableau 5 : Les freins non connectés par la même lettre sont largement différents | 37 |
| Tableau 6 : Analyse des freins en sous-groupe | 38 |
| Tableau 7 : Code couleur des tableaux d'analyse des freins en sous-groupe..... | 39 |
| Tableau 8 : Analyse des freins en fonction des sous-groupes femme ou homme..... | 39 |
| Tableau 9 : Analyse des freins en fonction des sous-groupes d'âge (plus ou moins de 50 ans) | 40 |
| Tableau 10 : Analyse des freins en fonction des sous-groupes d'éloignement du gynéco- obstétricien le plus proche..... | 41 |
| Tableau 11 : Analyse des freins en fonction des sous-groupes de fréquence d'actes de GO .. | 41 |
| Tableau 12 : Analyse des freins en fonction des sous-groupes de réalisation ou non des actes de GO par le médecin généraliste lui-même | 42 |

Table des Annexes :

| | |
|---|----|
| Annexe 1 : Questionnaire papier avec lettre d'accompagnement..... | 64 |
| Annexe 2 : Questionnaire web sur Limesurvey | 69 |
| Annexe 3 : Mail d'invitation à participer au questionnaire généré par Limesurvey | 80 |
| Annexe 4 : Mail d'information envoyé en parallèle par la boîte mail privée pour informer du risque de spam..... | 80 |
| Annexe 5 : Mail de rappel envoyé par Limesurvey de façon automatique à tous les non- répondants | 81 |
| Annexe 6 : Répartition des médecins en fonction des temps d'éloignement des autres professionnels..... | 81 |
| Annexe 7 : Comparaison des freins 2 à 2 - résultats des comparaison significatives ($p < 0,05$) selon un T-test de Student | 82 |
| Annexe 8 : Analyse thématique de contenu de la question 61- « Solutions proposées » | 83 |

Liste des Abréviations :

GO : gynécologie-obstétrique

MG : médecine générale

1 Introduction

La pratique des médecins généralistes en France est variée et disparate notamment en gynécologie-obstétrique (GO) ^{1,2,3}.

En France actuellement, les femmes ont le libre choix d'être prises en charge du point de vue gynécologique et obstétrical par 4 professionnels différents : le médecin généraliste, la sage-femme, le gynécologue médical, le gynécologue obstétricien. De fait, elles semblent préférer le recours au gynécologue, qu'elles considèrent plus compétent^{2,4,5}.

La démographie médicale française est en crise et la réorganisation nécessaire du système de soins est en cours. Le nombre de gynécologues médicaux diminuera grandement ces prochaines années étant donné la pyramide des âges⁶ (88 % des gynécologues médicaux et obstétriciens ont 55 ans et plus en 2013) et la relève qui arrive trop doucement (30 postes d'internes sont ouverts en gynécologie médicale en 2013)⁷. En janvier 2013, il y a 1 gynécologue médical pour 7700 femmes de plus de 15 ans et 1 gynéco-obstétricien pour 6500 femmes de plus de 15 ans⁸. En 2008, pour l'Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation qui considérait que les médecins généralistes n'étaient pas suffisamment compétents, il était nécessaire de former au moins 150 internes de gynécologie médicale par an pour couvrir les besoins des femmes françaises et renouveler les effectifs⁹. Les gynécologues sont par ailleurs mal répartis sur le territoire¹⁰.

La médecine générale (MG) est elle aussi en difficulté démographique, de façon inégale sur le territoire. La MG a pour mission de soins le premier recours. Le médecin généraliste est chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Son activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative¹¹. Le médecin généraliste a ainsi tout à fait sa place dans le suivi gynéco-obstétrical de la femme¹². Dans leur communiqué de presse en 2008, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français précisait que « les gynéco-obstétriciens n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, les examens systématiques et de dépistage, les thérapeutiques les plus courantes ou le traitement substitutif de la ménopause »¹³. La proximité, la facilité d'accès aux consultations sont des éléments qui rendent essentiel le rôle du médecin généraliste dans la contraception par exemple, ou le dépistage.

De nombreuses études recensent ce qui est effectué ou non par les médecins généralistes en gynécologie et en quelles proportions^{1,14}. L'activité est plus soutenue chez les médecins généralistes de sexe féminin², dont la proportion est en constante augmentation¹⁵. Par ailleurs, le genre masculin du praticien ne semble pas être un problème pour les patientes^{16,17}. La pratique de la GO est très variable d'un praticien à l'autre. Les médecins généralistes semblent peu enclins à réaliser des actes techniques^{15,18} (pose et retrait de stérilet et d'implant contraceptif notamment). Dans les Alpes-Maritimes, caractérisés par l'absence de spécialistes gynécologues, seule la moitié d'entre eux réalise des frottis cervico-utérins et des suivis de grossesse¹⁹. Les freins exprimés par les patientes ont aussi déjà été explorés²⁰.

Comment faciliter la pratique de la GO par les médecins généralistes ?

Pour répondre à cette question, une première étude qualitative a mis en évidence toutes les difficultés rencontrées par les médecins généralistes en Indre-et-Loire lors de cette activité²¹.

Le but de cette seconde étude était de dégager les principales difficultés mises en évidence en notant l'importance respective de chacune d'entre elles. Les objectifs secondaires étaient de rechercher s'il existait un lien entre l'importance de certains freins et les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins généralistes interrogés.

2 Matériel et méthodes

2.1 Type d'étude

Une étude descriptive transversale quantitative par questionnaire a été réalisée.

2.2 Population étudiée

La population cible correspondait à l'ensemble des médecins généralistes installés en Indre-et-Loire (37), soit 590 médecins inscrits sur le tableau de l'URPS-ML (Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux).

L'échantillonnage a été réalisé parmi tous les médecins généralistes du 37, y compris ceux ayant un mode d'exercice particulier ou un diplôme spécialisant (comme la mésothérapie, l'acupuncture, les urgences, l'échographie...) précisé dans le tableau. En effet, certains d'entre eux n'ont pas un exercice exclusif de leur spécialité.

250 médecins généralistes ont été tirés au sort de façon aléatoire grâce au logiciel Excel et sa fonction « alea »²² afin de constituer un échantillon de 200 médecins généralistes environ.

La taille de l'échantillon a été évaluée grâce au calcul de « n » afin de pouvoir mettre en évidence une différence de 2 dans le score des freins. 200 questionnaires étaient nécessaires. Ce nombre a été validé par la cellule d'aide méthodologique du SIMEES (Service d'Information Médicale, Épidémiologie et Économie de la Santé) du CHU de Tours.

2.3 Définition des difficultés

Les 10 difficultés ont été définies à partir des résultats d'un premier travail de thèse²¹. Ces freins ont été mis en évidence grâce à cette étude qualitative descriptive par entretiens semi-directifs de médecins généralistes d'Indre-et-Loire. Les 10 items suivants ont ainsi été définis et codés de 41 à 410 comme représenté dans le Tableau 1.

- 41 : La formation initiale est parfois considérée comme insuffisante pour se sentir compétent car incomplète, inadaptée ou trop pauvre.

- 42 : La formation continue pouvait être ressentie comme insuffisante. Elle est représentée par les mises à jours des connaissances, la répétition de gestes techniques, etc.

- 43 : Les patientes peuvent être suivies par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme ou être incluses dans le dépistage organisé. Elles échappent alors au suivi par leur

médecin généraliste.

- 44 : Les échanges, la coordination des soins avec les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes ainsi que l'accessibilité de ces professionnels (délais de rendez-vous, avis téléphonique) ne sont pas toujours faciles. La collaboration n'est pas évidente à mettre en place. La méconnaissance par les généralistes des compétences des sages-femmes joue un rôle dans cette absence de communication tout comme la crainte de la concurrence et de l'appropriation des patientes.

- 45 : L'organisation du système de soins évolue et les compétences des médecins généralistes ne sont pas toujours connues des patients. L'accès possible à plusieurs professionnels qui n'ont pas exactement les mêmes compétences et le manque de définition du rôle de chacun sont sources de confusion.

- 46 : Les patientes peuvent être réticentes à aborder les problèmes gynéco-obstétricaux avec leur généraliste par pudeur, pour raison religieuse ou culturelle, du fait que le médecin soit un homme, par crainte du non respect du secret professionnel vis-à-vis des parents...

- 47 : Le médecin généraliste peut ressentir à l'occasion de ces consultations de l'inconfort, de la gêne vis-à-vis de l'intimité d'une patiente inconnue ou au contraire bien connue. La crainte de complications suite à des gestes techniques (pose de stérilet ou autre) ainsi que de potentiels problèmes juridiques (risque encouru, accusation d'attouchements...) rendent difficile ce type de consultations.

- 48 : La présence d'un tiers accompagnant lors de la consultation gynéco-obstétricale (mari, enfant, parent) peut être source de difficulté pour son déroulement : dialogue plus complexe, enfant « alibi » pour éviter l'examen gynécologique...

- 49 : Le matériel nécessaire à ce type de consultations peut être perçu comme trop coûteux, nécessitant trop de place... Ce sont : les spéculums de plusieurs tailles, jetables ou non, le matériel de stérilisation avec ses nouvelles réglementations, le divan d'examen adapté et encombrant, la lampe télescopique, les multiples kits de prélèvement...

- 410 : La rémunération de ces consultations, longues et nécessitant l'utilisation de matériel, peut être considérée comme insuffisante au regard de ces paramètres.

| Code freins | Description des freins |
|-------------|---|
| 41 | La formation initiale est insuffisante pour se sentir compétent |
| 42 | La formation continue est insuffisante |
| 43 | Les patientes sont suivies par d'autres professionnels |
| 44 | Les relations avec les gynécologues-obstétriciens et sages-femmes ne facilitent pas cet exercice |
| 45 | Les patientes méconnaissent les compétences des généralistes |
| 46 | Les patientes sont réticentes à aborder les problèmes gynéco-obstétricaux avec leur généraliste |
| 47 | Ce type de consultation génère pour vous un inconfort, de la gêne, de la crainte |
| 48 | La présence d'accompagnants est gênante pour la consultation |
| 49 | Le matériel nécessaire est trop coûteux et/ou prend trop de place |
| 410 | Le rapport rémunération de ces consultations/ temps pris et matériel utilisé est défavorable |

Tableau 1 : Liste des freins et codes

2.4 Réalisation du questionnaire

Le questionnaire comportait 26 items (cf. Annexe 1) répartis en 6 groupes :

- 7 questions pour décrire les conditions d'exercice des médecins généralistes interrogés,
- 3 questions pour préciser leur formation en GO,
- 3 questions pour décrire leur pratique de la gynéco-obstétrique,
- 10 questions pour préciser le niveau de difficulté que représentait chaque item présenté dans la réalisation des actes gynéco-obstétricaux,
- 1 question pour préciser la difficulté principale,
- 2 questions libres pour susciter des réactions sur le questionnaire et des suggestions de solutions.

Le questionnaire a initialement été testé auprès de 6 médecins généralistes exerçant hors zone d'étude, en France. Des modifications suite à leurs remarques ont été effectuées. Le temps de réponse moyen a été évalué à 7 minutes.

2.5 Diffusion du questionnaire et récupération des données

Les médecins généralistes tirés au sort étaient appelés par téléphone par ordre d'échantillonnage. L'étude leur était brièvement présentée afin d'obtenir leur accord pour l'envoi du questionnaire papier ou électronique et leur adresse courriel. Les médecins

contactés n'exerçant plus d'activité de MG (urgentiste, angiologue...) étaient exclus de l'étude.

Le questionnaire se présentait sous deux formes : électronique ou papier (4 pages).

Pour la forme électronique (cf. Annexe 2), le questionnaire a été mis en ligne sur internet et géré par le logiciel LimeSurvey© hébergé sur le domaine these-marie.brosset.com. Ce logiciel a permis le paramétrage du questionnaire, sa mise en page, la création de la liste des invitations, l'envoi des invitations, la gestion des rappels électroniques, l'insertion des réponses des questionnaires papiers et la récupération du tableau de résultats. Suite au contact téléphonique, un courriel généré automatiquement par LimeSurvey© avec le lien vers le questionnaire à remplir en ligne était envoyé dans les 24 heures (cf. Annexe 5). Ce courriel redonnait un bref descriptif de l'étude. Le lien unique et personnel donné réorientait directement vers le questionnaire en ligne. Cela permettait alors de générer une réponse unique par médecin permettant de connaître les répondants tout en gardant l'anonymat des réponses. Un deuxième courriel était envoyé en parallèle, de façon manuelle à chaque destinataire afin de signaler la possibilité de réorientation du premier courriel dans leur boîte de « spam » ou courrier indésirable (cf. Annexe 4). Les réponses étaient anonymisées par le logiciel de façon automatique.

Pour l'envoi papier, l'URPS-ML se chargeait de l'envoi journalier des questionnaires papier numérotés (cf. Annexe 1) avec enveloppe T de retour, aux médecins ayant donné leur accord pour répondre par voie postale. Suite aux appels de la journée, l'enquêtrice faisait un courriel à l'URPS-ML avec la liste des médecins ayant choisi de répondre en version papier. Le questionnaire était envoyé dans les 24-48 heures suivant le contact téléphonique. Les questionnaires étaient numérotés. Chaque numéro correspondait à un médecin destinataire afin de repérer qui avait répondu ou non, et cibler le rappel. L'enquêtrice a préservé l'anonymat des réponses.

2 à 7 semaines après le premier envoi de questionnaires, les non-répondants étaient à nouveau sollicités par un courriel de relance automatique pour la voie électronique (envoyé via LimeSurvey©, cf. Annexe 5) ou par téléphone pour la voie postale (un questionnaire papier a été renvoyé).

Les questionnaires papiers étaient ensuite saisis dans LimeSurvey© (création de nouveaux invités nommés par leur numéro d'anonymisation) afin d'obtenir un tableau unique de résultats.

2.6 Période d'étude

Le questionnaire a été envoyé et mis en ligne à compter du 15 Février 2013. Il a été clôturé le 13 Mai 2013 soit 3 semaines minimum après un rappel.

2.7 Variables étudiées

Les variables suivantes ont été étudiées :

-Conditions d'exercice : Sexe / Âge / Exercice seul ou en groupe / Zone d'exercice (Rurale, Semi-Rurale, Urbaine) / Temps pour accéder aux professionnels spécialisés les plus proches (service d'urgences gynéco-obstétricales, gynéco-obstétricien libéral ou hospitalier, sage-femme)

-Formation en gynéco-obstétrique : Stage d'internat ou résidanat / Formation universitaire / Autre formation

-Pratique de la gynéco-obstétrique : Fréquence des actes de gynécologie ou obstétrique / Fréquence de réalisation de la consultation gynéco-obstétricale / Professionnel de coordination

-Difficultés rencontrées : Formation initiale / Formation continue / Suivi par autre professionnel / Relations interprofessionnelles difficiles / Méconnaissance des compétences des généralistes de la part des patientes / Réticence des patientes à aborder ces motifs de consultation / Inconfort et gêne du médecin / Accompagnant gênant / Matériel / Rapport Temps-Rémunération

-Frein principal

-Solutions proposées

Chaque frein était noté de 0 à 10 par les médecins : 0 = difficulté négligeable et 10 = difficulté majeure. Sur le questionnaire papier, les scores étaient présentés sur une échelle visuelle numérique (cf. Annexe 1). La représentation de la flèche étant impossible dans la version Internet, les scores étaient inscrits sur une même ligne, les uns à la suite des autres, de façon régulière (cf. Annexe 2).

2.8 Analyse des résultats

Les résultats ont été analysés grâce aux logiciels Excel, R64, jmp de SAS et BioStat TGV. Les valeurs moyennes, les médianes et les écarts types des variables quantitatives ont été calculés, notamment ceux de chaque frein.

Pour la partie quantitative, les tests suivants ont été réalisés :

- L'égalité des variances des variables « freins » a été recherchée grâce aux tests O'Brien (variante du test de Levene), Brown-Forsythe (test de l'homogénéité des variances en retirant les 5 % des valeurs les plus hautes et les plus basses pour lisser les données) et Levene (test robuste de comparaison de variances)²³.

- Devant l'hétérogénéité des variances, l'inégalité des moyennes des freins a été testée grâce à l'Anova de Welch, test simplifié de l'ANOVA pour les variables à variance hétérogène ou effectif déséquilibré.

Tenir compte de l'inégalité des variances n'est vraiment déterminant que pour les effectifs déséquilibrés, soit avec n_1 très différent de n_2 . Certains auteurs précisent même que l'on devrait toujours utiliser la variante pour variances inégales dès que n_1 et n_2 sont très différents, quand bien même le ratio entre la plus grande et la plus petite variance n'excéderait pas 1,5²³. Les effectifs étant très proches pour ce test, une ANOVA a aussi été réalisée par comparaison puis une comparaison 2 à 2 de chaque frein par un T-test de Student a été réalisée en parallèle afin de préciser quels couples de freins étaient différents entre eux.

- Pour les objectifs secondaires, il a été décidé de ne tester que les 5 critères suivants :

- Sexe
- Âge
- Temps séparant le cabinet du médecin généraliste du cabinet du gynécologue-obstétricien
- Fréquence de réalisation d'actes de GO au cabinet
- Fréquence de réalisation de ces actes par le médecin généraliste lui-même quand la situation se présente.

Le F-Test, le t-Test de Student et le test de corrélation de Pearson ont été utilisés pour ces objectifs secondaires.

- Le test d'adéquation Two-sample Kolmogorov-Smirnov pour la recherche de représentativité de l'échantillon pour l'âge.

- Le test du χ^2 pour le test d'indépendance de l'échantillon pour le sex-ratio et le type d'exercice.

Le seuil de significativité (p) a été fixé à 0,05 avec un risque α à 0,05 et un risque β à 0,20.

Pour la partie qualitative (question 61 ouverte portant sur les solutions à envisager), une analyse thématique de contenu a été réalisée grâce au regroupement des verbatims repérés. Les mots ou expressions (verbatim) porteurs de sens ont été identifiés puis codés pour les regrouper et les classer par thème. L'analyse est présentée dans l'Annexe 8.

3 Résultats

3.1 Taux de participation, taux de réponse et taux de réponse exploitable

240 médecins ont été appelés parmi les 250 tirés au sort (cf. Figure 1 ci-dessous). Parmi eux, 36 médecins ont été exclus de l'étude car ne pratiquant pas la MG (notamment des urgentistes, des angiologues, échographistes...). 204 médecins ont été inclus dans l'étude. L'objectif étant d'inclure 200 médecins, les médecins de fin de tirage au sort n'ont pas été appelés. Le tirage au sort avait été volontairement plus large pour assurer les 200 inclusions.

Sur les 204 médecins inclus, 191 questionnaires ont été envoyés (119 par internet et 72 par papier). 13 médecins ont refusé de participer. Les refus par téléphone sont de plusieurs ordres : manque de temps essentiellement, défaut d'intérêt pour l'étude, et parfois refus indirect par non prise de la communication. 31 médecins n'ont pas répondu au questionnaire qu'ils ont reçu (ou de façon inexploitable).

33 rappels ont été envoyés par courriel (entre le 4 et le 16 avril 2013), et 15 rappels téléphoniques ont été réalisés entre le 10 et 18 avril 2013 (7 rappels supplémentaires ont été vains). Le rappel a récupéré 11 réponses électroniques et 7 réponses postales supplémentaires. Au total, 107 questionnaires « web » versus 56 « papier » ont été reçus.

Le taux de réponse était de 83,78 % par rapport au nombre d'envois.

Ainsi, 163 questionnaires ont été reçus, dont 3 non exploitables (car seules les données sociodémographiques ont été en partie remplies), 18 incomplets mais exploitables et 142 réponses complètes soit au total 160 réponses exploitables. Ces dernières correspondaient à 78,43 % des médecins contactés par téléphone et inclus.

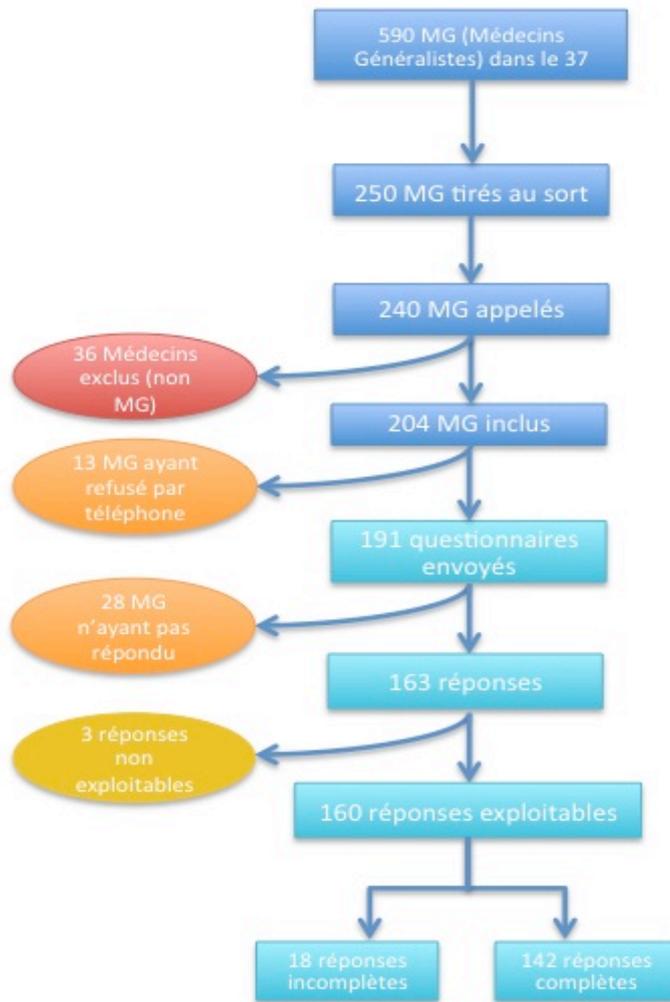


Figure 1 : Organigramme des envois de questionnaires et réponses

3.2 Description de l'échantillon

3.2.1 Sexe

L'échantillon comptait 49 femmes (30,62 %) et 111 hommes (69,75 %), soit un sex-ratio à 2,52.

3.2.2 Âge

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 51,09 ans, avec une médiane à 52 ans. Le plus jeune médecin répondeur avait 30 ans et le plus âgé 71 ans (cf. figure 2).

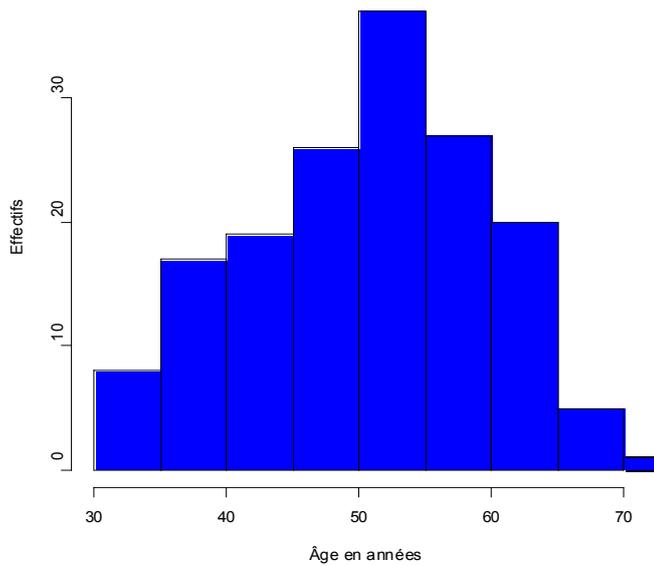


Figure 2 : Histogramme de l'âge des médecins répondants

3.3 Description des conditions d'exercice

3.3.1 Type d'exercice

Parmi les 160 médecins répondants, 50 exerçaient seuls (soit 31,25 %) tandis que 110 travaillaient en groupe (68,75 %).

3.3.2 Zone d'exercice

Les répondants étaient 29 à exercer en rural (18,12 %), 65 en semi-rural (40,62 %), 64 en urbain (40 %) et 2 n'ont pas répondu à cette question (cf. Figure 3).

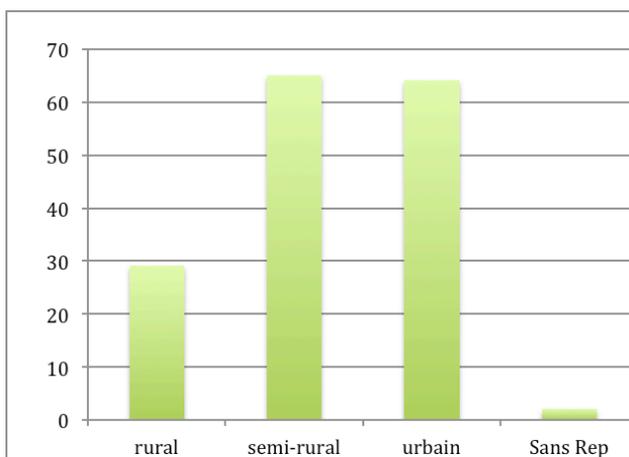


Figure 3 : Effectif des répondants en fonction de la zone d'exercice

3.3.3 Éloignement du cabinet médical par rapport aux autres professionnels gynéco-obstétricaux

(cf. Figure 4 et Annexe 6)

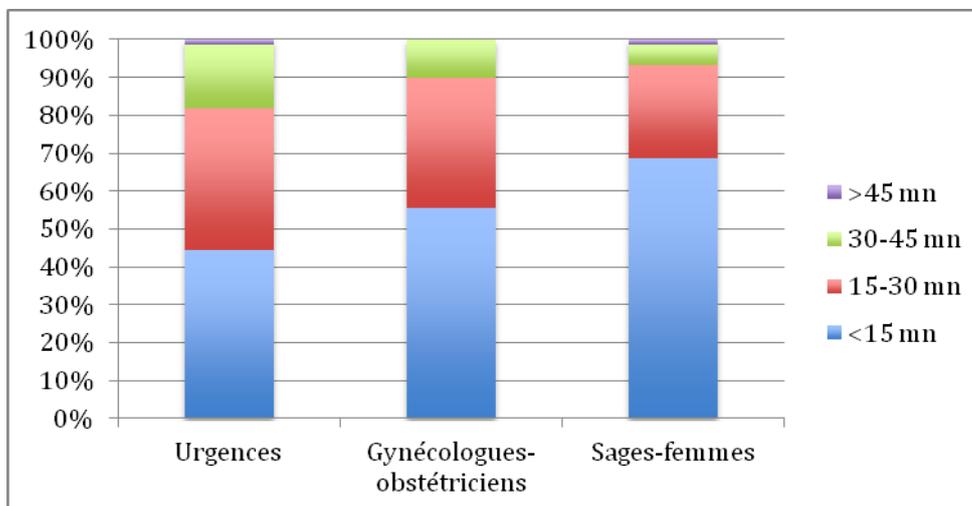


Figure 4 : Répartition des temps d'éloignement des praticiens des services d'urgences, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes les plus proches

3.3.3.1 Service d'urgences gynéco-obstétricales

44,38 % des médecins répondants estimaient être à moins de 15 minutes du service d'urgences gynéco-obstétricales le plus proche, 37,50 % entre 15 et 30 minutes, 16,87 % entre 30 et 45 minutes et 1,25 % à plus de 45 minutes.

3.3.3.2 Gynéco-obstétricien libéral ou hospitalier

Les médecins généralistes répondants étaient peu éloignés du gynécologue-obstétricien libéral ou hospitalier le plus proche : 55,63 % étaient à moins de 15 minutes, 34,37 % entre 15 et 30 minutes, 10 % entre 30 et 45 minutes et aucun à plus de 45 minutes.

3.3.3.3 Sage-Femme

L'éloignement des médecins généralistes répondants par rapport à la sage-femme la plus proche était réparti de la façon suivante : 69,38 % à moins de 15 minutes, 25 % entre 15 et 30 minutes, 5,62 % entre 30 et 45 minutes et 1,25 % à plus de 45 minutes.

3.4 Description de la formation et de la pratique

3.4.1 Formation en gynécologie-obstétrique

3.4.1.1 Réalisation d'un stage pendant la formation initiale (externe, résident ou interne)

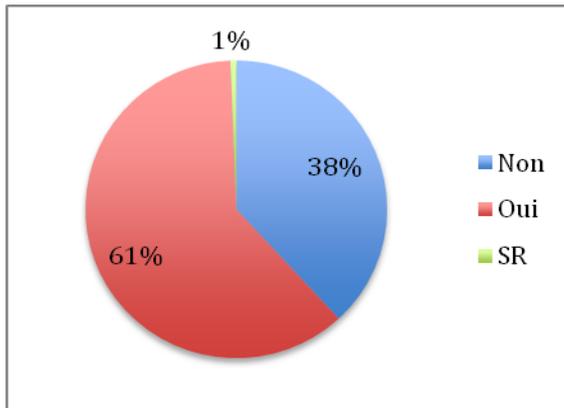


Figure 5 : Répartition en fonction de la formation en stage pendant l'internat ou l'externat

Sur les 160 médecins répondants, 61 n'avaient jamais fait de stage en GO pendant leur formation initiale (externat, internat, résidanat) et 98 avaient fait au moins un stage dans cette discipline. Un répondant ne s'était pas exprimé (cf. Figure 5).

3.4.1.2 Formation universitaire

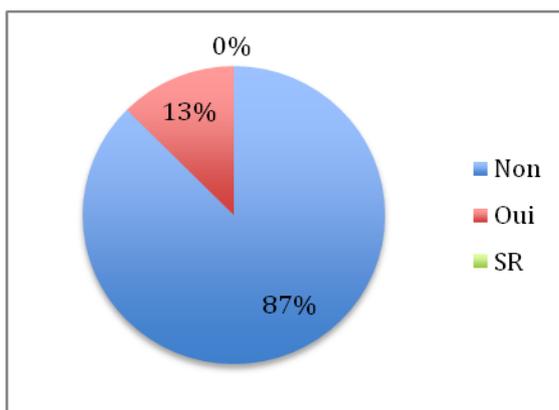


Figure 6 : Répartition en fonction de la formation universitaire complémentaire

20 médecins généralistes avaient reçu une formation universitaire complémentaire telle un Diplôme Universitaire ou InterUniversitaire par exemple, contre 140 qui n'en avaient pas eue (cf. Figure 6).

3.4.1.3 Autres formations

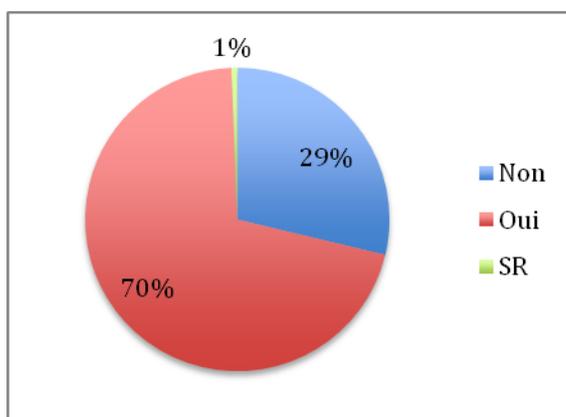


Figure 7 : Répartition en fonction des autres formations

113 médecins déclaraient avoir bénéficié d'autres moyens de formation en GO (soirées de Formation Médicale Continue, congrès, journées de gynécologie...) et 46 n'en avaient pas eu. Un médecin ne s'était pas prononcé sur cette question (cf. Figure 7).

3.4.2 Pratique gynéco-obstétricale des médecins généralistes

3.4.2.1 Fréquence de réalisation d'actes de gynécologie-obstétrique

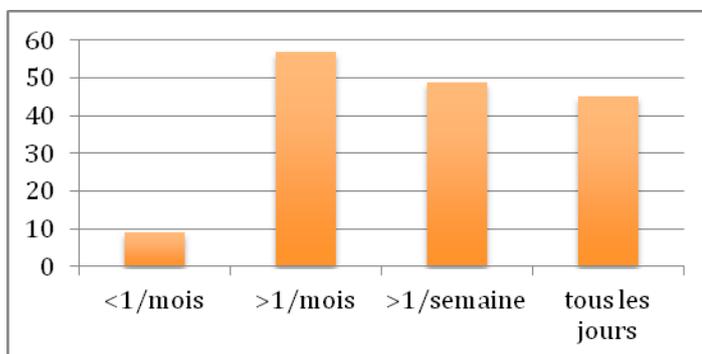


Figure 8 : Répartition en fonction de la fréquence de réalisation d'actes de GO au cabinet

Cette question relevait la fréquence à laquelle les médecins généralistes réalisaient des actes de gynécologie et/ou d'obstétrique dans leur cabinet à savoir suivi de grossesse, contraception, ménopause, infections sexuellement transmissibles, prévention...

45 (soit 28,13 %) des médecins répondus faisaient au moins un acte de GO tous les jours. 49 (soit 30,62 %) en réalisaient plus d'un par semaine, 57 (soit 35,63 %) au moins 1 par mois, et 9 (soit 5,62 %) moins d'un acte par mois (cf. Figure 8).

3.4.2.2 Fréquence de réalisation des actes soi-même ou orientation vers un autre professionnel

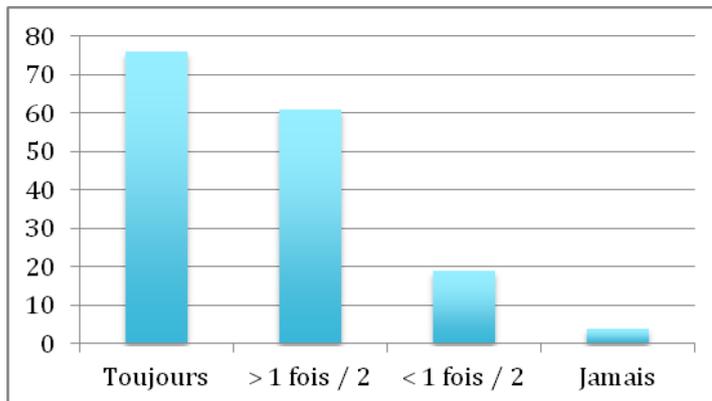


Figure 9 : Répartition en fonction de la fréquence de réalisation soi-même de l'acte de GO lorsqu'une patiente le nécessite

Lorsqu'une patiente consulte pour un motif gynéco-obstétrical, le médecin généraliste peut effectuer lui-même l'acte ou orienter la patiente vers un autre professionnel compétent.

Dans cet échantillon, 76 des médecins répondants (47,50 %) réalisaient toujours eux-mêmes cet acte, 61 (soit 38,13 %) plus d'une fois sur deux, 19 (soit 11,87 %) moins d'une fois sur deux. 4 médecins répondants (2,50 %) ne réalisaient jamais l'acte eux-mêmes et réorientaient alors toutes leurs patientes vers un autre professionnel (cf. Figure 9). Les raisons évoquées de ces 4 derniers étaient : sentiment d'incompétence pour 3 d'entre eux et réorientation professionnelle vers l'ostéopathie et l'homéopathie pour le quatrième qui travaillait dans un cabinet de 9 médecins où d'autres généralistes réalisaient ces actes.

Lorsque le praticien réorientait la patiente, il le faisait auprès :

- d'un gynécologue-obstétricien libéral pour 51 d'entre eux (60,71 %)
- d'un gynécologue-obstétricien hospitalier pour 20 d'entre eux (23,81 %)
- d'un laboratoire d'analyses pour 7 répondants (8,33 %)
- d'une sage-femme pour 1 d'entre eux (1,19 %)
- sans réponse pour 5 répondants (5,95 %)

(cf. Figure 10).

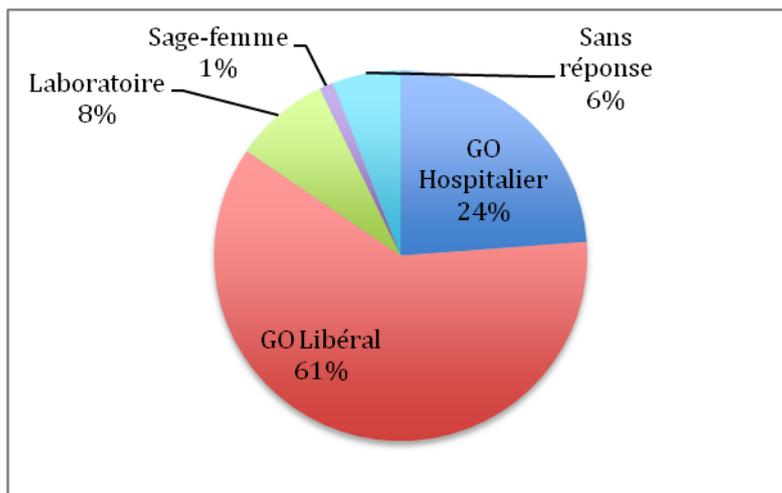


Figure 10 : répartition des médecins qui réorientent leur patiente vers d'autres professionnels

3.5 Importance respective de chaque frein et le trio de tête

3.5.1 Description des freins

Les freins ont été classés par importance (moyenne de score la plus élevée à la plus faible). Ces résultats sont représentés dans le Tableau 2 et la Figure 11.

| | 41 FMI | 42 FMC | 43 Autres prof | 44 Relations | 45 Compétences | 46 Patientes | 47 Gêne | 48 Tiers | 49 Matériel | 410 Rémunération |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------|----------------|---------------------|
| Rang | 5 | 4 | 2 | 8 | 1 | 6 | 10 | 7 | 9 | 3 |
| Minimale | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 ^{er} quartile | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Médiane | 4 | 5 | 6 | 3 | 5 | 4 | 1 | 3 | 1,5 | 5 |
| Moyenne | 4,06 | 4,23 | 5,29 | 3,34 | 5,55 | 3,89 | 2,27 | 3,78 | 2,32 | 5,03 |
| 3 ^{ème} quartile | 6 | 6 | 8 | 5 | 8 | 6 | 3 | 6,75 | 3 | 8 |
| Maximale | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 9 | 10 |
| Sans réponse | 10 | 9 | 11 | 10 | 11 | 9 | 10 | 9 | 9 | 11 |

Tableau 2 : Caractéristiques de chaque frein et rang de classement de chacun

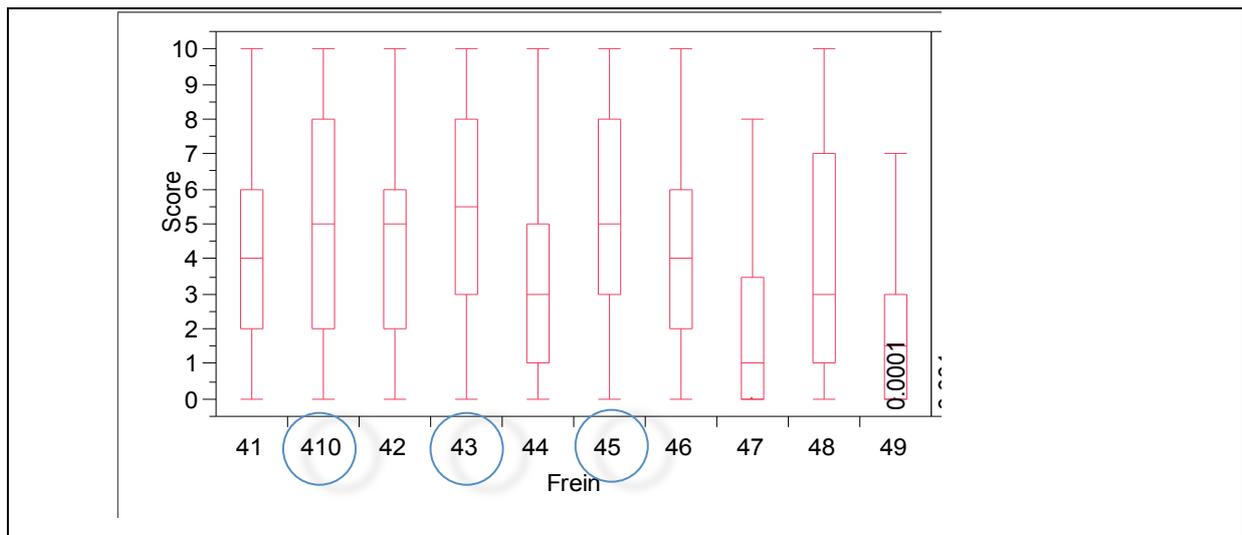


Figure 11 : Comparaison des scores de chaque frein

3.5.2 Différences entre chacun des freins

Afin de vérifier la possibilité de réaliser une analyse de la variance (ANOVA), une différence entre les variances des variables étudiées devait être recherchée en amont grâce aux tests suivants. Ces trois tests d'homoscédasticité calculaient un $p < 0,001$ (cf. Tableau 3) : les variances étaient hétérogènes.

| Test | Rapport F | Degré(s) de liberté du numérateur | Degré(s) de liberté du dénominateur | Prob. > F |
|----------------|-----------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------|
| O'Brien | 4.1184 | 9 | 1561 | <.0001 |
| Brown-Forsythe | 4.2068 | 9 | 1561 | <.0001 |
| Levene | 4.3654 | 9 | 1561 | <.0001 |

Tableau 3 : Test d'égalité de variance des variables "freins"

L'ANOVA ne pouvait être utilisée car les conditions de réalisation n'étaient pas respectées (tests précédents). Selon l'Anova de Welch alors utilisée, les moyennes de chaque frein étaient statistiquement différentes entre elles ($p < 0,0001$) (cf. Tableau 4).

| Rapport F | Degré(s) de liberté du numérateur | Degré(s) de liberté du dénominateur | Prob. > F |
|-----------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------|
| 25.3183 | 9 | 635.73 | <.0001 |

Tableau 4 : Anova de Welch testant l'égalité des moyennes des freins, autorisant les écarts-types non égaux

Les effectifs étaient très proches pour ce test. On aurait alors pu extrapoler avec une ANOVA classique qui retrouvait aussi $p < 0,0001$. Dans cette même hypothèse, la comparaison 2 à 2 de chaque frein par un T-test de Student précisait quels couples de freins étaient différents entre eux (Cf. Annexe 7). Le Tableau 5 présente la synthèse de ces résultats. Les freins ayant une lettre différente étaient significativement différents ($p < 0,05$).

| Freins | | Moyenne |
|--------|-----|-----------|
| 45 | A | 5.5512821 |
| 43 | A | 5.2884615 |
| 410 | A | 5.0320513 |
| 42 | B | 4.2341772 |
| 41 | B | 4.0636943 |
| 46 | B C | 3.8860759 |
| 48 | B C | 3.7784810 |
| 44 | C | 3.3375796 |
| 49 | D | 2.3164557 |
| 47 | D | 2.2738854 |

Tableau 5 : Les freins non connectés par la même lettre sont largement différents

3.5.3 Les 3 freins principaux

Selon la Figure 11, le Tableau 5 et le calcul des moyennes, les 3 freins suivants formaient un groupe de tête avec en première position « la méconnaissance des compétences des médecins généralistes » puis « le suivi des patientes par d'autres professionnels », puis « le rapport rémunération / temps passé et matériel utilisé non favorable ».

3.5.4 Les 2 freins les moins importants

Les freins « matériel trop coûteux ou prenant trop de place » et « inconfort, gêne et crainte générées au médecin par ces consultations » étaient deux freins qui se détachaient des autres par leur faible impact sur la pratique, leur moyenne étant inférieure aux autres (cf. Tableau 2, Tableau 5 et Figure 11).

3.6 Lien entre le score des difficultés et les critères sociodémographiques et professionnels

Les 10 freins ont aussi été étudiés selon 5 sous-groupes. Ces seconds tests cherchaient à déterminer si chaque frein était plus ou moins important en fonction des critères sociodémographiques ou professionnels choisis.

Dans le Tableau 6 suivant sont présentés les résultats de ces tests, sous-groupe par sous-groupe. Le fond jaune repère les variables pour lesquels la répartition du frein n'était pas homogène (F-test significatif). En gras sont présentés les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$).

| | | 41 FMI | 42 FMC | 43 Autre | 44 Relations | 45 Compétences | 46 Patientes | 47 Gêne | 48 Tiers | 49 Materiel | 410 Rémunération | |
|----|-----------------|--|--------------|--------------|-----------------|-------------------|-----------------|--------------|-------------|----------------|---------------------|-------|
| 11 | Genre | F.Test | 0,600 | 0,963 | 0,258 | 0,776 | 0,717 | 0,060 | <0,001 | 0,625 | 0,139 | 0,991 |
| | | T.Test p= | 0,197 | 0,163 | <0,001 | 0,161 | 0,014 | <0,001 | <0,001 | 0,054 | 0,099 | 0,318 |
| 12 | Age | Corrélation Pearson | 0,027 | -0,068 | 0,241 | 0,160 | 0,110 | 0,182 | 0,011 | -0,129 | 0,061 | 0,036 |
| | | p= | 0,740 | 0,393 | 0,002 | 0,046 | 0,174 | 0,022 | 0,891 | 0,107 | 0,446 | 0,659 |
| 16 | Tps GO | F.Test | 0,196 | 0,315 | 0,334 | 0,653 | 0,650 | 0,352 | 0,576 | 0,624 | 0,653 | 0,625 |
| | | T.Test p= | 0,547 | 0,019 | 0,264 | 0,670 | 0,677 | 0,159 | 0,437 | 0,443 | 0,945 | 0,495 |
| | | Groupe 1 : <15 minutes - 89 médecins Groupe 2 : >15 minutes - 71 médecins | | | | | | | | | | |
| 31 | Freq Actes GO | F.Test | 0,993 | 0,830 | 0,228 | 0,237 | 0,169 | 0,627 | 0,406 | 0,987 | 0,628 | 0,884 |
| | | T.Test p= | 0,067 | <0,001 | <0,001 | 0,681 | 0,768 | 0,002 | <0,001 | 0,472 | 0,122 | 0,594 |
| | | Groupe 1 : < 1/semaine - 66 médecins Groupe 2 : > 1/semaine - 94 médecins | | | | | | | | | | |
| 32 | Réalise Acte GO | F.Test | 0,967 | 0,728 | 0,163 | 0,346 | 0,437 | 0,977 | 0,032 | 0,908 | 0,196 | 0,599 |
| | | T.Test p= | 0,015 | 0,003 | <0,001 | 0,985 | 0,255 | 0,018 | <0,001 | 0,517 | 0,008 | 0,620 |
| | | Groupe 1 : Toujours - 76 médecins Groupe 2 : Pas toujours - 84 médecins | | | | | | | | | | |
| | | F.Test | 0,888 | 0,583 | 0,367 | 0,333 | 0,529 | 0,557 | 0,047 | 0,347 | 0,384 | 0,513 |
| | | T.Test p= | 0,027 | 0,183 | <0,001 | 0,951 | 0,958 | 0,014 | <0,001 | 0,293 | 0,029 | 0,961 |
| | | Groupe 1 : >1 fois /2 - 137 médecins Groupe 1 : <1 fois /2 - 23 médecins | | | | | | | | | | |

Tableau 6 : Analyse des freins en sous-groupe

Pour les 5 sous-groupes réalisés, il n'y avait pas de différence de notation retrouvée pour le sentiment de méconnaissance des compétences du médecin par les patientes, tout comme la présence d'un tiers à la consultation et le rapport rémunération/temps passé et matériel utilisé.

Un tableau regroupant les moyennes des scores de chaque frein et leur rang pour chaque sous-groupe a été réalisé pour chacun d’entre eux. Le code couleur suivant (cf Tableau 7) permet de mettre en évidence les 3 freins les plus importants en couleur chaude et les 2 freins les moins importants en couleur froide.

| | | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 ^{er} rang | 2 ^{ème} rang | 3 ^{ème} rang | 9 ^{ème} rang | 10 ^{ème} rang |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|

Tableau 7 : Code couleur des tableaux d’analyse des freins en sous-groupe

3.6.1 Genre

Les freins 43, 46 et 47 avaient un score moyen statistiquement différent entre le groupe femmes et le groupe hommes (cf. Tableau 6).

Le fait que des patientes soient suivies par d’autres professionnels était un frein plus important pour les hommes.

La gêne des patientes à aborder leurs soucis gynéco-obstétricaux avec leur généraliste était significativement moins un problème selon les femmes médecins que selon leurs confrères masculins.

L’inconfort, la gêne, et la crainte des médecins hommes étaient statistiquement moins importants que chez leurs consœurs (cf. Tableau 8).

| Genre | | | | |
|--------------|-------------|-----------|----------|-------------|
| Freins | femmes | femmes | homme | Homme |
| | moy | ordre | ordre | moy |
| 41 | 3,63 | 6 | 6 | 4,26 |
| 42 | 3,80 | 5 | 5 | 4,43 |
| 43 | 3,96 | 3 | 2 | 5,90 |
| 44 | 2,88 | 8 | 8 | 3,55 |
| 45 | 4,71 | 2 | 1 | 5,94 |
| 46 | 1,69 | 10 | 4 | 4,87 |
| 47 | 3,94 | 4 | 9 | 2,88 |
| 48 | 3,04 | 7 | 7 | 4,11 |
| 49 | 1,80 | 9 | 10 | 2,55 |
| 410 | 5,43 | 1 | 3 | 4,85 |

Tableau 8 : Analyse des freins en fonction des sous-groupes femme ou homme

3.6.2 Âge

Les freins 43, 44 et 46 ont un score statistiquement différent en fonction de l’âge (cf.

Tableau 6).

Plus le médecin est âgé, plus le fait que les patientes soient suivies par un autre praticien, plus les relations avec les autres professionnels (gynéco-obstétriciens et sages-femmes) et plus les réticences des patientes représentaient une difficulté importante (cf. Tableau 9).

| AGE | | | | |
|------------|-------------|----------|----------|-------------|
| Freins | =<50 | =<50 | >50 | >50 |
| | moy | ordre | ordre | moy |
| 41 | 4,33 | 6 | 6 | 3,85 |
| 42 | 4,59 | 4 | 5 | 3,96 |
| 43 | 4,60 | 3 | 2 | 5,85 |
| 44 | 2,94 | 8 | 7 | 3,66 |
| 45 | 5,09 | 1 | 1 | 5,92 |
| 46 | 3,43 | 7 | 4 | 4,25 |
| 47 | 2,47 | 9 | 10 | 2,12 |
| 48 | 4,37 | 5 | 8 | 3,31 |
| 49 | 2,41 | 10 | 9 | 2,24 |
| 410 | 5,09 | 2 | 3 | 4,99 |

Tableau 9 : Analyse des freins en fonction des sous-groupes d'âge (plus ou moins de 50 ans)

3.6.3 Temps séparant le médecin généraliste du gynécologue-obstétricien

Seul le problème de la formation médicale continue (42) ressortait significativement différent entre les 2 groupes (plus ou moins de 15 minutes séparant les deux professionnels) (cf. Tableau 6). Ainsi, plus le médecin était éloigné plus une formation continue insuffisante représentait une difficulté dans la pratique de la GO (cf. Tableau 10).

Tps séparant du GO

| Freins | <15mn | <15mn | >15mn | >15mn |
|------------|-------------|----------|----------|-------------|
| | moy | ordre | ordre | moy |
| 41 | 3,94 | 4 | 6 | 4,22 |
| 42 | 3,80 | 5 | 4 | 4,79 |
| 43 | 5,51 | 1 | 2 | 5,00 |
| 44 | 3,25 | 8 | 8 | 3,44 |
| 45 | 5,47 | 2 | 1 | 5,66 |
| 46 | 3,61 | 6 | 5 | 4,23 |
| 47 | 2,42 | 9 | 10 | 2,09 |
| 48 | 3,60 | 7 | 7 | 4,00 |
| 49 | 2,33 | 10 | 9 | 2,30 |
| 410 | 5,20 | 3 | 3 | 4,83 |

Tableau 10 : Analyse des freins en fonction des sous-groupes d'éloignement du gynéco-obstétricien le plus proche

3.6.4 Fréquence d'actes de gynécologie-obstétrique

La différence de score entre les 2 groupes (plus ou moins de 1 acte de GO par semaine) était significative pour les freins 42, 43, 46 et 47 (cf. Tableau 6).

Ces quatre freins représentaient une difficulté plus importante pour les médecins réalisant moins d'un acte de GO par semaine : la formation médicale continue insuffisante, le suivi des patientes par d'autres professionnels, la réticence des patientes ainsi que l'inconfort, gêne ou crainte du médecin (cf. Tableau 11).

| Freins | Freq Actes GO | | | |
|------------|---------------|----------|-----------|-------------|
| | <1/sem | <1/sem | >1/sem | >1/sem |
| | moy | ordre | ordre | moy |
| 41 | 4,55 | 6 | 4 | 3,72 |
| 42 | 5,06 | 4 | 5 | 3,66 |
| 43 | 6,48 | 1 | 3 | 4,46 |
| 44 | 3,45 | 8 | 8 | 3,26 |
| 45 | 5,64 | 2 | 1 | 5,50 |
| 46 | 4,69 | 5 | 7 | 3,32 |
| 47 | 3,11 | 9 | 10 | 1,70 |
| 48 | 4,00 | 7 | 6 | 3,62 |
| 49 | 2,71 | 10 | 9 | 2,04 |
| 410 | 5,21 | 3 | 2 | 4,91 |

Tableau 11 : Analyse des freins en fonction des sous-groupes de fréquence d'actes de GO

3.6.5 Fréquence de réalisation soi-même des actes des gynécologie-obstétrique

Les scores des freins 41, 43, 46, 47 et 49 étaient significativement différents entre les échantillons (cf. Tableau 6). Pour le frein 42, il y avait une différence significative entre la moyenne des scores entre le groupe des médecins réalisant toujours eux-mêmes l'acte (moyenne=3,59) et le groupe des médecins ne le faisant pas systématiquement (moyenne=4,71). Ainsi, pour les médecins réalisant toujours l'acte eux-mêmes l'insuffisance de la formation médicale continue était une difficulté beaucoup moins importante que pour les autres.

Pour les médecins qui effectuaient moins d'une fois sur 2 ou jamais l'acte eux-mêmes lorsque la situation se présentait, les freins de suivi des patientes par un autre professionnel, tout comme l'insuffisance de la formation médicale initiale, la réticence des patientes, mais aussi l'inconfort, gêne ou crainte du médecin et enfin le matériel étaient significativement plus importants (cf. Tableau 12).

Realise lui-même acte GO - 2 groupes

| Freins | A<1/2 | A<1/2 | A>1/2 | A>1/2 |
|------------|-------------|-------------------------------------|-----------|-------------|
| | moy | Ordre | ordre | moy |
| 41 | 5,26 | 3 | 5 | 3,86 |
| 42 | 4,91 | 7 | 4 | 4,12 |
| 43 | 7,26 | 1 | 3 | 4,95 |
| 44 | 3,30 | 10 | 8 | 3,34 |
| 45 | 5,52 | 2 | 1 | 5,56 |
| 46 | 5,17 | 5 | 6 | 3,67 |
| 47 | 5,23 | 4 | 10 | 1,79 |
| 48 | 4,44 | 8 | 7 | 3,67 |
| 49 | 3,44 | 9 | 9 | 2,13 |
| 410 | 5,00 | 6 | 2 | 5,04 |
| A<1/2 | | Acte réalisé moins d'une fois sur 2 | | |
| A>1/2 | | Acte réalisé plus d'une fois sur 2 | | |

Tableau 12 : Analyse des freins en fonction des sous-groupes de réalisation ou non des actes de GO par le médecin généraliste lui-même

3.7 Répartition du frein principal

Une question supplémentaire était posée, cherchant à connaître quelle était la difficulté la plus importante. Ce frein principal était :

- le rapport rémunération/temps passé et matériel (410) utilisé pour 31 médecins
- la méconnaissance de leurs compétences (45) pour 30 généralistes
- le suivi des patientes par d'autres professionnels (43) pour 28 répondants
- la formation médicale initiale pour 20 médecins.

Les pourcentages de réponses attribués à chaque frein sont représentés sur la figure suivante (Figure 12).

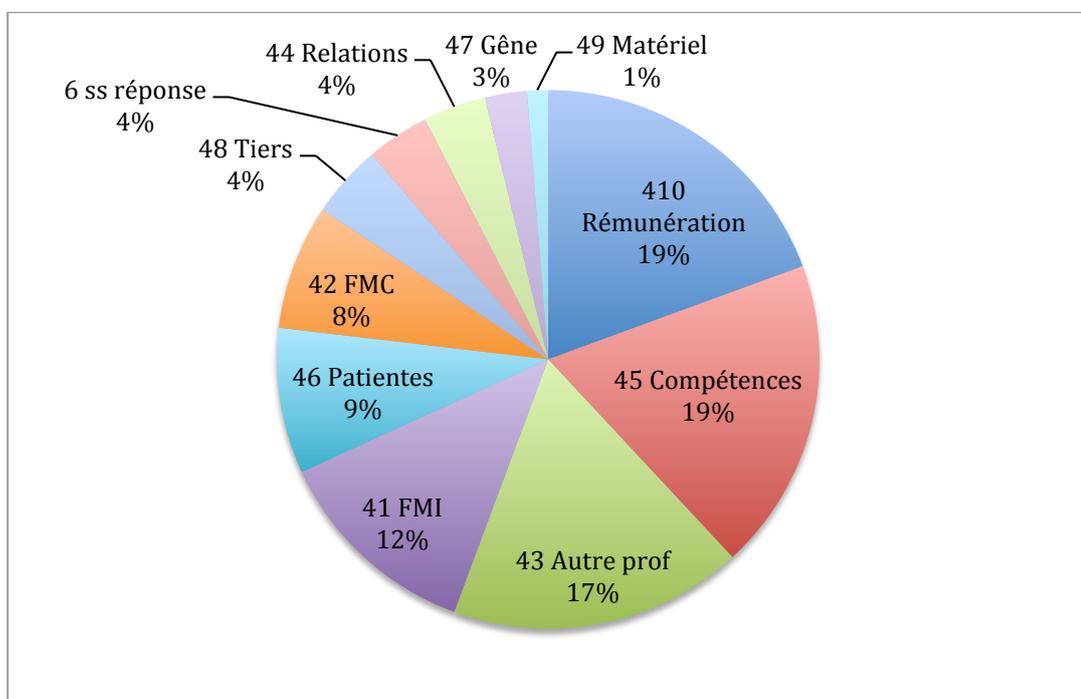


Figure 12 : Répartition du frein principal

3.8 Exploration des solutions proposées

L'analyse des verbatims a mis en évidence les idées suivantes.

3.8.1 Les compétences du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique

Ce thème de solution a été cité le plus souvent dans les réponses.

Beaucoup de médecins généralistes ressentaient le besoin d'informer les patientes sur leurs champs de compétences : « *Informar les patientes de la compétence des MG [Médecins généralistes] pour le suivi gynéco simple* » (15) ou « *information du grand public sur les possibilités d'acte par le généraliste* » (78). Cette information pourrait aussi préciser les compétences du généraliste par rapport à celles de ses confrères spécialistes en gynécologie et/ou obstétrique : « *rééquilibrer la position du généraliste par rapport au spécialiste dans la tête des patientes et des média* » (29). Le message pourrait être l'État via des campagnes d'information (« *en rappelant par les autorités (ministère de la santé, ordre des médecins...) la compétence de ces derniers [des médecins généralistes]...* » (4), « *Campagne de promotion des actes techniques simples chez le généraliste* » (88)) ou les média. Certains médecins répondants se plaignaient de la « *désinformation [véhiculée] par divers médias* » (22). Il faudrait « *Éviter que les médias répètent à longueur de journée que les femmes doivent être suivies par le médecin de la femme c'est à dire le gynécologue !* » (20)

L'information pourrait aussi être donnée par le généraliste lui-même : « *je me propose toujours de suivre les grossesses* » (11), « *faire la promotion de ses compétences en gynécologie obstétrique chaque fois que possible auprès de toutes les femmes* » (68). Un « *affichage dans la salle d'attente* » (98) serait une autre idée. Cette information pourrait être associée à la nécessité d'organisation du temps de travail du médecin en fonction du motif : « *Etre prévenue par mes patientes du caractère gynéco de la consultation pour dégager du temps* » (43).

Les compétences devraient aussi être reconnues par les autres professionnels intervenant dans ce domaine : « *Les gynéco-obstétriciens hospitaliers doivent accepter le suivi "ordinaire" de gynéco et obstétrique par les M.G* » (30) ou « *remettre le généraliste à sa juste place et ne pas nier ses compétences* » (169).

3.8.2 Revalorisation des honoraires

La revalorisation était le deuxième thème de solution le plus fréquemment cité.

Plusieurs médecins proposaient de « *revaloriser les actes CCAM* » (30) ou de « *mieux rémunérer les actes de gynécologie (même tarif que les gynécologues de ville)* » (49) pour une « *reconnaissance tarifaire* » (92). Les consultations à motif gynéco-obstétrical étaient considérées comme chronophages, ceci étant (à côté du matériel nécessaire jetable) un argument important pour justifier cette augmentation : « *une cotation d'actes qui permettrait au médecin de s'équiper en matériel et d'obtenir une rémunération en fonction du temps passé et d'éventuels actes techniques pratiqués* » (37). « *La revalorisation de la cs [consultation] de gynécologie permettr[ait] d'y consacrer plus de temps* » (115) et « *permettrait de valoriser des consultations emboligènes en temps* » (174).

3.8.3 Système de soins et relations interprofessionnelles

Une amélioration du système de soins et des relations entre professionnels de santé était citée à plusieurs reprises.

Certains souhaiteraient « *la reconnaissance du rôle moteur (...) du système libéral* » avec l'envie de retrouver « *le MG [médecin généraliste] pilier du système de santé du patient* » (10).

« *Un vrai parcours de soins* » (14) serait à mettre en place avec « *une meilleure délimitation (et connaissance) des champs d'action entre sages-femmes, gynécos et médecins généralistes* » (34). Cela permettrait de « *définir au mieux les niveaux de compétences entre MG [Médecin Généraliste] et Spé [autres spécialistes]* » (88). Une autre solution pourrait être de « *limiter l'accès aux soins directs pour la gynéco* » (94).

Certains allaient jusqu'à proposer « *la disparition des gynécologues de ville* » (38), « *qui ne font en fait que de la médecine générale* » (71).

Une autre solution serait « *le renforcement de la coordination ville/hôpital* » (60). Et pour certains, « *le travail en réseau avec les sages-femmes +/- gynécologues libéraux me permet de régler la plupart des problèmes du quotidien* » (12). Et dans l'autre sens, « *les gynéco-obs. pourraient informer et renvoyer leurs patientes pour les actes courants de gynéco (frottis stérilet...) vers le généraliste* » (46). « *Un dossier médical gynécologique* » (72) pourrait être au centre de ce tissu relationnel et de coordination.

Parallèlement, des médecins recommandaient d'« *aplanir le différentiel d'image, de qualité de vie, de rémunération, cotisations, avantages sociaux (niveau et âge de la retraite...*

par exemple) entre pratique pseudo libérale et pratique salariée » (10) et ainsi de « rééquilibrer la position du généraliste par rapport au spécialiste » (29) car « l'idée reçue que la meilleure adresse pour un suivi gynéco physiologique, c'est une gynécologue (...) c'est faux » (158).

3.8.4 Formation

L'amélioration de la formation était une autre solution proposée.

Concernant la formation médicale initiale, plusieurs propositions ont été émises : « *augmenter la participation des étudiants en médecine à la surveillance des grossesses, la réalisation des gestes de pratique courante de gynécologie, aux accouchements, aux suivis de postpartum* » (24), une « *formation initiale insistant sur la pratique des actes de gynécologie obstétrique faisables en cabinet de ville* » (60), une « *amélioration de la qualité de stage* » (84), ou encore rendre le « *stage obligatoire en gynéco-obstétrique* » (142).

L'amélioration de la formation, c'était aussi plus de formation médicale continue (FMC) : « *possibilité de suivre les formations sans être rémunéré même si on a dépassé les fameuses 8 demi journées* » (9), « *des journées de FMC de gynécologie pour les médecins généralistes* » (26), ou encore une « *formation plus pratique et fréquente* » (89). L'amélioration de la qualité des formations continues est aussi proposée avec une orientation plus pratique : « *FMC crédible, avec pratique++* » (12), « *avoir des FMC plus orientées et plus techniques* » (51), « *ateliers pratiques et formations courtes ciblées* » (113), « *renouvellement des enseignements post universitaire de gynéco-obst pour MG [Médecins Généralistes]* » (117), « *FMC pratiques (concrètes, horaires et lieux adaptés)* » (171), « *consultations de 2 spécialistes au CHU (...) : très enrichissant (pratique)* » (170).

Et pourquoi ne pas « *refaire une formation ou un DU universitaire* » (5) ?

Par ailleurs, la pratique régulière au cabinet de gestes techniques semblait importante pour ne pas perdre la main : « *une pratique plus régulière des actes gynécologiques par les généralistes* » (4), « *on ne peut pas devenir vraiment compétent si on n'en fait pas assez* » (94).

3.8.5 Éléments d'organisation pratique du cabinet

Un médecin regrettait que pour les frottis cervico-utérins, le « *code CCAM [ne soit pas] encore intégré par mon logiciel informatique* » (28).

D'autre part, l'organisation spatiale du cabinet était à réfléchir pour faciliter la pratique : « *cabinet médical peu propice à la gynéco* » (147).

Une proposition de réalisation de questionnaire pour les patientes était citée : « *Avoir un bloc de questionnaires anonymes à l'entête de la sécu, portant sur les problèmes que peuvent rencontrer la femme au cours de : l'enfance (...), l'adolescence (...), la femme en âge de procréer (...), la femme ménopausée (...). Questionnaire ciblé en fonction de l'âge, que le MG pourrais remettre à ses patientes, en insistant sur la prévention et le dépistage* » (53)

Une attention face aux problèmes « *médico-légaux* » (155) était signalée.

3.8.6 Éléments peu modifiables

Certains proposaient d'«*être une femme* » (6), de « *rajeunir* » (55), ou bien « *d'avoir plus de temps* » (138). Un médecin recommandait de « *travailler plus à distance du PsLv [Pôle Santé Léonard de Vinci, Tours]* » (69)

3.8.7 Pas de difficulté donc pas de solution

D'autres répondants ne proposaient pas de solution car estimaient ne pas avoir de « *difficulté rédhibitoire, ce sont les patientes qui en ont !* » (33), ou alors « *je ne ressens pas d'intérêt à faire plus que ne fais* » (52).

4 Discussion

4.1 Biais et forces de l'étude

4.1.1 Questionnaire

La liste des freins émanait d'une étude qualitative en amont. Elle était adaptée et complète. Aucun autre frein n'a été cité dans les commentaires libres. La qualité des réponses et leur interprétation n'en pouvaient être que meilleures et proches de la réalité sur le terrain.

La question sur le frein principal ne proposait pas d'item « absence de frein ». Aussi, plusieurs médecins, après avoir noté les freins (parfois avec un score élevé), précisaient dans la question « solutions » ou espace libre qu'ils pensaient ne pas éprouver de difficultés dans leur exercice de la gynéco-obstétrique, ce qui est contradictoire. Cependant, le classement des freins de cette question était quasi-identique au classement des 10 freins par score (question précédente), à savoir que les 3 freins principaux étaient les mêmes, seul l'ordre changeait. Ce biais d'interrogation était donc peu important.

4.1.2 Biais de sélection

L'échantillon a été randomisé ce qui lui confère une certaine crédibilité. Le tirage au sort a été fait à partir de la base de données de l'URPS-ML. Cette base de données des médecins généralistes de l'Indre-et-Loire ne contenait pas autant de médecins que le nombre de médecins généralistes figurant dans le dernier Atlas de l'Ordre des Médecins 2013 (respectivement 590 contre 850 médecins)⁶. La différence de 260 médecins provenait probablement du nombre de médecins généralistes ayant une activité salariée, de quelques médecins retraités qui pouvaient garder une activité annexe... Ces médecins ne faisant pas partie de la population cible, ce biais d'échantillonnage a peu gêné l'interprétation des résultats de cette étude.

D'autre part, il y avait un biais de non-réponse : certains médecins ont refusé de recevoir le questionnaire ou de répondre, pensant, malgré le démenti de l'enquêtrice, que l'étude ne les concernait pas car ils ne faisaient aucun acte de GO. D'autres ont refusé par manque de temps.

4.1.3 Représentativité de l'échantillon

4.1.3.1 Age moyen

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 51,09 ans. Selon le rapport de la DRESS de 2013⁸, la moyenne d'âge des médecins généralistes français était de 51,4 ans et dans la région Centre de 52,6 ans. La répartition de la population de l'échantillon et de la région Centre sont représentées sur la Figure 13 ci-dessous. Elles paraissaient superposables. Mais selon le test d'adéquation two-sided de Kolmogorov-Smirnov (p-value=0,069), la chance que la population des 2 échantillons proviennent de la même population était de 6,9 %.

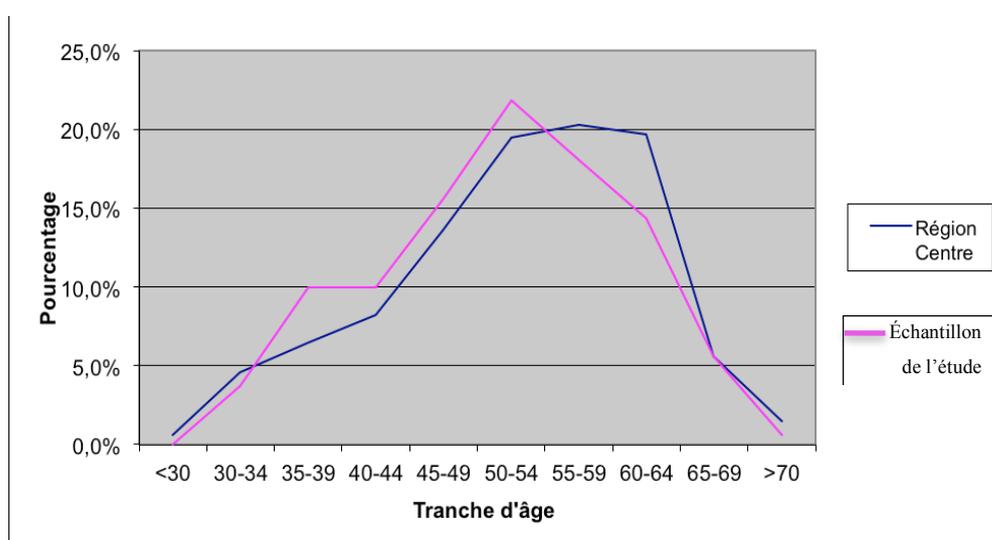


Figure 13 : Pourcentage des médecins de l'échantillon et de la région Centre (selon DRESS 2013) par tranche d'âge

4.1.3.2 Pourcentage de femmes

Le pourcentage de femmes était de 30,62 % dans l'échantillon, 30,2 % en Région Centre et 34,3 % chez les généralistes de Métropole selon la DRESS⁸. Les différences des pourcentages entre l'échantillon et la DRESS n'étaient pas significatives : $p=0,912$ (Test du χ^2) pour la Région Centre et $p=0,328$ pour la France métropolitaine.

L'échantillon était représentatif de la population générale des médecins généralistes français du point de vue du sex-ratio.

4.1.3.3 Type d'exercice : Individuel ou en Groupe

Les médecins généralistes de l'échantillon étaient 68,75 % à exercer en groupe contre 50,66 % pour la population de médecins généralistes français (selon la DRESS⁸).

L'échantillon n'était pas représentatif des médecins généralistes français concernant le type d'exercice (test du χ^2 : $p=5.10^{-5}$).

4.1.4 Taux de réponse

Grâce à la méthodologie utilisée (contact téléphonique avec les médecins permettant de recevoir leur accord pour l'envoi du questionnaire), le taux de réponse fut très bon (83,78 %) ce qui n'est pas fréquent pour les thèses avec envoi de questionnaire.

Une grande majorité des médecins a répondu aux questions libres, proposé des solutions et fait des commentaires. Certains ont souligné l'intérêt du sujet et transmis leurs encouragements. Étant donné le bon taux de réponse global et la longueur des commentaires, la thématique a suscité l'intérêt des médecins généralistes.

Le questionnaire était court (4 pages et temps de réponse inférieur à 7 minutes).

La méthode de recueil des données par Internet via un logiciel de gestion de questionnaires a été performante. Elle était simple. Étant donné l'impossibilité de validation de formulaire incomplet sur Internet, aucune information manquante dans les questionnaires électroniques n'a été constatée.

4.2 Critique des résultats

4.2.1 La situation du système français

4.2.1.1 Le médecin généraliste est le médecin de premier recours

La MG est aussi appelée médecine familiale dans d'autres pays. Dans la plupart des systèmes de santé occidentaux, et selon la définition de la WONCA²⁴, elle a pour rôle de prendre en charge les patients dans leur globalité de par son activité de soins de premier recours. En France, suite à la loi dite « HPST », relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires promulguée en juillet 2009, la notion de médecin généraliste de premier recours est inscrite dans le Code de Santé Publique (article L4130-1). Dans cette même loi sont inscrites les missions du médecin généraliste : celui-ci doit assurer entre autres la coordination des soins et les soins de prévention^{25,26}. Conformément à la loi du 13 août 2004²⁷, le dispositif médecin référent puis traitant a été mis en place. Le médecin généraliste a alors un rôle officiel de centralisation de la prise en charge des patients.

4.2.1.2 Le médecin généraliste est compétent en gynécologie-obstétrique pour le premier recours

Le médecin généraliste a des missions précisées dans la loi HPST²⁵. La prise en charge de la santé de la femme fait partie de ses compétences. Les médecins généralistes estimaient dans l'étude d'Elodie Fayolle²⁸ que la prévention en gynécologie et le suivi des grossesses non pathologiques faisaient partie de leurs fonctions. Par exemple, selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé)²⁹, le médecin généraliste peut suivre les femmes enceintes jusqu'à la visite du 7ème mois de grossesse en cas de grossesse non à risque. Selon M.-F. Le Goaziou³⁰, il était même estimé qu'environ 60 % des grossesses pourraient être suivies en MG. De plus, le médecin généraliste suit des grossesses et il le fait bien : la qualité du suivi de la grossesse par un médecin généraliste n'était pas différente de celle d'un spécialiste³¹. Par ailleurs, le médecin généraliste connaît bien l'environnement culturel, social, familial et médical de la future mère, ce qui ne peut qu'améliorer sa prise en charge.

4.2.1.3 Peu de médecins généralistes font de la gynécologie-obstétrique actuellement en France mais la profession se féminise

Dans notre étude, 41 % des médecins généralistes faisaient moins d'un acte par semaine dans ce domaine. Dans une autre étude dans l'Hérault en 2009, seulement 50 % des médecins généralistes disaient faire de la GO et c'était essentiellement des femmes³².

D'autre part, il ressortait de plusieurs études^{17,33,34} que les patientes préféreraient être suivies par une femme pour ce qui concerne leur santé gynéco-obstétricale. Selon la thèse d'Olivier Lanne¹⁷, elles reconnaissaient malgré tout les compétences de leurs homologues masculins et seulement 32 % des patientes auraient refusé la réalisation de leur frottis cervico-vaginal par un médecin homme.

La féminisation des promotions d'étudiants en médecine et a fortiori des médecins généralistes, devrait faciliter le suivi gynéco-obstétrical en MG.

4.2.2 Les raisons des réticences

4.2.2.1 Les freins retrouvés dans notre étude avaient déjà été relevés, le défaut de formation ressortait aussi

Les 3 freins principaux dans notre étude étaient : la non-reconnaissance ou méconnaissance des compétences des médecins généralistes par les patientes, la réalisation du suivi des femmes par d'autres professionnels et le rapport rémunération / temps passé et matériel utilisé non favorable. Dans d'autres études, des résultats approchants ont été observés.

Dans l'étude de Gwénola Levasseur en 2002³⁵, les 2 difficultés rencontrées le plus souvent étaient : la gestion de plusieurs motifs de consultation simultanés et la réticence des patientes (à noter que la question de recherche était orientée de façon un peu différente) Par ailleurs, son étude qualitative préliminaire¹⁶ précisait que « le besoin de formation n'était pas un problème mais que c'était le manque de demande des patientes qui en était un ». Cette notion était retrouvée dans notre étude : la formation continue et initiale n'étaient que les 4^e et 5^e freins et arrivaient assez loin derrière les 3 premiers.

Cette formation s'améliore avec les années. Si dans notre échantillon, 38 % des médecins installés n'avaient pas réalisé de stage en GO (dans leur externat, résidanat ou internat), actuellement, tous les étudiants doivent effectuer un stage soit en GO soit en pédiatrie³⁶. Selon Lise Royer-Baranger, cette formation restait néanmoins perfectible en rendant obligatoire un stage formateur en GO (plus orienté sur les gestes techniques)³⁷. Pourquoi ne pas instaurer un stage d'une durée plus courte et dans un terrain plus approprié à la formation des futurs généralistes, en ambulatoire par exemple.

Selon la thèse de Yann Charier en 2009¹⁸ relevant les difficultés rencontrées pour les motifs fréquents de consultation gynécologique en MG en Corrèze, le frein principal ressortant était le manque de formation et de pratique pour les actes techniques et le suivi de grossesse. Dans notre enquête, ce thème était très présent dans les remarques et solutions proposées pour faciliter la pratique des médecins généralistes. Yann Charier notait aussi l'importance d'informer les patientes sur la capacité des médecins généralistes à réaliser ce suivi gynécologique et obstétrical. Ceci correspondait au principal frein retrouvé dans notre étude.

Émilie Carpeza recherchait dans sa thèse en 2006³⁸ les raisons de non-réalisation des gestes techniques de GO par les médecins généralistes réunionnais. Il en ressortait : un manque de formation, un manque d'affinité du médecin pour la spécialité, une mauvaise

rémunération, un manque de temps, des problèmes médico-légaux et une absence de demande des patientes. Cette étude était plus focalisée sur les gestes techniques comme la précédente.

Les difficultés présentées par Noémie Mauran dans sa thèse en 2006³⁹ étaient le manque et/ou la mauvaise adaptation de la formation à la pratique quotidienne. Le besoin de lien, de contact avec le spécialiste était aussi important.

Le manque de pratique et de formation aux gestes techniques paraît ainsi important. Même si ce n'était pas un frein important dans l'exercice gynéco-obstétrical dans notre étude, il semble que pour la partie technique de cet exercice, une bonne formation répétée permettrait d'améliorer la situation.

Nos 3 principaux freins (sus-cités) ressortaient dans un ordre p différent dans les autres études, celles-ci étant plus orientées sur la grossesse ou sur les actes techniques.

4.2.2.2 Les patientes choisissent souvent le gynéco-obstétricien pour leur suivi par méconnaissance des compétences des généralistes

Selon l'Institut BVA, en 2008⁴⁰, 85 % des femmes interrogées déclaraient avoir un suivi gynécologique, assuré pour 82 % d'entre elles par un gynécologue ou gynéco-obstétricien contre 18 % seulement par un médecin généraliste. Pour les médecins interrogés dans notre étude, l'impression de suivi des femmes par d'autres professionnels était fondée. Se pose alors la question de la raison de ce suivi chez d'autres professionnels.

En 2009, dans la thèse d'Audrey Delannoy-Eglinger², 25 % des femmes étaient suivies par un médecin généraliste. Ces femmes avaient choisi leur praticien en fonction de sa compétence, de son attitude vis-à-vis de l'intimité des patientes, mais aussi de son sexe.

Selon Mélanie Ora en 2007⁵, les patientes jugeaient le gynécologue plus compétent que le médecin généraliste. Il ressortait un problème de pudeur vis-à-vis du médecin de famille. Par ailleurs, les patientes avaient l'impression d'être moins bien et moins examinées que par les gynécologues.

Ceci était sensiblement retrouvé dans les travaux de Sandrine Humeau-Aubin en 2004³³ et Véronique Braun-Grinfeder en 2005³⁴. Le choix du gynécologue au détriment du médecin généraliste se faisait pour des raisons de compétences présumées et le généraliste était préféré pour sa proximité, sa disponibilité et sa relation de confiance.

En 2009, selon Cédric Chaffaux⁴, les patientes reconnaissaient les compétences du médecin généraliste pour la contraception orale, le traitement de la ménopause, mais elles

étaient méfiantes quant à la pose d'un stérilet, d'un implant ou la réalisation d'un frottis par ce même professionnel. Seulement 10 % des patientes se faisaient suivre par leur généraliste. De la même façon, comme cela ressort dans une étude auvergnate en 2012⁴¹, les médecins généralistes étaient souvent exclus du suivi de grossesse normale alors qu'ils étaient en mesure de le faire.

La thèse de Valérie Megret en 2010⁴² portait sur la vision de la consultation gynécologique par les patientes en cabinet de MG. Il ressortait que spontanément, 45 % des patientes répondantes préféraient avoir affaire à un gynécologue mais 55 % des patientes répondantes ne refusaient pas le suivi par un généraliste. 12 % ignoraient que le médecin généraliste était compétent pour le suivi gynécologique et 7 % supposaient qu'il avait une formation insuffisante. 20 % des femmes interrogées signalaient qu'elles pourraient changer d'opinion si leur médecin généraliste avait reçu une formation spécifique et 15 % des patientes ignoraient que leur médecin généraliste avait bénéficié d'une formation en GO. Or, il est important de noter que la validation du DIU de GO n'est pas reconnue aujourd'hui par l'Ordre des Médecins et ne peut donc pas figurer sur la plaque et les ordonnances des médecins formés. De plus, rejoignant notre étude, 42 % des médecins généralistes interrogés pensaient qu'une meilleure information des patientes faciliterait leur suivi par eux-mêmes.

4.2.3 Des éléments de solutions

4.2.3.1 Certains pays ont déjà adopté une organisation dont on pourrait s'inspirer

Au Québec, le médecin de famille est le médecin de première ligne. Certains médecins généralistes sont aussi médecins-accoucheurs pour les accouchements non à risque. Ils suivent les grossesses et sont compétents pour le suivi gynécologique comme les autres médecins généralistes. Mais les femmes peuvent aussi décider de se faire suivre par un spécialiste de GO. Comme en France, l'organisation et la répartition entre les professionnels n'est pas très claire

Au Royaume-Uni⁴³, c'est le NHS (National Health System) qui est garant de l'organisation du système de soins. Le médecin généraliste anglais est un véritable *gate-keeper*, la pierre angulaire du système depuis 1948. Il prodigue les soins de premier niveau et sert de filtre au système hospitalier, l'accès aux spécialistes étant subordonné au référencement d'un médecin généraliste.

En Hollande⁴⁴, les médecins généralistes ont aussi le rôle de *gate-keeper* à l'égard du système hospitalier, étant responsables des soins primaires. Le médecin généraliste est le référent des patients qui sont inscrits auprès de lui. La fonction de *gate-keeper* est très cadrée et bien ancrée aux Pays-Bas puisque son introduction remonte à 1941.

4.2.3.2 Discuter l'organisation de notre système de soins et informer les patientes

Quelles solutions proposer alors ? La réorganisation du système de soins français, logique et compréhensible par tous, médecins et patients, ainsi qu'une information claire sur le rôle et les compétences des médecins généralistes étaient les deux principales idées qui ressortaient de notre étude. Ces mêmes solutions étaient soulevées entre autres dans le travail de Noémie Mauran³⁹.

La MG devrait être une véritable médecine de premier recours. En 2009 déjà, dans un article sur le rôle des médecins généralistes européens dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et son impact sur l'efficacité du dépistage, « l'harmonisation du dépistage à l'échelle nationale et la reconnaissance du médecin de famille comme pivot dans les pays européens paraissent nécessaires »⁴⁵. L'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) et l'ANESF (Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes) ont émis plusieurs idées d'amélioration du système en 2011⁴⁶ : elles souhaitent que la place de chaque acteur de soins (notamment des gynécologues-obstétriciens) soit précisée, que soit réalisé un schéma de santé publique structuré et précis, associé à une information des patientes sur ce schéma afin qu'elles puissent faire un choix éclairé. D'autre part, l'idée d'organiser des formations communes aux sages-femmes, aux médecins généralistes et gynécologues et/ou obstétriciens émergeait. Des stages en ambulatoire dans ce domaine étaient aussi à promouvoir pour ces 3 catégories de professionnels. Pour que ce travail en commun et coordonné prenne toute sa place, le partage d'informations grâce au dossier médical partagé paraissait ensuite nécessaire. En pratique, une campagne d'information de grande ampleur pourrait être réalisée pour le grand public sur l'organisation du système de santé français. Ceci croisait tout à fait les remarques et solutions proposées par de très nombreux répondants de notre étude.

Dans deux autres travaux en 2011 et 2012^{41,47}, les médecins généralistes interrogés ne plaçaient pas la sage-femme dans le suivi de grossesse. Les sages-femmes n'étaient jamais évoquées spontanément par les généralistes, ceci pouvant témoigner d'un manque de

considération, et/ou de difficultés relationnelles.

Un travail de recherche qualitative sur les freins et facilitateurs au suivi de grossesse normale par le médecin généraliste a été réalisé en Auvergne en 2012 par Aurélie Chabrolle et Marie-Laure Robatel-Busi⁴¹. Ce travail révélait que patientes et médecins généralistes s'accordaient sur le fait qu'informer sur leurs compétences favorisait une représentation positive de leur profession de généraliste. L'étude d'Elodie Fayolle²⁸ confirmait aussi que les médecins généralistes aspiraient à une reconnaissance de leur activité en GO. Il paraissait alors essentiel que les patientes prennent conscience des compétences de leur médecin généraliste afin de se tourner plus facilement vers lui.

Du côté des gynécologues médicaux, les mêmes propositions ressortaient. En 2011, l'audition des gynécologues médicaux soulignait la nécessité de redéfinir les rôles de chacune des 4 professions autour de la santé de la femme (que ce soient les soins primaires ou secondaires) et de réaliser une formation commune⁴⁸. Celle-ci pourrait donner aux professionnels une meilleure connaissance des compétences de chacun, une meilleure appréhension de l'articulation entre soins primaires et secondaires, une meilleure communication et coordination des soins car ils auraient appris à travailler ensemble dès le début de leur formation.

4.2.3.3 Une réorganisation du système de soins non approuvée par tous

Un sondage de l'institut BVA en 2008⁴⁹, commandé par la FNCGM (Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale), présentait que 91 % des femmes considéraient que les médecins généralistes étaient moins compétents que les gynécologues dans le suivi gynécologique et que seulement 20 % d'entre elles pensaient que les généralistes étaient suffisamment formés pour assurer ce suivi. La FNCGM a publié peu de temps après ces résultats dans la presse « grand public »⁵⁰ et dans la presse médicale sous le titre « Les généralistes jugés peu compétents en matière de suivi gynécologique »⁵¹.

Ces exemples ne sont pas isolés et nombreux sont les articles dans la presse féminine et autres médias qui véhiculent ce type de désinformation.

Le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) parlait en 2000 d'une pénurie de gynécologues à prévoir par rapport à la charge de travail. Cette pénurie était alors probablement à l'origine d'une nécessité pour les femmes de s'orienter vers les médecins généralistes pour leur suivi. Le collège signalait alors son inquiétude vis-à-vis du

bon suivi des femmes par les médecins généralistes ou sages-femmes⁵². En 2011, les inquiétudes des gynécologues médicaux se sont modifiées en partie. Le Syndicat des Gynécologues Médicaux (SGM) signalait être contre l'extension des missions des sages-femmes et souhaitait avant tout développer la formation des médecins généralistes et optimiser la coordination entre gynécologues et médecins généralistes ou sages-femmes⁵³.

Aujourd'hui, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie privilégie peu le rôle central de premier recours du médecin généraliste dans le domaine de la gynécologie. Dans le cadre de l'accès direct autorisé, le gynécologue peut être consulté sans passer par le médecin traitant pour les soins suivants : les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi d'une grossesse et l'IVG médicamenteuse⁵⁴. Cette organisation des soins est-elle en partie à l'origine de la méconnaissance des compétences des généralistes par les patientes ?

5 Conclusion

Le médecin généraliste est depuis 2004 le médecin traitant, véritable pivot du système de santé français. Le généraliste appelé aussi médecin de famille, a entre autres une mission de coordination des soins et de prévention.

Le gynécologue fait partie des professionnels de santé français auquel la patiente peut accéder directement sans adressage par son médecin généraliste. La pyramide des âges des gynécologues médicaux et le très faible nombre de postes dans cette spécialité à l'Examen Classant National depuis plusieurs années annoncent leur décroissance importante et rapide ces prochaines années. Cette décroissance sera beaucoup plus rapide que celle des médecins généralistes. Un transfert de l'activité des gynécologues médicaux vers les généralistes et les sages-femmes devra se mettre en place pour assurer un bon suivi de la population féminine.

Du côté des médecins généralistes, notre étude a mis en évidence 3 freins principaux à la pratique de la GO dans leur cabinet. Premier frein : les compétences des généralistes en GO sont peu ou pas connues des patientes et parfois non reconnues de leurs confrères gynécologues et/ou obstétriciens. Le parcours de soins entre les sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues et obstétriciens est flou. Deuxième frein : le fait que les patientes soient suivies par d'autres professionnels semble freiner les médecins généralistes à proposer ce suivi. Ceci est d'autant plus important chez les médecins homme et les médecins plus âgés. Troisième frein : le rapport rémunération / temps passé pour la consultation et matériel utilisé semble défavorable à cet exercice.

Trois grands types de solutions pour améliorer la qualité de suivi des patientes ont été mis en évidence. D'abord une meilleure information sur les compétences des généralistes, par des campagnes d'information par l'Assurance Maladie et par les généralistes eux-mêmes dans leurs cabinets pourrait être développée. Ensuite, la clarification du rôle de chacun et le dialogue entre les professionnels permettraient une véritable coordination des soins. Enfin, une formation initiale et continue commune aux gynécologues-obstétriciens, aux sages-femmes et aux médecins et plus proche de la pratique quotidienne faciliterait leur exercice.

Une étude complémentaire visant à préciser les solutions possibles et leur applicabilité serait intéressante à réaliser pour permettre une évolution adaptée du système. Ainsi, pour faire évoluer les comportements, l'aide de notre Ministère de Tutelle et de l'Assurance Maladie seront nécessaires, en s'appuyant sur les différentes réflexions évoquées ici et en s'inspirant des systèmes voisins (néerlandais et anglais notamment).

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes d'Île-de-France. Thèse méd Paris VII, Faculté de médecine, 2010.
- ² Delannoy-Eglinger A. À propos du suivi gynécologique : médecin généraliste ou spécialiste? étude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie. Thèse méd Lille II, Faculté de médecine, 2009.
- ³ Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique 2005;1:109-19.
- ⁴ Chaffaux C. Suivi gynécologique des femmes en Picardie : quel médecin, sur quels critères? Quelles représentations ont les femmes des connaissances de leur médecin généraliste en matière de gynécologie ? Thèse Med ; Amiens. 2009.
- ⁵ Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention. Thèse Med ; Paris XII. Faculté de médecine ,2007.
- ⁶ Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale : Situation au 1^{er} janvier 2013.
- ⁷ Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Arrêté du 10 juillet 2012 déterminant pour la période 2012-2016 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision. Journal Officiel de la République Française du 14 juillet 2012 ; texte 19.
- ⁸ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. Les médecins au 1^{er} janvier 2013. Document de travail, Série statistique n°179 ; Avril 2013.
- ⁹ Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation. Gynécologie Médicale, quelques précisions. Communiqué du 27/10/2008 consulté sur www.cngof.asso.fr le 18/06/2013.
- ¹⁰ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Gynécologie et santé des femmes : quel avenir en France ? Consulté sur www.cngof.asso.fr le 18/06/2013.
- ¹¹ Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. WONCA Europe 2002.
- ¹² Le Goaziou MF. Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie. Rev Prat Med Gen 1999;13:1645-6.
- ¹³ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. OUI la santé des femmes EST et SERA assurée. Communiqué du 27/10/2008 consulté sur www.cngof.asso.fr le

03/11/2011.

- ¹⁴ Costes M., Louzeau-Arnal G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse Med ; Toulouse. 2006.
- ¹⁵ Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Centre, situation au 1er juin 2011. Consulté sur www.conseil-national.medecin.fr/node/1128/ le 01/08/2011.
- ¹⁶ Levasseur G, Bagot C, Honnorat. Que disent les médecins généralistes sur leur besoins de formation en gynécologie. *Pédagogie Médicale* 2002, 19-24.
- ¹⁷ Lanne O. La gynécologie en médecine générale : le genre masculin du praticien représente-t-il un obstacle pour les patientes ? Thèse Med ; Rouen. 2009.
- ¹⁸ Charier Y. Les motifs fréquents de consultation gynécologique en médecine générale : pratiques, freins et difficultés : à propos d'une étude réalisée auprès des médecins généralistes de la Corrèze. Thèse Med ; Limoges. 2009.
- ¹⁹ Maria-Filippone D. Gynécologie-obstétrique par le médecin généraliste dans les Alpes-Maritimes. Thèse Med ; Nice-Sophia Antipolis. 2004.
- ²⁰ Gambiez-Joumard A. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. *Exercer* 2011 ; 98 : 122-8.
- ²¹ Dien B. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans le suivi gynéco-obstétrical : Une enquête qualitative. Thèse Med ; Tours. 2013.
- ²² Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine : GMSanté, CNGE ; 2011.
- ²³ Rakotomalala R. Comparaison de populations, Tests paramétriques, Version 1.2. Université Lumière Lyon 2. Consulté sur <http://www.itl.nist.gov/div898/handbook/prc/section4/prc47.htm>
- ²⁴ WONCA Europe 2002. La définition européenne de la médecine générale – médecin de famille. Consulté sur <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> le 19/06/2013.
- ²⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires / Publiée au Journal Officiel de la République Française n° 0167 du 22 juillet 2009 ; page 12184 ; texte n° 1 [en ligne]. Consulté sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&fastPos=7&fastReqId=1012363200&categorieLien=id&oldAction=rechTexte> le 25/06/2013.
- ²⁶ Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes / Publié au Journal Officiel de la République

- Française n° 35 du 11 février 2005 ; page 2275 ; texte n° 4 [en ligne]. Consulté sur : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000805768>
- ²⁷ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie / Publiée au Journal Officiel de la République Française n° 190 du 17 août 2004 [en ligne]. Consulté sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte le 10/07/13>
- ²⁸ Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. *Exercer*2013 ;107 :114-20.
- ²⁹ Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS. Service des recommandations professionnelles. Mai 2007. Consulté sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf le 21/09/2011
- ³⁰ Le Goaziou M-F. Prendre en charge la grossesse avant le centre obstétrical Comment articuler le réseau praticien/spécialiste. *Contraception Fertilité Sexualité* 1998, volume 26 ; 3 :221-222.
- ³¹ Escourrou B, Bismuth M, Boyer P, Abitteboul Y, Brillac T, Oustric S, Damase C, Montastruc J.L. La Femme, de l'adolescence à la ménopause : Médicament, Grossesse et Allaitement. Consulté sur <http://www.medecine.upstlse.fr/dcem3/POLYCOPIE%20Role%20MG%20Prevention%202009.pdf> le 22/10/2011
- ³² Cohen-Scali J. Les déterminants du périmètre d'activité des médecins généralistes de l'Hérault : influence des caractéristiques socio-démographiques et des sources d'information médicale. Mémoire pour Master 2 Recherche ; Bordeaux 2. 2009
- ³³ Humeau-Aubin S. gynécologie médicale et médecine générale : état des lieux et perspectives à partir d'une enquête menée auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154 patientes. Thèse méd, Nantes, Faculté de Médecine, 2004.
- ³⁴ Braun-Grinfeder V. Suivi gynécologique des femmes en médecine générale : étude auprès de 345 patientes issues de 33 cabinets de médecine générale en Aquitaine. Thèse méd, Bordeaux II, Faculté de Médecine, 2005.
- ³⁵ Levasseur G. Les besoins de formation en gynécologie des médecins généralistes. Rapport final enquête gynéco. 20/01/2002
- ³⁶ Bulletin Officiel du Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche n°39 du 28 octobre 2004 relatif à la liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Arrêté du 22-9-2004 ; Journal Officiel du 6-10-2004. Consulté sur <http://www.education.gouv.fr/bo/2004/39/MENS0402086A.htm> le

10/07/2013

- ³⁷ Royer-Baranger L. Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire : enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS de mai à octobre 2010. Thèse med, Angers, Faculté de médecine, 2011.
- ³⁸ Carpeza E. Les gestes techniques gynécologiques en médecine générale à la Réunion : étude descriptive randomisée. Thèse med, Amiens, Faculté de médecine, 2006.
- ³⁹ Mauran N. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique : enquête auprès de médecins landais. Thèse méd, Bordeaux II, Faculté de médecine, 2006.
- ⁴⁰ David M, Perigois E. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Institut d'études de marchés et d'opinions BVA ; Paris ; Mai 2008 [en ligne]. Consulté sur http://www.fncgm.com/images/Enquetes/enquete_bva.pdf le 07/07/2013.
- ⁴¹ Chabrolle A, Robatel-Busi M-L. Quels sont les freins et les facilitateurs au suivi de grossesse normale par le médecin généraliste en Auvergne, du point de vue des femmes et des médecins généralistes ? Thèse méd, Clermont-Ferrand, Faculté de Médecine, 2012.
- ⁴² Megret V. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale. Thèse méd, Toulouse, Faculté de Médecine, 2010.
- ⁴³ Chevrier-Fatome C, Daniel C. Le système de santé en Angleterre, Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Rapport n° 2002 105 ; Juin 2002. Consulté sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000090/0000.pdf> le 03/07/2013.
- ⁴⁴ Chevrier-Fatome C. Le système de santé et d'assurance maladie aux Pays-Bas, Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Rapport n° 2002 070 ; Mai 2002. Consulté sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000475/0000.pdf> le 03/07/2013.
- ⁴⁵ Ruelle Y, Boivin JM. Rôle des MG européens dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et son impact sur l'efficacité du dépistage. Exercer 2009 ;85(suppl) :28S-9S
- ⁴⁶ ISNAR-IMG, Anesf. Organisation de la prise en charge de la santé de la femme : Soins de premier recours. Contribution commune. Octobre 2011.
- ⁴⁷ Château A, Bergous V. Médecin de famille, acteur d'avenir pour ses patientes dans le Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne ? Thèse méd, Clermont Ferrand, Faculté de Médecine, 2011.

- ⁴⁸ Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, ONDPS. Comptendu de l’Audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011 par le Ministère du Travail de l’Emploi et de la Santé.
- ⁴⁹ Sondage de l’Institut BVA / Ressenti des femmes à l’égard du suivi gynécologique / Mai 2008 [en ligne]. Consulté sur http://www.fncgm.com/images/Enquetes/enquete_bva.pdf le 07/07/2013.
- ⁵⁰ Dutaut E. Gynécologue : une profession en danger [en ligne]. Site consulté sur <http://www.ladepeche.fr/article/2008/12/13/507336-gynecologue-profession-en-danger.html> le 03/07/2013.
- ⁵¹ Holue C. Les généralistes jugés peu compétents en matière de suivi gynécologique. Article du 06 novembre 2008 [en ligne]. Site consulté sur http://www.apima.org/img_bronner/generalistes_et_suivi_gyneco.pdf le 03/07/13.
- ⁵² Cohen J, Maelenat P, Levy-Toledano R. Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir en France ? État des lieux et perspectives en 2020. Eska 2000 ; introduction. Consulté sur http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/co_intro3.htm#haut
- ⁵³ Les gynécologues médicaux contre les nouvelles missions confiées aux sages-femmes. Article du 19 mai 2011. Egora
- ⁵⁴ Les consultations en métropole. Les consultations en accès direct autorisé. ameli.fr. Consulté sur <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/les-consultations-en-acces-direct-autorise.php> le 03/07/2013.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire papier avec lettre d'accompagnement

Le 13 février 2013

Chère consœur, cher confrère,

Comme convenu par téléphone, je vous adresse, dans le cadre de ma thèse, le questionnaire ci-dessous. Je réalise cette thèse sous la direction du Dr Cécile RENOUX sur les **difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique de la gynécologie-obstétrique au cabinet** en Indre-et-Loire. Que vous fassiez des actes dans ce domaine ou non, vos réponses m'intéressent.

Aujourd'hui la démographie médicale pose question. La spécialité de gynécologie médicale devrait progressivement disparaître et les sages-femmes ont vu leurs compétences élargies. L'adaptation du système de soins est en cours et la connaissance du terrain est primordiale si nous voulons agir pour améliorer la prise en charge de la santé des femmes. Dans ce but, les conclusions de ce travail seront communiquées aux instances compétentes.

Toutes les données recueillies dans ce questionnaire seront gardées anonymes.

Le temps de réponse estimé est de 5 à 7 minutes.

Je vous remercie de renvoyer le questionnaire rempli grâce à l'enveloppe T ci-jointe.

Si vous avez des remarques supplémentaires ou si vous désirez recevoir les résultats de cette enquête, vous pouvez m'écrire à marie.brosset@gmail.com.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Cordialement,

Marie BROSSET, remplaçante en médecine générale

Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique de la gynécologie-obstétrique au cabinet en Indre-et-Loire

Questionnaire n°

1 - Vos conditions d'exercice

- 1.1) Vous êtes : Femme Homme
- 1.2) Vous avez : __ __ ans
- 1.3) Vous exercez : seul(e) en groupe
- 1.4) Vous exercez en zone :
- rurale semi-rurale urbaine
- 1.5) À combien de temps êtes-vous du service d'urgences gynéco-obstétricales le plus proche :
- moins de 15 minutes
- 15 à < 30 minutes
- 30 à < 45 minutes
- 45 minutes ou plus
- 1.6) À combien de temps êtes-vous du gynéco-obstétricien libéral ou hospitalier le plus proche :
- moins de 15 minutes
- 15 à < 30 minutes
- 30 à < 45 minutes
- 45 minutes ou plus
- 1.7) À combien de temps êtes-vous de la sage-femme libérale ou hospitalière la plus proche :
- moins de 15 minutes
- 15 à < 30 minutes
- 30 à < 45 minutes
- 45 minutes ou plus

2 - Votre formation en gynécologie-obstétrique

- 2.1) Avez-vous réalisé un stage de gynécologie-obstétrique durant votre internat ou résidanat ?
- oui non
- 2.2) Avez-vous effectué une formation universitaire complémentaire en gynécologie-obstétrique (Diplôme Inter-Universitaire...) ?
- oui non
- 2.3) Assistez-vous à d'autres formations ayant pour thème la gynécologie-obstétrique (soirées FMC, congrès, journées de gynéco, ...) ?
- oui non

3 - Votre pratique de la gynéco-obstétrique

3.1) À quelle fréquence réalisez-vous des actes en gynécologie ou obstétrique* ?

(*suivi de grossesse, contraception, prévention, ménopause, Infections Sexuellement Transmissibles,...)

- moins d'une fois par mois
- plusieurs fois par mois
- plusieurs fois par semaine
- tous les jours

3.2) Lorsqu'une patiente le nécessite, effectuez-vous vous-même la consultation de gynécologie ou obstétrique ?

(*suivi de grossesse, contraception, prévention, ménopause, Infections Sexuellement Transmissibles,...)

- toujours
- plus d'une fois sur deux
- moins d'une fois sur deux
- jamais (merci de préciser la raison : _____)

3.3) *Si avez répondu une autre chose que « toujours » à la question précédente*, à qui adressez-vous votre patiente le plus souvent : (1 seule réponse)

- à un gynécologue-obstétricien libéral
- à un gynécologue-obstétricien hospitalier
- au laboratoire d'analyse
- à une sage-femme

4 - Difficultés rencontrées devant la réalisation des actes de gynéco-obstétrique en médecine générale:

Une étude précédente a permis d'identifier la liste des freins suivants.

Dans votre pratique quotidienne, quel niveau de difficulté représente pour vous chacun des items suivants ? Cotez de 0 à 10 la difficulté en entourant le chiffre correspondant.

(0 = difficulté négligeable, 10 = difficulté majeure)

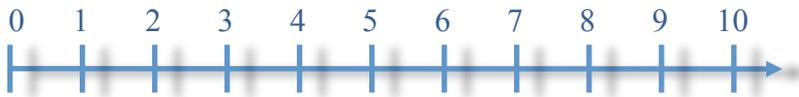
a) La formation initiale est insuffisante pour se sentir compétent



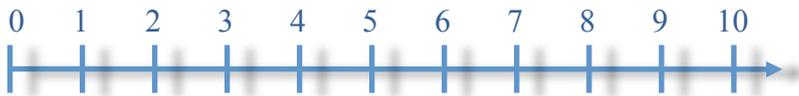
b) La formation continue est insuffisante (manque de mise à jour, de répétition des actes techniques ...)



c) Les patientes sont suivies par d'autres professionnels (gynéco-obstétriciens ou sages-femmes)



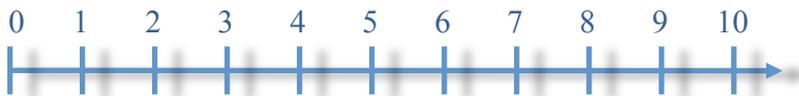
d) Les relations avec les gynécologues-obstétriciens et sages-femmes ne facilitent pas cet exercice (accessibilité, coordination, échanges)



e) Les patientes méconnaissent les compétences des généralistes



f) Les patientes sont réticentes à aborder les problèmes gynéco-obstétricaux avec leur généraliste (pudeur, peur, médecin homme, patiente jeune, secret vis-à-vis des parents ...)



g) Ce type de consultation génère pour vous un inconfort, de la gêne (intimité), de la crainte (risque de complications liées aux gestes techniques, de problème juridiques)



h) La présence d'accompagnants (mari, parents, enfants) est gênante pour la consultation



i) Le matériel nécessaire est trop coûteux et/ou prend trop de place (spéculums, matériel de stérilisation, divan d'examen adapté, lampe, kits de prélèvement, ...)



j) Le rapport rémunération de ces consultations / temps pris et matériel utilisé est défavorable



5 – Le frein principal

Quelle est la difficulté la plus grande pour vous de façon générale ?

a b c d e f g h i j

6 - Solutions - Remarques - Espace libre

6.1 - Quelles solutions pourraient vous aider à surmonter ces difficultés ?

6.2 - Commentaires libres

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION
Marie BROSSET

Annexe 2 : Questionnaire web sur Limesurvey

Thèse - Marie BROSSET - Les difficultés rencontrées par les méd...

<http://these.marie.brosset.com/index.php/admin/printablesurvey/sa...>

Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique de la gynécologie-obstétrique au cabinet en Indre-et-Loire

Chère consœur, cher confrère,

Je réalise cette thèse sous la direction du Dr Cécile RENOUX sur les **difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique de la gynécologie-obstétrique au cabinet** en Indre-et-Loire. Que vous fassiez des actes dans ce domaine ou non, vos réponses m'intéressent.

Aujourd'hui la démographie médicale pose question. La spécialité de gynécologie médicale devrait progressivement disparaître et les sages-femmes ont vu leurs compétences élargies. L'adaptation du système de soins est alors en cours et la connaissance du terrain est primordiale si nous voulons agir pour améliorer la prise en charge de la santé des femmes. Dans ce but, les conclusions de ce travail seront communiquées aux instances compétentes.

Toutes les données recueillies dans ce questionnaire seront gardées anonymes.

Le temps de réponse estimé est de **5 à 7 minutes**. En cas de message d'erreur pendant le remplissage du questionnaire, revenez en arrière, vérifiez le bon remplissage des réponses et validez à nouveau.

Si vous avez des remarques supplémentaires ou si vous désirez recevoir les résultats de cette enquête, vous pouvez m'écrire à marie.brosset@gmail.com.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Cordialement,

Marie BROSSET, remplaçante en médecine générale

Il y a 17 questions dans ce questionnaire

Vos conditions d'exercice

1 [11 genre]Vous êtes de sexe: *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
 Masculin

2 [12 Age]Quel âge avez-vous ? *

Chaque entrée doit être entre 20 et 70

Veillez écrire votre réponse ici :

ans

3 [13 seul gr]Vous exercez : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Seul(e)
 En groupe

4 [14 zone]Vous exercez en zone : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- rurale
 semi-rurale
 urbaine

5 [15 tps urg]À combien de temps êtes-vous du service d'urgences gynéco-obstétricales le plus proche ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- moins de 15 minutes
 15 à < 30 minutes
 30 à < 45 minutes
 45 minutes ou plus

6 [16 tps GO]À combien de temps êtes-vous du gynéco-obstétricien libéral ou hospitalier le plus proche ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- moins de 15 minutes
 15 à < 30 minutes
 30 à < 45 minutes
 45 minutes ou plus

7 [17 tps SF]À combien de temps êtes-vous de la sage-femme libérale ou

hospitalière la plus proche ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- moins de 15 minutes
- 15 à < 30 minutes
- 30 à < 45 minutes
- 45 minutes ou plus

Votre formation en gynécologie-obstétrique

8 [21 form stage]

Avez-vous réalisé un stage de gynécologie-obstétrique durant votre internat ou résidanat ?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

9 [22 form univ]Avez-vous effectué une formation universitaire complémentaire en gynécologie-obstétrique (Diplôme Inter-Universitaire, ...) ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

10 [23 form div]

Assistez-vous à d'autres formations ayant pour thème la gynécologie-obstétrique (soirées FMC, congrès, journées de gynéco, ...) ?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Votre pratique de la gynéco-obstétrique

11 [31 freq GO]

À quelle fréquence réalisez-vous des actes en gynécologie ou obstétrique* ?

*(*suivi de grossesse, contraception, prévention, ménopause, Infections Sexuellement Transmissibles, ...)*

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- moins d'une fois par mois
- plusieurs fois par mois
- plusieurs fois par semaine
- tous les jours

12 [32 cs GO]

Lorsqu'une patiente le nécessite, effectuez-vous vous-même la consultation de gynécologie ou obstétrique ?

*(*suivi de grossesse, contraception, prévention, ménopause, Infections Sexuellement Transmissibles, ...) **

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- toujours
- plus d'une fois sur deux
- moins d'une fois sur deux
- jamais (merci de préciser la raison:)

13 [33 adressage]À qui adressez-vous votre patiente le plus souvent : (1 seule réponse possible)

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° ((32 cs GO.NAOK != "1"))

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- à un gynécologue-obstétricien libéral
- à un gynécologue-obstétricien hospitalier
- au laboratoire d'analyse
- à une sage-femme

Difficultés rencontrées devant la réalisation des actes de gynéco-obstétrique en médecine générale

14 [41 à 410]

Une étude précédente a permis d'identifier la liste des freins suivants.

Dans votre pratique, quel niveau de difficulté représente pour vous chacun des items suivants ?

Cotez chaque item de 0 à 10 : 0 = difficulté négligeable, 10 = difficulté majeure.

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° 10

Veuillez sélectionner 10 réponses

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| La formation initiale est insuffisante pour se sentir compétent | <input type="radio"/> |
| La formation continue est insuffisante (manque de mise à jour, de répétition des actes techniques ...) | <input type="radio"/> |
| Les patientes sont suivies par d'autres professionnels (gynéco-obstétriciens ou sages-femmes) | <input type="radio"/> |
| Les relations avec les gynécologues-obstétriciens et sages-femmes ne facilitent pas cet exercice (accessibilité, coordination, échanges) | <input type="radio"/> |
| Les patientes méconnaissent les compétences des généralistes | <input type="radio"/> |
| Les patientes sont réticentes à aborder les problèmes gynéco-obstétricaux avec leur généraliste (pudeur, peur, médecin homme, patiente jeune, secret vis-à-vis des parents ...) | <input type="radio"/> |
| Ce type de consultation génère pour vous un inconfort, de la gêne (intimité), de la crainte (risque de complications liées aux gestes techniques, de problème juridiques) | <input type="radio"/> |
| La présence d'accompagnants (mari, parents, enfants) est gênante pour la consultation | <input type="radio"/> |
| Le matériel nécessaire est trop coûteux et/ou prend trop de place (spéculums, matériel de stérilisation, divan d'examen) | <input type="radio"/> |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| adapté, lampe, kits de prélèvement, ...) | | | | | | | | | | | |
| Le rapport rémunération de ces consultations / temps pris et matériel utilisé est défavorable | <input type="radio"/> |

Le frein principal

15 [51 frein ppal]Quelle est la difficulté la plus grande pour vous de façon générale ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- La **formation initiale** est insuffisante pour se sentir compétent.
- La **formation continue** est insuffisante
- Les **patientes** sont **suivies par d'autres** professionnels
- Les **relations avec les gynécologues-obstétriciens et sage-femmes** ne facilitent pas cet exercice
- Les **patientes méconnaissent les compétences** des généralistes
- Les **patientes** sont **réticentes** à aborder les problèmes gynéco-obstétricaux avec leur généraliste
- Ce type de **consultation génère** pour vous un **inconfort, de la gêne, de la crainte**
- La **présence d'accompagnants** est gênante pour la consultation
- Le **matériel** nécessaire est trop coûteux et/ou prend trop de place
- Le rapport **rémunération** de ces consultations / temps pris et matériel utilisé est défavorable

Solutions - Remarques - Espace libre

16 [61]Quelles solutions pourraient vous aider à surmonter ces difficultés ?

Veillez écrire votre réponse ici :

17 [62 libre]Commentaires libres

Veillez écrire votre réponse ici :

10 sur 12

14/02/13 01:22

11 sur 12

14/02/13 01:22

Je vous remercie beaucoup pour votre contribution.

Vos réponses ont été enregistrées et anonymisées.

Marie BROSSET

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 3 : Mail d'invitation à participer au questionnaire généré par Limesurvey

Mail invitation à répondre au questionnaire

Cher(e) Docteur {LASTNAME}

Comme convenu par téléphone, voici l'invitation à répondre au questionnaire pour ma thèse sur les freins à l'exercice de la gynécologie-obstétrique en médecine générale.

Cela vous prendra **moins de 7 minutes** pour répondre à ce questionnaire.

Le questionnaire est intitulé : "Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique de la gynécologie-obstétrique au cabinet en Indre-et-Loire" ""

Pour participer, veuillez cliquer sur le lien suivant :
{SURVEYURL}.

Merci beaucoup pour votre aide!

Cordialement,

Marie Brosset (marie.brosset@gmail.com)

Si vous ne souhaitez pas participer à ce questionnaire et ne souhaitez plus recevoir aucune invitation, veuillez cliquer sur le lien suivant : {OPTOUTURL}

Annexe 4 : Mail d'information envoyé en parallèle par la boîte mail privée pour informer du risque de spam

Mail envoyé à tous les destinataires mail pour vérifier l'adresse mail et éviter que le mail généré par limesurvey ne tombe dans les spams de façon inaperçue

Bonjour,

Comme convenu par téléphone aujourd'hui, vous allez recevoir dans un prochain mail les informations ainsi que le lien pour remplir le questionnaire de ma thèse.

Celle-ci porte sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique de la gynécologie-obstétrique au cabinet.

Il est possible que ce mail atterrisse dans vos spams si vous ne le trouvez pas dans votre boîte de réception.

Je vous remercie pour votre collaboration,

Cordialement,

Marie Brosset

Annexe 5 : Mail de rappel envoyé par Limesurvey de façon automatique à tous les non-répondants

Rappel pour participer à un questionnaire

1 message

Marie BROSSET <marie.brosset@gmail.com>
Reply-To: Marie BROSSET <marie.brosset@gmail.com>
To: marie Brosset <marie.brosset@gmail.com>

Fri, Apr 5, 2013 at 9:48 AM

Cher(e) Docteur marie Brosset,

Vous avez été récemment invité à participer à mon questionnaire intitulé : "Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique de la gynécologie-obstétrique au cabinet en Indre-et-Loire".

Nous avons pris en compte que vous n'avez pas encore complété le questionnaire, et nous vous rappelons que celui-ci est toujours disponible si vous souhaitez participer.

Pour participer, veuillez cliquer sur le lien suivant :

<http://these.marie.brosset.com/index.php/survey/index/sid/872698/token/h7xkjqae2gpmj4/lang/fr>.

Je vous remercie d'avance pour votre contribution.

Cordialement,

Marie BROSSET (marie.brosset@gmail.com)

Si vous ne souhaitez pas participer à ce questionnaire et ne souhaitez plus recevoir aucune invitation, veuillez cliquer sur le lien suivant : <http://these.marie.brosset.com/index.php/optout/tokens/langcode/fr/surveyid/872698/token/h7xkjqae2gpmj4>

Annexe 6 : Répartition des médecins en fonction des temps d'éloignement des autres professionnels

| Temps | Urgences | Gynéco-obstétriciens | Sages-femmes |
|----------|----------|----------------------|--------------|
| <15 mn | 71 | 89 | 111 |
| 15-30 mn | 60 | 55 | 40 |
| 30-45 mn | 27 | 16 | 9 |
| >45 mn | 2 | 0 | 2 |

**Annexe 7 : Comparaison des freins 2 à 2 - résultats des comparaison significatives
(p<0,05) selon un T-test de Student**

| Freins comparés | Freins comparés | Différence | LIC | LSC | P-value |
|------------------------|------------------------|-------------------|------------|------------|----------------|
| 45 | 47 | 3.277397 | 2.64117 | 3.913620 | <.0001 |
| 45 | 49 | 3.234826 | 2.59961 | 3.870045 | <.0001 |
| 43 | 47 | 3.014576 | 2.37835 | 3.650799 | <.0001 |
| 43 | 49 | 2.972006 | 2.33679 | 3.607225 | <.0001 |
| 410 | 47 | 2.758166 | 2.12194 | 3.394389 | <.0001 |
| 410 | 49 | 2.715596 | 2.08038 | 3.350815 | <.0001 |
| 45 | 44 | 2.213702 | 1.57748 | 2.849926 | <.0001 |
| 42 | 47 | 1.960292 | 1.32609 | 2.594492 | <.0001 |
| 43 | 44 | 1.950882 | 1.31466 | 2.587105 | <.0001 |
| 42 | 49 | 1.917722 | 1.28453 | 2.550914 | <.0001 |
| 41 | 47 | 1.789809 | 1.15460 | 2.425015 | <.0001 |
| 45 | 48 | 1.772801 | 1.13758 | 2.408020 | <.0001 |
| 41 | 49 | 1.747239 | 1.11304 | 2.381439 | <.0001 |
| 410 | 44 | 1.694472 | 1.05825 | 2.330695 | <.0001 |
| 45 | 46 | 1.665206 | 1.02999 | 2.300425 | <.0001 |
| 46 | 47 | 1.612191 | 0.97799 | 2.246391 | <.0001 |
| 46 | 49 | 1.569620 | 0.93643 | 2.202813 | <.0001 |
| 43 | 48 | 1.509981 | 0.87476 | 2.145199 | <.0001 |
| 48 | 47 | 1.504596 | 0.87040 | 2.138796 | <.0001 |
| 45 | 41 | 1.487588 | 0.85136 | 2.123811 | <.0001 |
| 48 | 49 | 1.462025 | 0.82883 | 2.095218 | <.0001 |
| 43 | 46 | 1.402386 | 0.76717 | 2.037605 | <.0001 |
| 45 | 42 | 1.317105 | 0.68189 | 1.952324 | <.0001 |
| 410 | 48 | 1.253570 | 0.61835 | 1.888789 | 0.0001 |
| 43 | 41 | 1.224767 | 0.58854 | 1.860990 | 0.0002 |
| 410 | 46 | 1.145975 | 0.51076 | 1.781194 | 0.0004 |
| 44 | 47 | 1.063694 | 0.42849 | 1.698900 | 0.0010 |
| 43 | 42 | 1.054284 | 0.41907 | 1.689503 | 0.0012 |
| 44 | 49 | 1.021124 | 0.38692 | 1.655324 | 0.0016 |
| 410 | 41 | 0.968357 | 0.33213 | 1.604580 | 0.0029 |
| 42 | 44 | 0.896598 | 0.26240 | 1.530798 | 0.0056 |
| 410 | 42 | 0.797874 | 0.16266 | 1.433093 | 0.0139 |
| 41 | 44 | 0.726115 | 0.09091 | 1.361321 | 0.0251 |

Annexe 8 : Analyse thématique de contenu de la question 61- « Solutions proposées »

1) Concernant les compétences

a) Info des patientes (par les Autorités) sur les compétences en GO des MG

1. Informier les patientes sur les compétences des MG en GO

- 8- information des femmes
- 9- Ne pourrait on pas plus communiquer sur les compétences des généralistes ?
- 15- Informer les patientes de la compétence des MG pour le suivi gynéco simple (contraception, grossesse, ménopause, MST, ...)
- 23- Meilleures informations de la population féminine
- 67- Information sur nos compétences en la matière.
- 78- information au grand public sur les possibilités d'acte par le généraliste ou au sein d'un cabinet de groupe. Les femmes ne doivent pas voir le généraliste par défaut de gynécologues .
- 90- informer les patientes de la compétence de leur médecin.
- 103- 1/information des patientes sur compétence du MG
- 169- 2 Inciter les femmes à consulter leurs généralistes

2. Informier des compétences du MG en comparaison avec les spécialistes

- 29- rééquilibrée la position du généraliste par rapport au spécialiste dans la tête des patientes et des médias (merci le MLF et les journalistes de presse féminine), ce qui n'est pas pour demain vu que tout tend vers l'hyperspécialisation
- 36- apporter une meilleure information sur les compétences des médecins généralistes par rapport à celles des spécialistes.
- 42- améliorer (...) la confiance des femmes dans leur généraliste dans ce domaine

3. Message par les autorités ou campagnes médiatiques

- 4- en rappelant par les autorités (ministère de la santé, ordre des médecins)la compétence de ces derniers.....
- 19- la campagne de prévention avec courrier pour réalisation du frottis a remotivé certaines patientes ...rappels des campagnes médiatiques du style votre médecin traitant peut aussi prendre en charge certains gestes gynéco, une campagne du style votre médecin traitant sait prendre en charge la contraception ,...parlez en avec lui
- 88- Campagne de promotion des actes techniques simples chez le généraliste.
- 97- replacer médiatiquement le généraliste comme le MEDECIN de premier recours
- 167- Plusieurs sources > médias, vulgarisation médicale > population médicale

4. Eviter/arrêter la désinformation

- 20- Eviter que les media répètent à longueur de journée que les femmes doivent être suivies par LE MEDECIN DE LA FEMME c'est à dire le gynécologue ! nous avons les mêmes soucis avec les enfants suivis par les PEDIATRES !! bientôt on nous enlèvera les personnes âgées qui seront suivies par les gériatres ... etc, mais malheureusement les généralistes seront toujours appelés le vendredi soir vers 19h00 pour prendre en charge l'otite du petit enfant, la mycose vaginale de la dame ... d'ici quelques années les médecins généralistes n'existeront plus !!!
- 22- arrêt du dénigrement systématique des généralistes dans maints domaines notamment pas les médias ; arrêt de la désinformation par les médias dans les thèmes gynéco obstétricaux.
- 39- Les medias devraient arrêter de dire adressez vous à votre gynécologue pour tout problème gynécologique ou obstétrical
- 129- manque d'information des patientes sur nos capacités en gynéco obstétriques (journaux féminins désinformatifs)
- 158- (...)Ma seule difficulté est l'idée reçue que la meilleure adresse pour un suivi gynéco physiologique, c'est une gynécologue est c'est aujourd'hui inaccessible et faux.

b) Info des patientes par le MG lui-même / organisation temps de travail

1. Information des patientes par le MG sur ses compétences

- 11- Par contre je me propose toujours de suivre les grossesses
- 13- informer plus les femmes sur les compétences, exemple: suivi de grossesse, souvent prise de rdv avec moi des que le test est positif avec déjà un rdv pris avec le gynéco pour deux moi après (= un peu de frustration) ou alors suivi par un gynéco avec lequel elle ne pose aucunes questions puis viennent me voir le lendemain avec toutes les questions
- 68- il faut faire la promotion de ses compétences en gynécologie obstétrique chaque fois que possible auprès de toutes les femmes
- 72- (...)De même pour le repérage des patiente sans suivi pour, au moins, leur proposer un suivi et les informer
- 108- 1) SI LA PATIENTE EST SUIVIE- JE ME METS EN RAPPORT AVEC SA(SON) GYNECO
- 2) J'INFORME LA PATIENTE , si elle n'est PAS suivie il faut qu'elle le soit:
 - a- elle peut l'être par moi si elle le désire (par ex patiente préférant avoir un frottis par son médecin traitant que par 1 gynéco qu'elle ne connaîtra pas)
 - b- elle peut préférer avoir 1 ou UNE gynéco dans ce cas je l'oriente
- SINON il n'y a pas de REELLE difficulté- il suffit de communiquer (PRIVÉ-PUBLIC-PATIENTES-MÉD-TRAITANT...)

2. Informer les patientes dans la salle d'attente

- 98- possibilité d'affichage dans la salle d'attente pour informer les patientes
- 149- informer - c'est fait dans ma salle d'attente

3. Organisation du temps de travail du MG nécessaire

- 43- Etre prévenue par mes patientes du caractère gynéco de la consultation pour dégager du temps
- 89- prendre en compte le temps passé lors d'une consultation gynéco
- 107- Aucune solution extérieure - Dialogue + confiance+ compétence
- 159- Création de consultations spécifiques avec honoraires majorés

c) Reconnaissance des compétences, notamment par les autres professionnels

- 27- Reconnaissance de la compétence des généralistes qui sont intéressés par l'exercice de la gynéco obstétrique et qui se forment à cela
- 30- 1. Les gynéco-obstétriciens hospitaliers doivent accepter le suivi "ordinaire" de gynéco et obstétrique par les M.G. en cas de grossesse sans risque(s) durant les 1ers mois, et de patientes sans ATCD gynéco lourds.
- 36- apporter une meilleure information sur les compétences des médecins généralistes par rapport à celles des spécialistes.
- 41- Supprimer la "pseudo" compétence des gynécologues MEDICAUX qui n'ont pas de compétence supérieure à un médecin généraliste formé A ne pas confondre avec des gynécologues chirurgicaux - obstétriciens. Sur Tours quasiment tous pour ne pas dire tous les gynécologues MEDICAUX ne font pas d'accouchements
- 46- les gynéco-obs pourraient informer et renvoyer leurs patientes pour les actes courants de gynéco (frottis stérilet ...) vers le généraliste ça motiverait le généraliste pour répondre à la demande des patientes et les encouragerait vers des formations si possible pratiques et courtes avec à la clef une revalorisation de la profession .
- 70- proposer aux femmes à la sortie de la maternité ou d'une consult ou hospitalisation de revoir leur médecin traitant ou un gynécologue au lieu de ne citer que le gynécologue!
- 88- (...)définir au mieux les niveaux de compétence entre MG et Spé
- 158- (...)Ma seule difficulté est l'idée reçue que la meilleure adresse pour un suivi gynéco physiologique, c'est une gynécologue est c'est aujourd'hui inaccessible et faux.
- 169- 1 Remettre le généraliste à sa juste place et ne pas nier ses compétences

2) Rémunération : Revaloriser les honoraires

a) Revaloriser les honoraires pour la GO de façon générale

7- REVALORISER LES HONORAIRES DES ACTES DE GYNECOLOGIE

30- (...) 3. Il faut revaloriser les actes CCAM concernant FCV, Nexplanon, suivi de grossesse, consultation 4ème mois.

32- réévaluation financière des actes gynéco

38- une meilleure rémunération pour l'acte gynécologique

40- cotation spécifique de l'acte de consultation de gynécologie obstétrique

49- Mieux rémunérer les actes de gynécologie (même tarif que les gynécologues de ville)

90- augmenter la rémunération des actes en gynécologue-obstétrique.

92- reconnaissance tarifaire

100- amélioration de la cotation de l'acte qui en général est fait au milieu d'une foule d'autres demandes....

103 - 2/meilleure rémunération de la C de gynécologie (en cours avec cotation du frottis à 50%...)

112- meilleur cotation des actes

122- + revalorisations des actes = l'item J est majeur (je "perd" de l'argent à faire de la gynéco !) cela devient un acte militant en rural !!!

125- rémunération spécifique

130- une augmentation du C

141- Une rémunération spécifique pour les actes gynécologiques

159- Création de consultations spécifiques avec honoraires majorés

b) Revaloriser l'acte car consultations chronophages ou qui nécessitent du matériel

37- Mettre en place une cotation d'actes qui permettrait au médecin de s'équiper en matériel et d'obtenir une rémunération en fonction du temps passé et d'éventuels actes techniques pratiqués.

48- *une cotation correcte des actes serait la bienvenue : +4.82€ pour un frottis seulement si >3ans) : ça veut dire que lorsqu'on fait un examen gynéco en dehors de ce contexte ce n'est pas coté

*suivi de grossesse non coté et pourtant c'est 40 mn la consultation (les gynéco font bcp moins mais les femmes reviennent avec leurs questions sans réponse)

*l'instauration d'un THS ou d'une contraception c'est long si on veut donner les explications nécessaires

*un forfait qui pourrait au minimum couvrir le prix du spéculum jetable serait INDISPENSABLE avec une C à 23€

50- majoration de CS initiale de grossesse (cf. temps passé), cotation de la pose d'implant(cf. acte technique non coté)

95- consultations très chronophages, en tant que généraliste on ne peut coter qu' 1 C ou éventuellement les 4.82 euros de plus pour le frottis ce qui prend à peine en charge le cout du matériel utilisé. donc meilleures rémunérations

111- rémunération correcte par rapport au temps passé

115- revalorisation de la cs gynéco permettant d'y consacrer plus de temps

118- revaloriser la consult gynéco obst et les actes techniques associés -> réinvestissement un temps/formation/équipement -> réappropriation de la gynéco obst dans l'exercice de la MG

148- Les suivis de grossesse et les FCV sont des consultations chronophages. La rémunération ne suit pas.

c) Revaloriser les honoraires pour revaloriser l'exercice du MG

174- reconnaissance de la formation DU Gynéco obstétrique par une revalorisation de nos C gynéco en C spécialiste. Rémunération non dans un but immédiatement pécunier mais qui permettrait de valoriser des Consultations emboligènes en temps (suivi de grossesse , suivi de mode de contraception , ...) pour lesquelles les patientes sont toujours étonnées de ne donner que 23Euros!!!

3) Système de soins – Relations interprofessionnelles

a) Réorganisation du système de soins

1. MG pilier du système

10- La première chose est la reconnaissance d'un rôle moteur et non "bouche trou devant la carence" du système libéral. (Le "MG pilier du système de santé du patient" vanté par les textes des années 80 s'avère être en fait un simple pivot fait pour recevoir les compte rendus de la "vraie médecine faite par les spécialistes confortés par les plateaux techniques sans cesse plus envahissants" (interprétation perso).

97- replacer médiatiquement le généraliste comme le MEDECIN de premier recours

2. Parcours de soins – définition des rôles de chaque professionnel

14- Mettre en place un vrai parcours de soins

34- Une meilleure délimitation (et connaissance) des champs d'action entre :

-Sages-femmes,

-Gynécos,

- et médecins généralistes

82- ne pas avoir d'autres recours (biologiste ou sage femme pour les fcv, gynéco pour palpation mammaire par exemple) m'obligerait à m'imposer pour ces examens de prévention

88- (...)définir au mieux les niveaux de compétence entre MG et Spé

94- on ne voit les patientes que lorsque le gynéco ne peut les recevoir. En général, s'il y a urgence et on gère avec les hospitaliers, et on s'en sort; donc nous ne sommes pas si incompetents...(...) Une solution serait de limiter l'accès aux soins directs pour la gynéco ou au moins pour les FRT dont les gynécos embolisent leurs consults si bien qu'on ne peut même pas leur envoyer leurs propres patients!!

104 Meilleure coordination avec gynéco libérale (qui devrait prendre en charge les patientes ayant une prise en charge particulière et le suivi classique réalisé par les généralistes)

169- 2 Inciter les femmes à consulter leurs généralistes

3 Réserver les spécialistes pour les problèmes de chirurgie et dans le cadre de la surveillance obstétricale complexe

3. Supprimer la gynécologie médicale de ville

38- la disparition des gynécologues de ville

41- Supprimer la "pseudo" compétence des gynécologues MEDICAUX qui n'ont pas de compétence supérieure à un médecin généraliste formé

71- la disparition progressive des gynécos non chirurgiens ,qui ne font en fait que de la médecine générale

77- promouvoir la gynécologie obstétrique, supprimer la gynécologie médicale parfaitement inutile ne nécessitant pratiquement pas de connaissances et qui doit rejoindre uniquement les compétences soit d'un endocrinologue soit d'un médecin généraliste

b) Plus de travail en réseau (avec des collègues qui font de la GO)

11- Je travaille en association avec ma femme qui a une formation suffisante. La solution est donc trouvée pour moi depuis longtemps: je lui adresse mes patientes pour les suivies gynécologique (frottis...).

12- De manière plus générale, le travail en réseau avec les sages femmes +/- gynécologues libéraux me permet de régler la plupart des problèmes du quotidien et mes patientes ne sont finalement guère demandeuses (certainement en réponse à mes conduites d'évitement)

46- les gynéco-obs pourraient informer et renvoyer leurs patientes pour les actes courants de gynéco (frottis stérilet ...) vers le généraliste, ça motiverait le généraliste pour répondre à la demande des patientes

60- Renforcement (création?) de la coordination ville/hôpital notamment dans les suivis de grossesse.

65- je n'ai pas besoin de solution, car il n'y a pas de problème : je suis associé à ma femme qui gère la totalité du suivi gynéco obstétrical, par conséquent je me suis désinvesti de cette activité et comme moins on en fait et moins on sait faire, je transferts pratiquement systématiquement cette activité à ma femme, et tout le monde s'y retrouve : moi, car c'est une activité qui ne m'intéresse plus et pour laquelle je ne suis plus à l'aise, et les patientes qui sont contentes d'avoir un médecin généraliste dont la gynéco obstétrique est la principale activité et pour laquelle elle continue à se former

- 70- proposer aux femmes à la sortie de la maternité ou d'une consult ou hospitalisation de revoir leur médecin traitant ou un gynécologue au lieu de ne citer que le gynécologue!
- 72- La mise en place réelle d'un dossier médical "gynécologique" (mais aussi général) permettant de suivre le suivi, les actes de prévention, la contraception, etc...et qui rende simple la coordination gynéco-médecin généraliste. De même pour le repérage des patiente sans suivi pour, au moins, leur proposer un suivi et les informer
- 77- améliorer le réseau médecin généraliste/sages-femmes actuellement inexistant
- 81- mise en place d'un réseau ville-hôpital efficace en gynéco obstétrique
- 104 Meilleure coordination avec gynéco libérale (qui devrait prendre en charge les patientes ayant une prise en charge particulière et le suivi classique réalisé par les généralistes)
- 144- Quand je ressens une difficulté possible (réticence) j'oriente vers une consoeur (généraliste ou spécialiste)
- 152- Plus de sages-femmes libérales
- 161- il n y a pas de difficulté particulière. Les patientes désirant être suivies au cabinet le sont avec consultation de confrères spécialises si nécessaire.
- 166- Je n'ai pas vraiment de difficulté à suivre 1 patiente (grossesse, contraception...). Je fais faire les frottis par 1 laboratoire.
- 167- Dossier médical partagé- Plusieurs prescripteurs > plusieurs avis

c) Travailler sur le rapprochement de l'image de la MG par rapport aux autres spé

- 10- Aplanir le différentiel d'image, de qualité de vie, de rémunération, cotisations, avantages sociaux (niveau et âge de la retraite... par exemple) ... entre pratique pseudo libérale et pratique salariée (y compris fonction publique) me semble un objectif qui aurait déjà dû être atteint en douceur, sans opposer les vieux aux jeunes, les spécialistes aux généralistes, les hôpitaux aux cliniques...
- 29- rééquilibrée la position du généraliste par rapport au spécialiste dans la tête des patientes et des médias (merci le MLF et les journalistes de presse féminine), ce qui n'est pas pour demain vu que tout tend vers l'hyperspécialisation
- 41- Supprimer la "pseudo" compétence des gynécologues MEDICAUX qui n'ont pas de compétence supérieure à un médecin généraliste formé. A ne pas confondre avec des gynécologues chirurgicaux - obstétriciens. Sur Tours quasiment tous pour ne pas dire tous les gynécologues MEDICAUX ne font pas d'accouchements
- 46- les gynéco-obs pourraient informer et renvoyer leurs patientes pour les actes courants de gynéco (frottis stérilet ...) vers le généraliste : ça motiverait le généraliste pour répondre à la demande des patientes et les encouragerait vers des formations si possible pratiques et courtes avec à la clef une revalorisation de la profession .
- 158- (...)Ma seule difficulté est l'idée reçue que la meilleure adresse pour un suivi gynéco physiologique, c'est une gynécologue est c'est aujourd'hui inaccessible et faux.

4) Formation

a) Plus de/Meilleure FMI

- 24- augmenter la participation des étudiants en médecine à la surveillance des grossesses, la réalisation des gestes de pratique courante de gynécologie, aux accouchements, aux suivis de postpartum
- 30- 2. Il faut sensibiliser les internes en M.G. aux gestes gynéco-obs. dans le cadre des stages chez les M.G. (qui en font).
- 60- Formation initiale insistant sur la pratique des actes de gynécologie obstétrique faisables en cabinet de ville (apprentissage des frottis, pose d'un DIU, implants.....)
- 84- amélioration de la qualité de stage en temps qu'interne plutôt gynécologie médicale que urgences de gynécologie où j'ai appris à faire des échos mais pas à poser de stérilet.....
- 142- Stage obligatoire en gynéco-obstétrique lors du cursus
- 158- Me concernant, très peu. Ma "NON FORMATION" INITIALE en gynéco-obstétrique m'ayant poussé à chercher coûte que coûte une formation complémentaire en gynéco suffisante à mon statut de généraliste, j'ai rencontré l'orthogénie ___ où je travaille 3 1/2 journées par semaine et a fini par faire de moi un MG à compétence gynécologique.
- 176- Plus de stages protégés dans le cursus universitaire

b) Plus de FMC

- 4- FMC gynéco des généralistes
- 9- peut être plus de formation continue??
- 9- Et possibilité de suivre les formations sans être rémunéré même si on a dépassé les fameuses 8 demi journées (ce qui fait peu !!!)
- 18- Une formation intensive
- 26- Des journées de FMC de gynécologie pour les médecins généralistes telles qu'elles existaient par le passé seraient utiles (sur le modèle des journées de pédiatrie)
- 81- participer à davantage de formation continue
- 83- augmenter les FMC sur le sujet
- 89- formation plus pratique et fréquente
- 99- être à jour des connaissances sur les ttt hormonaux adaptés et fiables!! (THS, pilule...) pour avoir un discours cohérent!
- 105- Une formation complémentaire de bonne qualité et régulière
- 111- remise à niveau indispensable
- 121- suivre une formation
- 122- + de FMC dédiées localement à notre actualisation des connaissances
- 147- manque de formation - oubli des connaissances
- 150- + FMC adaptée
- 152- C'est à moi d'augmenter ma compétence - formation...!
- 158- Me concernant, très peu. Ma "NON FORMATION" INITIALE en gynéco-obstétrique m'ayant poussé à chercher coûte que coûte une formation complémentaire en gynéco suffisante à mon statut de généraliste, j'ai rencontré l'orthogénie___ où je travaille 3 1/2 journées par semaine et a fini par faire de moi un MG à compétence gynécologique.
- 165- FPC (mais peu de temps disponible...)
- 173- Il faut faire de la FMC tout azimut

c) Meilleure Formation (FMC...)

- 12- FMC crédible-, avec pratique++ et surtout compatible avec les horaires de fonctionnement d'un cabinet.
- 26- Des journées de FMC de gynécologie pour les médecins généralistes telles qu'elles existaient par le passé seraient utiles (sur le modèle des journées de pédiatrie)
- 32- amélioration de la formation
- 42- améliorer la formation des médecins
- 51- avoir des FMC plus orientées et plus techniques
- 90- amélioration la formation médicale continue en gynécologue-obstétrique
- 105- Une formation complémentaire de bonne qualité et régulière
- 113- ateliers pratiques et formations courtes ciblées
- 117- renouvellement des enseignements post universitaire de gynéco obst pour MG (cf. il y a quelques années le travail entrepris par le Pr Lansac)
- 150- + FMC adaptée
- 151- meilleure formation

d) Plus de formation pratique

- 9- Il serait peut être souhaitable d'avoir des ateliers de pratique (je pense à la pose de stérilets que je ne fais pas faute de maîtrise) et la pose d'implant Formation obligatoire pour l'assurance sur ...internet !!!
- 12- FMC crédible-, avec pratique++
- 51- avoir des FMC plus orientées et plus techniques
- 89- formation plus pratique et fréquente
- 104- Formation pour les gestes techniques
- 113- ateliers pratiques et formations courtes ciblées
- 170- N'ayant pas eu de stage en gynéco post internat, j'ai pu suivre pendant un an au rythme de deux après-midi par semaine, les consultations de 2 spécialistes au CHU c'était très enrichissant (pratique). A développer !
- 171- Plus de stage de FMC pratiques (concrètes, horaires et lieux adaptés)
- 175- faire un stage en gynéco obstétrique sur mon temps libre par exemple 1 matinée par semaine sur 1 année

e) Plus de formation universitaire

5- refaire une formation ou un DU universitaire !

f) Plus de pratique

4- une pratique plus régulière des actes gynécologiques par les généralistes (comme avant l'apparition des gynécologues) à rapprocher de la pédiatrie avant l'apparition des pédiatres ...

12- Me sentant plutôt peu compétent dans ce domaine, je sous traite largement, ce qui ne va guère dans le sens d'une amélioration des pratiques..

94- on ne voit les patientes que lorsque le gynéco ne peut les recevoir.

(...)...MAIS ON NE PEUT PAS DEVENIR VRAIMENT COMPETENTS SI ON N'EN FAIT PAS ASSEZ
CAR ON NE PEUT METTRE EN APPLICATION CE QU'ON APPREND EN FMC. (...)

5) Exercice pratique et organisation du cabinet

a) Amélioration des logiciels métiers pour gestion de cotation

28- exemple concret le tarif consult + frottis est passé à C:23 E + 4.82 qui correspond à un code CCAM non encore intégré par mon logiciel informatique pourtant de pointe qui me renvoie vers la sécu qui me renvoie vers mon logiciel. On se moque de nous!

b) Organisation du cabinet

147- cabinet médical peu propice à la gynéco (buts...) (?)

c) Aide questionnaire aux patients

53- Avoir un bloc de questionnaires anonymes à l'entête de la sécu, portant sur les problèmes que peuvent rencontrer la femme au cours de :

-l'enfance (pertes vaginales, mycoses...questions qu'elles ont du mal à poser à un parent...)

-l'adolescence (dates des 1eres menstruations, des éventuelles dysménorrhées, âge pubertaire, questions sur le sexe, les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs, les éventuels symptômes de MST)

-la femme en âge de procréer (la préparation à la grossesse, la grossesse, l'accouchement, le post-partum...)

-la femme ménopausée (quand?, effets secondaires...traitement pouvant éventuellement mis en place...)

Questionnaire ciblé en fonction de l'âge, que le MG pourrais remettre à ses patientes, en assistant sur la prévention et le dépistage.

d) Autres

155- Pb médico-légaux (notamment suivi de grossesses)

6) Éléments de pratique non/peu modifiables

a) Être une femme/ rester jeune

6- Etre une femme :-) (rarissimes sont les jeunes filles qui imaginent parler de sexualité et être examinée par un médecin de sexe masculin)

55- Rajeunir ? Il y avait beaucoup moins de réticences à aborder les pbs GO il y a 30 ans, lorsque j'étais un jeune père de famille. Je voyais alors beaucoup de femmes, beaucoup d'enfants. L'habitude a été prise ensuite d'aller voir LA gynéco... de s'adresser pour les enfants à une généraliste-femme... C'est ainsi.

b) Travailler plus loin d'un pôle/clinique avec GO

69- Travailler plus à distance du PsLv

c) Plus de temps

- 138- Avoir plus de temps...des journées de 36 heures!!!
- 140- plus de temps
- 147- manque de temps
- 153- disposer de plus de temps pour la consultation
- 155- Temps de cs + long, ce qui est difficile actuellement
- 165- FPC (mais peu de temps disponible...)

7) N'a pas de difficulté / pas de solution

- 25- je n'ai pas de difficultés à faire des consult gynécologiques
- 31- AUCUNE
- 33- Je n'ai aucune difficulté rédhibitoire, ce sont les patientes qui en ont !
- 52 - je ne ressens pas d'intérêt à faire plus que ne fais, j'ai une pratique déjà très variée, en plus de la médecine générale je pratique l'homéopathie la tabacologie la médecine nutritionnelle et fonctionnelle
- 61- Les difficultés sont faibles. Les plus jeunes ont plus le réflexe spécialiste mais ce n'est pas une véritable difficulté
Quand j'ai commencé à exercer il fallait parfois faire les accouchement et là où je suis la gynéco et les accouchements étaient pratiqués par les chirurgiens de la clinique mais il n'y avait de véritable gynécologue
- 96- personnellement je ne rencontre aucune difficulté.
C'est une discipline que j'apprécie bcp.
- 101- Je n'ai pas de difficultés, la patiente choisie d'être suivie par son MG ou par son gynéco, ça n'entraîne pas de problème relationnel.
- 102- Ca ne me pose pas un problème majeur du moment qu'elles sont suivies correctement.
- 106- La gynéco-obstétrique est une spécialité à part entière, nous sommes des GENERALISTES: à chacun son boulot !!!
- 109- Je n'en ai pas. J'ai des consultations de gynécologie et d'obstétrique quotidiennement avec grand plaisir et sans problème
- 126- pas de difficulté :
-> laboratoire de biologie qui fait les frottis
-> clinique gynéco obstétrique à Bretonneau et au Vinci
- 143- aucune par d'envie particulière puisque je me consacre à la pratique de l'ostéopathie et de l'homéopathie ce qui bien sur ne m'empêche pas de réaliser des consultations en rapport avec la grossesse ou des problèmes gynécologiques où la médecine actuelle est fort démunie
- 161- il n'y a pas de difficulté particulière .Les patientes désirant être suivies au cabinet le sont avec consultation de confrères spécialisés si nécessaire
- 166- Je n'ai pas vraiment de difficulté à suivre 1 patiente (grossesse, contraception...). Je fais faire les frottis par 1 laboratoire.

**Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du 19 Août 2013**

**La Directrice de Thèse
Madame le Docteur Cécile RENOUX**

« signature »

**Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours
Monsieur le Professeur Dominique PERROTIN**

« signature »

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

Marie BROSSET

Thèse n°

92 pages – 12 tableaux – 13 figures

Résumé :

Introduction : Pour leur suivi de gynécologie-obstétrique (GO), les femmes ont le choix entre le gynécologue, la sage-femme ou le médecin généraliste (MG). Le nombre de gynécologues médicaux décroît fortement. La pratique de la GO par les MG est hétérogène. Le but de l'étude était d'identifier les principaux freins à cette pratique par les MG d'Indre-et-Loire, parmi les 10 relevés dans une étude qualitative préliminaire.

Méthode : Étude descriptive transversale quantitative par questionnaire. Échantillonnage par tirage au sort. Envoi de questionnaires papier ou web après contact téléphonique puis rappel ciblé. Classement des freins selon le score moyen obtenu (échelle de 0 à 10) et identification des 3 principaux.

Résultats : 160 réponses exploitables sur les 191 questionnaires envoyés (taux de réponse de 84 %). Les 3 freins principaux retrouvés étaient : la méconnaissance des compétences des MG par les patientes (score moyen = 5,55/10), le suivi des patientes par d'autres professionnels (5,29) et le rapport rémunération/temps passé ou coût du matériel non favorable (5,03).

Les solutions suggérées étaient la nécessité d'informer sur les compétences des MG, une meilleure organisation du système de soins et la mise en place d'une formation axée sur la pratique et les gestes techniques, commune à tous les professionnels de GO.

Conclusion : Les principaux freins retrouvés émanaient de problèmes liés à l'organisation du système de soins et non de difficultés personnelles. L'applicabilité des solutions évoquées serait intéressante à tester. Les exemples néerlandais et anglais pourraient aider dans l'adaptation de l'organisation des soins en France..

Mots clés :

- Médecine Générale
- Freins
- Gynécologie-Obstétrique

Jury :

Présidente de Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Monsieur le Professeur Christian BINET
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Monsieur le Professeur Jacques LANSAC
Madame le Docteur Cécile RENOUX

Date de la soutenance : 19 Septembre 2013