

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

TAMINAU COUDIÉ, Caroline

Présentée et soutenue publiquement le 2 Juin 2022

ETAT DES LIEUX DE LA FORMATION EN SANTE DE LA FEMME DES INTERNES
DE MEDECINE GENERALE DE CLERMONT-FERRAND (2019-2020)

Directeur de thèse : Madame BOTTET-MAULOUBIER Anne, Professeur associée,
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Madame LAPORTE Catherine, Professeur, UFR de Médecine et
des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur TANGUY Gilles, Professeur Associé, UFR de Médecine
et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur CIBEER Jean-Pierre, Médecin Généraliste, Maître de
stage des Universités

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

TAMINAU COUDIÉ, Caroline

Présentée et soutenue publiquement le 2 Juin 2022

ETAT DES LIEUX DE LA FORMATION EN SANTE DE LA FEMME DES INTERNES
DE MEDECINE GENERALE DE CLERMONT-FERRAND (2019-2020)

Directeur de thèse : Madame BOTTET- MAULOUBIER Anne, Professeur associée,
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Madame LAPORTE Catherine, Professeur, UFR de Médecine et
des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur TANGUY Gilles, Professeur Associé, UFR de Médecine
et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur CIBEER Jean-Pierre, Médecin Généraliste, Maître de
stage de l'Université de Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'Auvergne

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEES DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE PRESIDENTE CHARGEES DE LA FORMATION
VICE-PRESIDENTE CHARGEES DE LA RECHERCHE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias

: **FOGLI** Anne
: **PEYRARD** Françoise
: **PREVOT** Vanessa
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAMOUX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - CAILLAUD Denis - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - POULY Jean-Luc

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie

M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréi	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne

Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne

Médecine Générale

M. CAMBON Benoît

Médecine Générale

M. TANGUY Gilles

Médecine Générale

M. BERNARD Pierre

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

Mme BOUTELOUP Corinne

Nutrition

Mme FOGLI Anne

Biochimie Biologie Moléculaire

Mme GOUAS Laetitia

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel

Biophysique et Traitement de l'Image

Mme GOUMY Carole

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M. MARCEAU Geoffroy

Biochimie Biologie Moléculaire

Mme MINET-QUINARD Régine

Biochimie Biologie Moléculaire

M. ROBIN Frédéric

Bactériologie

Mme VERONESE Lauren

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M. DELMAS Julien

Bactériologie

Mme MIRAND Audrey

Bactériologie Virologie

M. OUCHCHANE Lemlih

Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication

M. LIBERT Frédéric

Pharmacologie Médicale

Mme COSTE Karen

Pédiatrie

Mme AUMERAN Claire

Hygiène Hospitalière

Mme NOURRISSON Céline

Parasitologie - Mycologie

Mme PONS Hanaë

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction

2ème CLASSE

M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et
	Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence
M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
DE MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mme AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mme GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À Madame Laporte Catherine, Médecin généraliste et Professeure de Médecine Générale de Clermont-Ferrand.

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse. Veuillez recevoir ma sincère reconnaissance et mes sentiments respectueux.

À Monsieur Gilles Tanguy, Médecin généraliste et Professeur associé de Médecine Générale de l'Université de Clermont-Ferrand.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance pour votre participation à ce jury de thèse.

À Monsieur Jean-Pierre CIBEER, Médecin généraliste et Maitre de Stages des Universités.

Je suis très honorée de votre présence au sein de ce jury. Veuillez recevoir ma profonde reconnaissance.

À Madame Anne BOTTET-MAULOUBIER, Médecin généraliste et Professeure Associée de Médecine Générale de l'Université de Clermont-Ferrand.

Un grand merci pour m'avoir proposé ce sujet de thèse, pour m'avoir supervisée, pour votre aide et votre bienveillance envers moi. Merci également pour vos conseils pendant tout mon internat. Votre passion pour ce métier est débordante et votre soif de transmettre aussi. Veuillez trouver ici toute la marque de mon respect et de mes remerciements les plus sincères.

À Monsieur Sébastien CAMBRIER, statisticien de l'Université de Clermont-Ferrand.

Merci pour votre temps et votre patience. Votre aide nous a été très précieuse.

A mon époux, Matthieu, ces longues études en commun se finissent par un travail conjoint, je ne pouvais rêver mieux comme partenaire. Je te remercie pour ton soutien quotidien parfois soumis à rude épreuve.

Merci d'être un mari aimant et attentif et un si merveilleux papa pour notre Gaston.

Maman, merci pour ton amour inconditionnel et ton soutien indéfectible depuis mon enfance.

Merci pour ta gaieté permanente et le modèle que tu me transmets. Je suis et je serai toujours admirative de ma maman.

A mon Père et mes sœurs Hélène et Marie, médecins généralistes, merci de m'avoir transmis l'amour de ce métier passionnant. Merci pour vos conseils et les discussions familiales animées autour de la médecine.

A Saskia, notre solide amitié depuis l'enfance n'a pas failli malgré la distance et un grand merci pour ta relecture « professionnelle ».

A mes grands-parents qui seront toujours présents dans mon cœur malgré leur absence.

A tous les internes côtoyés pendant ces années d'études, tout particulièrement à Anouk et Matthieu, pour tous ses chaleureux moments passés autour d'une table ou sur les sentiers escarpés cantaliens.

TABLES DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	11
LISTE DES ABREVIATIONS.....	12
1 INTRODUCTION.....	13
2 CONTEXTUALISATION.....	15
2.1 DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE MEDECINE GENERALE.....	15
2.2 STAGE EN SANTE DE LA FEMME ET DE L'ENFANT DANS LA REGION D'Auvergne.....	16
3 MATERIELS ET METHODES	17
3.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE	17
3.2 TYPE D'ETUDE.....	17
3.3 POPULATION CIBLE	18
3.4 LE QUESTIONNAIRE.....	18
3.4.1 CARACTERISTIQUES DES INTERNES ET DES STAGES	18
3.4.2 QUESTIONS RELATIVES A LA SANTE DE LA FEMME.....	19
3.4.3 BILAN GLOBAL ET PISTES D'AMELIORATION SELON LES INTERNES	22
3.5 METHODES DE RECUEIL DES DONNEES.....	22
3.6 ANALYSE DES DONNEES	23
4 RESULTATS.....	24
4.1 POPULATION ET STAGES.....	24
4.2 REPONSES RELATIVES A LA SANTE DE LA FEMME	25
4.2.1 GROUPES DE SITUATIONS.....	25
4.2.2 OBJECTIFS	29
4.3 BILAN GLOBAL ET PISTE D'AMELIORATION SELON L'INTERNE	32
5 DISCUSSION	35
5.1 AUTOUR DE LA METHODE	35
5.2 AUTOUR DES RESULTATS	37
5.2.1 OBJECTIFS	37
5.2.2 GROUPES DE SITUATIONS.....	39
5.3 REPONSES OUVERTES	49
6 CONCLUSION.....	51
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
ANNEXES I : LE QUESTIONNAIRE	54

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1. Genre des internes	24
Tableau 2. Postes ambulatoires/mixtes et hospitaliers.....	25
Tableau 3. Durée effectuée par les internes en stage de gynécologie.....	25
Tableau 4. Equivalence entre signes et pourcentages des fréquences de confrontation.....	26
Tableau 5: Satisfaction du stage selon le genre	31

LISTE DES FIGURES :

Figure 1. Période de réalisation du stage	24
Figure 2. Gestes techniques : Acquisition et Fréquence	26
Figure 3. Grossesse : Acquisition et Fréquence.....	27
Figure 4. IST : Acquisition et Fréquence.....	27
Figure 5. Contraception et IVG : Acquisition et Fréquence	28
Figure 6. Ménopause : Acquisition et Fréquence	28
Figure 7. Cancer gynécologique : Acquisition et Fréquence.....	29
Figure 8. Violences Conjugales : Acquisition et Fréquence.....	29
Figure 9: Association entre fréquence et acquisition des connaissances	30
Figure 10 : Satisfaction globale positive en fonction des différents sites.....	31
Figure 11. Avis des internes concernant l'adéquation formation/pratique future	32
Figure 12. Comparaison entre réponses positives aux items et satisfaction globale	32

LISTE DES ABREVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National Des Généralistes Enseignants

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisés

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DMG : Département de Médecine Générale

ECN : Examen Classant National

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus

ISNAR-IMG : InterSyndicat National Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PV : Prélèvement Vaginal

SARHA : Syndicat Auvergnat Représentatif des internes de médecine générale Hospitaliers et Ambulatoires

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

THS : Traitement Hormonal Substitutif

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1 INTRODUCTION

Le médecin généraliste, médecin de famille, doit être capable de suivre toutes les personnes quel que soit leur âge ou leur sexe.

Ses missions sont multiples dans le domaine du suivi de la femme. Elles concernent à la fois des troubles de santé survenant à tout âge de la vie, des pathologies aiguës, chroniques, le dépistage, le suivi de la grossesse normale, mais aussi des demandes d'IVG ou la gestion de violences conjugales.

L'étude des éléments de la consultation en médecine générale (ECOGEN) réalisée en 2011 par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) évaluait la distribution des motifs de consultation en médecine générale sur 128 centres nationaux. Parmi les 20 781 consultations analysées, environ 4% d'entre elles correspondaient à un motif gynécologique.

Ces motifs de consultation portent essentiellement sur la contraception (35%) et la ménopause (24%). (1)

La démographie actuelle des gynécologues-obstétriciens est en baisse. En 2019, il y a 17.6 gynécologues-obstétriciens pour 100 000 habitants, 10 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants et 152 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Les prédictions annoncent une diminution continue jusqu'en 2030. (2)(3)

Le Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) précise que « les spécialistes de la gynécologie-obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour le suivi systématique et de dépistage, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause. » (4)

Ainsi le rôle du médecin de famille dans le suivi de la femme ne sera que renforcé au cours des années. Il est primordial que les internes de médecine générale aient une formation qui leur permette de prendre en charge correctement les patientes.

La maquette du Diplôme d'Études Spécialisées (D E S) des internes de médecine générale prévoyait un semestre obligatoire de pédiatrie et/ou gynécologie dans les services ou

départements hospitaliers agréés pour la médecine générale. Après la réforme du 3ème cycle en 2017, les textes officiels décrivent un stage spécifique en santé de l'enfant et un stage spécifique en santé de la femme, soit deux stages distincts sur les 6 semestres de formation. (5) Cette modification est difficile à appliquer dans la plupart des facultés car le nombre de terrains de stages est insuffisant pour le nombre d'étudiants.

La faculté de Clermont-Ferrand propose un stage de 6 mois couplé : santé de l'enfant et santé de la femme.

Notre travail a pour but de faire un état des lieux de la situation de formation des internes de médecine générale et leur ressenti concernant la santé de la femme après avoir réalisé ce stage. Nous souhaitons savoir si ce stage couplé gynécologie-pédiatrie permet à l'interne de se sentir assez à l'aise pour prendre en charge les pathologies les plus fréquentes pour son exercice futur de médecin généraliste.

L'objectif principal est d'évaluer, à partir d'un recueil prospectif de données, si l'interne, à l'issue de son stage, se sent capable de prendre en charge les demandes les plus courantes en santé de la femme.

Les objectifs secondaires sont de constater à quelles fréquences certaines situations sont rencontrées par l'interne et s'il existe une corrélation entre acquisition des connaissances et fréquence, si la durée du passage en gynécologie a une influence sur l'acquisition, si le genre de l'interne entraîne une disparité d'apprentissage et enfin si le lieu de stage modifie l'apprentissage.

2 CONTEXTUALISATION

2.1 DIPLÔME D'ETUDES SPECIALISEES DE MEDECINE GENERALE

La médecine générale représente une spécialité polyvalente des soins primaires, qui permet le suivi du patient au long cours et la coordination des soins.

Depuis 2004, la médecine générale est une spécialité à part entière. Autrefois libre d'accès, l'étudiant en médecine devra passer l'Examen Classant National (ECN), pour accéder à la spécialité.

La durée du DES est de 6 semestres au cours desquels l'interne va acquérir une vision globale des différents aspects de la profession grâce à des stages hospitaliers et ambulatoires.

Une réforme en 2017 du troisième cycle des études de médecine a modifié les maquettes des différentes spécialités.(5)

L'étudiant en médecine générale bénéficiera d'une formation théorique et d'une formation pratique en stage.

La formation pratique est séparée en deux phases distinctes et progressives :

- La première phase dite phase socle dure un an pendant laquelle l'interne devra effectuer un stage chez le praticien et un stage en médecine d'urgence.
- La phase d'approfondissement dure deux ans et se décompose ainsi :
 - Un stage dans la santé de l'enfant
 - Un stage hospitalier en médecine polyvalente
 - Un stage dans la santé de la femme
 - Un SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée)

La formation théorique permet un accompagnement individualisé par un référent pédagogique.

A l'issue de la phase socle, il conclut un contrat de formation qui définit les objectifs pédagogiques et le parcours de formation suivi, celui-ci étant susceptible d'évoluer en fonction des volontés de l'étudiant.

L'enseignement hors stage se fait sur 2 demi-journées par semaine : une demi-journée de formation universitaire sous la responsabilité du coordonnateur du DES et une demi-journée de formation en autonomie.

Les méthodes d'enseignements sont variées avec des travaux d'écriture clinique, des groupes d'échanges de pratique, des groupes de formation à la relation thérapeutique, des groupes de tutorat centrés sur des familles de situations, des ateliers de gestes pratiques.

Au terme de la formation, l'interne devra avoir acquis 6 compétences mises en pratique dans 11 grandes familles de situations :

- Premier recours, urgences,
- Relation, communication, approche centrée-patient,
- Approche globale, prise en compte de la complexité,
- Éducation, prévention, santé individuelle et communautaire,
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient,
- Professionnalisme

2.2 STAGE EN SANTE DE LA FEMME ET DE L'ENFANT DANS LA REGION D'Auvergne

La formation des internes de médecine générale au cours du 3^e cycle des études médicales peut différer selon les facultés.

La réforme autorise, en cas de capacité de formation insuffisante, un stage en santé de la femme et de l'enfant couplé de 6 mois. Ce regroupement permet de réaliser un stage libre pour le semestre restant.

Clermont-Ferrand garde un stage couplé femme/enfant pour des contraintes organisationnelles.

Au sein de chaque stage, la durée effective en gynécologie est variable car non codifiée. En pratique, l'activité clinique des internes diffère selon le terrain de stage avec des acquisitions qui peuvent être variables. Certains stages sont exclusivement ambulatoires, avec suivi d'un médecin généraliste dont la pratique est orientée de manière prépondérante vers la santé de la

femme et/ou de la santé de l'enfant. La plupart des stages mixtes femme/enfant sont exclusivement hospitaliers.

Du fait de la diminution du nombre de gynécologues obstétriciens et du rôle de premier recours que constitue le médecin généraliste la formation initiale dans ce domaine est primordiale afin de permettre aux femmes d'accéder à des soins de qualité.

Un état des lieux des apprentissages en fin de stage est apparu pertinent.

3 MATERIELS ET METHODES

3.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux des acquisitions faites selon l'interne en fin de stage concernant un socle de situations. L'acquisition est considérée comme réalisée si l'interne se sent capable d'effectuer la consultation dans sa pratique future.

Le socle de situations correspond à des situations cliniques réelles nécessitant la mobilisation de compétences à acquérir. Ceci implique que les internes y soient confrontés, qu'on les leur confie et que l'accompagnement pédagogique permette les apprentissages dans de bonnes conditions.

Nos objectifs secondaires sont multiples, recherchant si les acquisitions de l'interne ont été influencées par :

- La fréquence des situations rencontrées
- Le lieu de stage
- Le genre
- Le temps passé dans le service concerné

3.2 TYPE D'ETUDE

Nous avons réalisé une étude déclarative descriptive, transversale, à l'aide d'un questionnaire informatique, via le site de sondage « online ».

3.3 POPULATION CIBLE

La population cible était les internes de médecine générale de Clermont-Ferrand de la promotion ECN 2018 et ECN 2017 ayant effectué le stage couplé en santé de la femme et en santé de l'enfant entre les semestres de novembre 2018 à novembre 2020, soit 4 semestres.

Nous avons fait le choix de ces deux promotions car ils font partie de la réforme du 3^{ème} cycle et avait terminé leur stage couplé en santé de la femme et de l'enfant.

Au total, la population cible éligible était de 140 étudiants.

3.4 LE QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire a été élaboré en collaboration avec un autre étudiant qui réalise un travail similaire sur la partie santé de l'enfant pour la réalisation de sa thèse. La relecture des items a été faite par plusieurs médecins investis dans la commission pédagogique du département de médecine générale de Clermont-Ferrand.

Nous avons élaboré un questionnaire (Annexe I) à partir des données de la bibliographie(6)(7)(8)(9)(10)(11).

Il comprend 4 parties :

- Les caractéristiques des internes et des stages
- Les questions relatives à la santé de la femme
- Les questions relatives à la santé de l'enfant
- Le bilan global du stage et les pistes d'amélioration de la formation selon les internes

3.4.1 CARACTERISTIQUES DES INTERNES ET DES STAGES

Les caractéristiques des internes ne comportaient qu'une seule question à choix unique concernant le genre (homme ou femme).

Les caractéristiques du stage correspondaient à trois questions à choix unique.

- La période durant laquelle a été réalisée le stage, celle-ci correspondant à l'un des 4 semestres entre novembre 2018 et novembre 2020.

- Le lieu dans lequel s'est déroulé le semestre. Seize choix ont été proposés d'après les données fournies par le DMG de Clermont-Ferrand. Les stages exclusivement hospitaliers étaient au nombre de huit. Un seul stage était purement ambulatoire, c'est-à-dire des praticiens ayant une activité pédiatrique ou gynécologique importante validée par le DMG de Clermont-Ferrand. Enfin cinq stages mixtes étaient proposés, avec de la pédiatrie libérale et de la gynécologie hospitalière.
- Pour évaluer la durée effective dans chaque spécialité, il est proposé à l'interne une réponse unique s'étendant de 0 à 7 mois à la fois en pédiatrie et en gynécologie. Nous avons proposé la possibilité de cocher 7 mois pleins car en raison de la pandémie Covid, le semestre d'hiver de novembre 2019 à juin 2020 a été prolongé d'un mois.

3.4.2 QUESTIONS RELATIVES A LA SANTE DE LA FEMME

Sept groupes de situations ont été définis à partir des données de la bibliographie relative aux missions des médecins généralistes et aux objectifs de formation des internes de médecine générale (6)(8)(9)(12) :

- Gestes techniques
- Grossesse
- Infections sexuellement transmissibles (IST)
- Contraception et Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)
- Ménopause
- Cancer gynécologique
- Violences conjugales

Ces sept grands axes correspondent aux situations les plus fréquemment rencontrées par le médecin généraliste. Il nous a semblé pertinent de savoir si le stage permettait d'acquérir un « savoir-faire » à travers une question binaire (oui/non) : « Le stage m'a-t-il apporté les connaissances suffisantes pour pouvoir assurer ces actes en autonomie lors de ma pratique future ? ». A chaque situation, il a été demandé d'estimer la fréquence de confrontation par

rapport aux actes. Il y avait quatre possibilités : jamais (0 fois), peu fréquent (1-5 fois), fréquent (5-15 fois) et très fréquent (>15fois).

Concernant la réalisation des gestes techniques, huit items étaient demandés :

- Examen clinique des seins
- Toucher vaginal
- Frottis Cervico-utérin
- Prélèvement vaginal (PV)
- Pose d'implant contraceptif
- Retrait d'implant contraceptif
- Pose de dispositif intra-utérin (DIU)
- Retrait de DIU

La question relative aux situations du groupe « Grossesse » comprenait les sept items suivants :

- Consultation début de grossesse
- Bilan initial de début de grossesse
- Prévention infectieuse (règles hygiéno-diététiques, listéria, toxoplasmose)
- Conseil activité physique, poursuite du tabac, etc.
- Consultation post-partum
- Consultation infertilité
- Dépistage des violences conjugales au cours de la grossesse

La question relative aux situations du groupe « IST » comprenait les quatre items suivants :

- Consultation de prévention des IST
- Prescription de bilan sérologique d'IST
- Interprétation de bilan sérologique d'IST
- Interprétation et traitement d'un PV positif

La question relative aux situations du groupe « Contraception et IVG » comprenait les cinq items suivants :

- Aide au choix d'une contraception
- Première prescription de contraception
- Modification d'un traitement contraceptif
- Contraception d'urgence : information et prescription
- Gestion d'une demande d'IVG

La question relative aux situations du groupe « Ménopause » comprenait les quatre items suivants :

- Mise en place d'un traitement non hormonal de la ménopause
- Mise en place d'un traitement hormonal substitutif (THS)
- Prescription et interprétation d'une ostéodensitométrie
- Prévention des risques de complication de la ménopause

La question relative aux situations du groupe « Cancer gynécologique » comprenait les quatre items suivants :

- Recherche des facteurs de risque de cancer gynécologique
- Prescription d'une mammographie
- Promotion de la vaccination contre l'HPV (« Human Papilloma Virus »)
- Interprétation d'un frottis cervico-utérin

La question relative aux situations du groupe « Violences conjugales » comprenait les trois items suivants :

- Prise en charge initiale d'une victime
- Rédaction d'un certificat médical descriptif de violence conjugales
- Utilisation d'une aide physique ou matérielle pour l'orientation des femmes victimes de violence

Une dernière question ouverte à réponse obligatoire leur a été posée de manière à recueillir leur sentiment global sur la partie santé de la femme.

La suite du questionnaire concernait les questions relatives à la santé de l'enfant. Elles ne seront pas traitées dans cette thèse car elles font l'objet d'un travail personnel d'un autre étudiant.

3.4.3 BILAN GLOBAL ET PISTES D'AMELIORATION SELON LES INTERNES

Les deux premières questions à choix unique voulaient apprécier le ressenti global de l'interne concernant l'adéquation de la formation reçue pendant six mois à la future pratique du médecin généraliste.

Une question ouverte explorait les pistes d'amélioration de la formation en stage. Et enfin une dernière question ouverte à réponse obligatoire concernait l'accompagnement pédagogique.

3.5 METHODES DE RECUEIL DES DONNEES

Le lien du questionnaire a été envoyé par mail à l'ensemble des internes de la population cible via la plateforme du logiciel Sondage Online® par l'intermédiaire du Département de Médecine Générale (DMG) de Clermont-Ferrand en octobre 2020.

Les internes ont été relancés deux fois mi-octobre à une semaine d'écart via les groupes Facebook : « Médecine Générale Clermont-Ferrand ECN 2017 » et « Médecine Générale Clermont-Ferrand ECN 2018 ».

Ce sont deux groupes fermés au public qui permettent au Syndicat Auvergnat Représentatif des internes de médecine générale Hospitalière et Ambulatoire (SARHA) de communiquer des informations, aux étudiants de communiquer des offres de remplacements, des demandes à la participation de sondages ou de thèses.

Enfin en novembre, les internes ont été contactés personnellement via leur messagerie privée de Messenger lorsque leur contact était librement accessible.

3.6 ANALYSE DES DONNEES

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel STATA version 15®. L'étude menée visait à évaluer le ressenti de l'interne concernant l'acquisition d'un socle de situations gynécologiques à la fin de leur stage couplé santé de la femme et santé de l'enfant. Etant donné le caractère exploratoire de l'analyse, aucun ajustement du risque d'erreur de 1ère espèce n'a été apporté. Un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5% a été considéré dans toutes les analyses.

Chaque groupe de situations a été analysé individuellement puis une analyse cumulée globale de chaque réponse a été faite, soit un cumul des 35 items proposés. Nous avons cherché à savoir si le résultat : « cumul des réponses » était en adéquation avec la réponse de la dernière partie du questionnaire : « Trouvez-vous que votre formation concernant LA SANTÉ DE LA FEMME lors de ce stage, est en adéquation avec votre future pratique de médecin généraliste ? ».

Des recherches d'associations sont réalisées entre ces variables. Différentes variables du questionnaire sont recherchées (test du Chi2 et test exact de Fisher) pour les croisements de variables qualitatives. Le test de la significativité de la corrélation de Spearman a été utilisé pour les couples de variables quantitatives, le test de Wilcoxon Mann Whitney ou de Kruskal Wallis pour les croisements qualitatives/quantitatives. Les variables quantitatives considérées n'ont pas été considérées comme gaussiennes suivant un critère graphique.

Nous avons essayé de trouver des facteurs : le lieu de stage, le sexe, le temps effectif dans le stage, qui pourraient influencer cette acquisition en réalisant une analyse multivariée. Nous avons regardé à quelle fréquence les situations étaient rencontrées et, par un test du Chi-2, nous avons analysé si cela influençait l'acquisition. La fréquence est recueillie par un système de plus et de moins correspondant à une valeur quantitative : « -- » : jamais (0 fois), « - » : peu fréquent (1-5 fois), « + » : fréquent (5-15 fois), « ++ » très fréquent (> 15 fois). Pour faciliter l'analyse des résultats, cela a été converti en pourcentage. Ainsi un évènement jamais rencontré correspondra à 0%, peu fréquent correspondra à 33%, fréquent à 67 % et très fréquent 100%.

4 RESULTATS

4.1 POPULATION ET STAGES

Parmi les 140 étudiants susceptibles de répondre, nous avons obtenu 75 réponses, un des étudiant n'a répondu qu'aux deux premières questions, il a donc été exclu des résultats.

Il y a eu environ 53 % de taux de participation.

Tableau 1. Genre des internes

Population	Source		Etudiée	
	N	%	N	%
Femmes	78	55	39	53
Hommes	62	44	35	46
Total	140	100	74	100

Le sexe ratio est de 0,80 pour la population source et de 0,87 pour la population étudiée.

D'après le test de Fischer, la différence de proportions observées n'est pas significative ($p = 0,49$).

Les étudiants majoritairement répondeurs avec quasiment 63 % étaient de la promotion ECN 2018, contre 37 % pour la promotion ECN 2017.

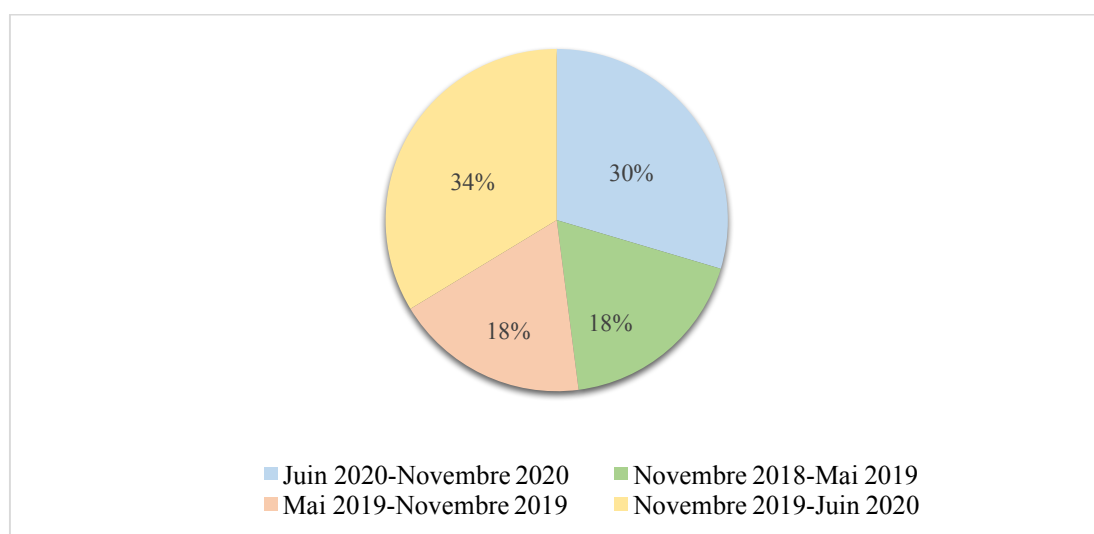


Figure 1. Période de réalisation du stage

64 personnes ont effectué leur stage exclusivement à l'hôpital soit 86 % des réponses. Les stages exclusivement ambulatoires ou mixtes correspondent à 10 personnes soit 14% des réponses.

88% des stages proposés sont exclusivement hospitalier. Pour faciliter l'analyse des résultats les stages ambulatoires et mixtes ont été regroupés pour ne former qu'un seul groupe, constituant 12%.

Proportionnellement au nombre de postes disponibles, il y a plus de réponses dans les stages ambulatoires : 62% contre 51% en hospitalier.

Tableau 2. Postes ambulatoires/mixtes et hospitaliers

Postes	Source		Etudiée	
	N	%	N	%
Ambulatoire/Mixte	16	12	10	14
Hospitalier	124	88	64	86
Total	140	100	74	100

La durée moyenne effectuée en gynécologie au cours des 6 mois de stage est de 2 mois ou moins.

Tableau 3. Durée effectuée par les internes en stage de gynécologie

Durée effectuée en stage gynécologie	≤ 2 mois	3 mois	≥ 4 mois
Pourcentage d'interne	64 %	26%	10%

4.2 REPONSES RELATIVES A LA SANTE DE LA FEMME

4.2.1 GROUPES DE SITUATIONS

Pour chaque groupe de situations, il est possible de constater pour chaque item le pourcentage d'internes se sentant capable de réaliser l'acte en autonomie dans leur pratique future. Les

graphiques réalisés permettent de mettre en comparaison les acquisitions et les fréquences de confrontation.

Pour mémoire :

Tableau 4. Equivalence entre signes et pourcentages des fréquences de confrontation

Valeur du questionnaire	Pourcentage correspondant pour l'analyse
« -- » : jamais (0 fois)	0 %
« - » : peu fréquent (1-5 fois)	33 %
« + » : fréquent (5-15 fois)	67 %
« ++ » : très fréquent (>15 fois)	100 %

- Gestes techniques

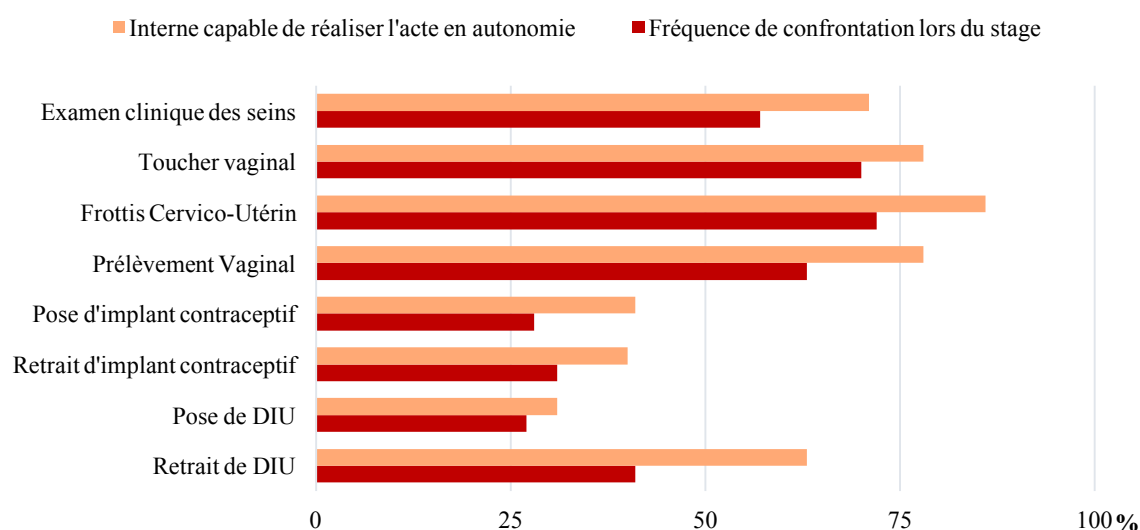


Figure 2. Gestes techniques : Acquisition et Fréquence

La plupart des gestes techniques semblent acquis. Moins de la moitié des internes se sentent capable de réaliser les actes les plus invasifs comme la pose DIU (31%), la mise en place d'implant (41%) ou le retrait d'implant (40%) dans leur pratique future.

- Grossesse

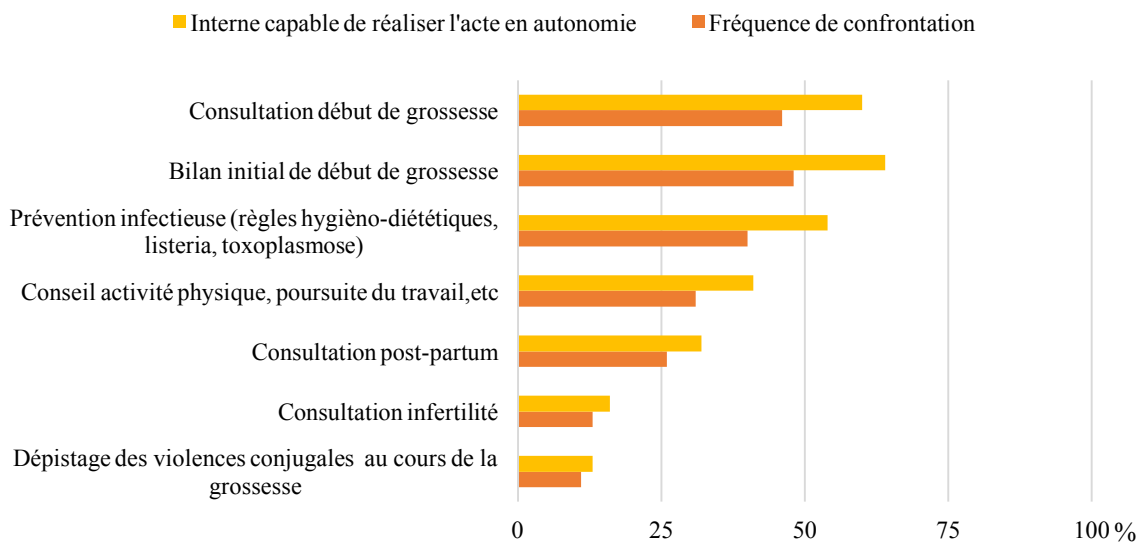


Figure 3. Grossesse : Acquisition et Fréquence

L'acquisition des connaissances des consultations de suivi de grossesse physiologique est apportée par le stage. Mais les consultations plus spécifiques comme la prise en charge de l'infertilité n'est acquise que pour 16% des internes.

- IST

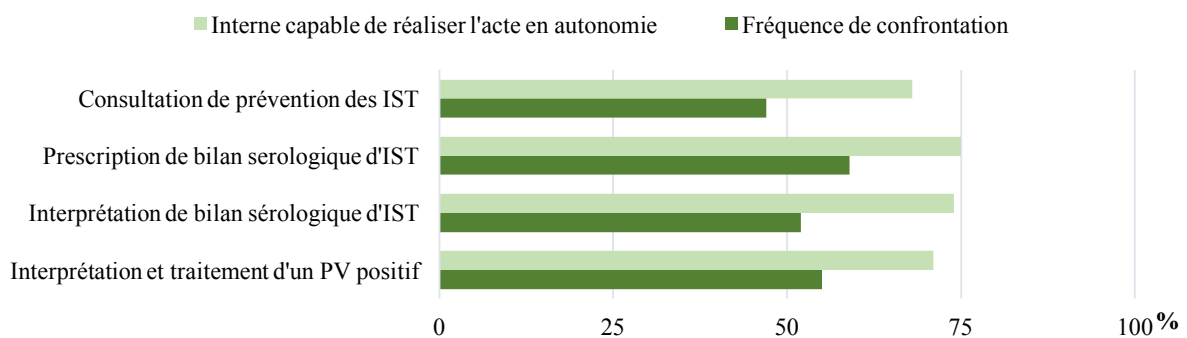


Figure 4. IST : Acquisition et Fréquence

Les stages semblent apporter les connaissances suffisantes pour la gestion des IST.

- Contraception et IVG

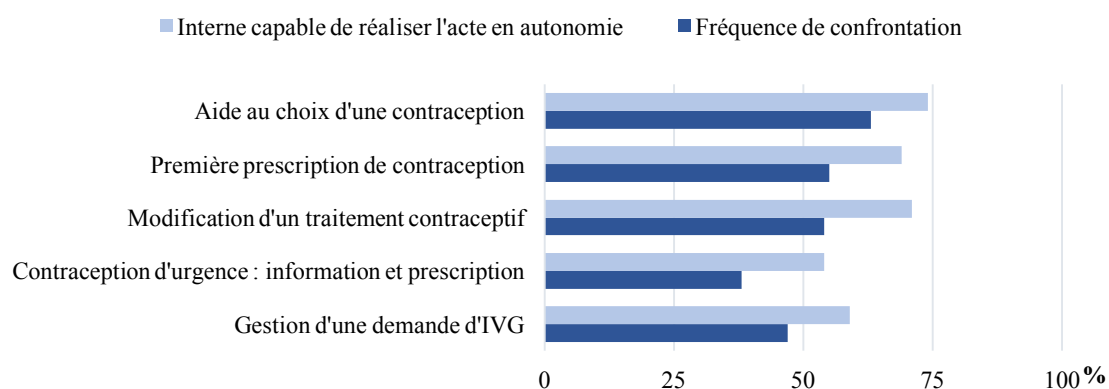


Figure 5. Contraception et IVG : Acquisition et Fréquence

L'acquisition de la gestion de la contraception semble globalement être apportée par les stages.

- Ménopause

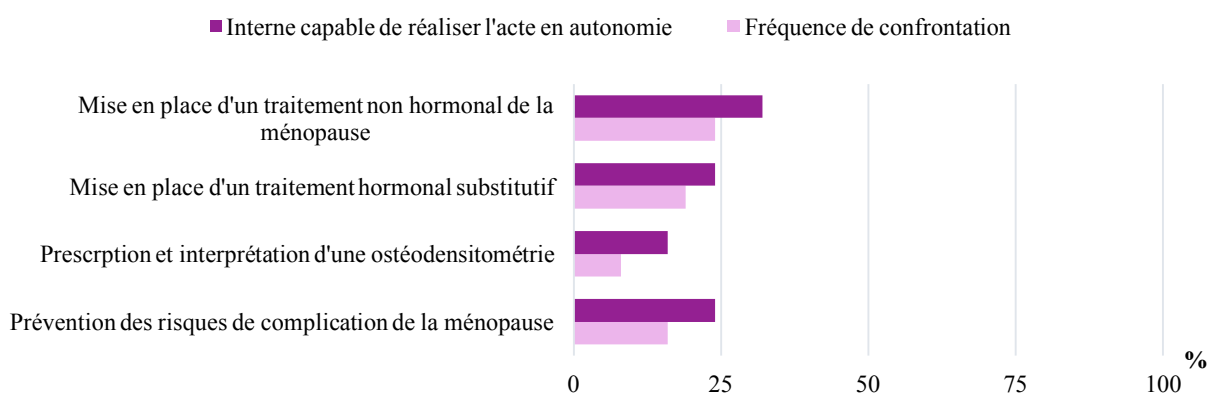


Figure 6. Ménopause : Acquisition et Fréquence

L'initiation ou la gestion d'un traitement pour la ménopause semble n'être pas apportée par les différents stages. Pour les différents items concernant la ménopause, 24 % des internes se sentent capable de réaliser ces consultations en autonomie.

- Cancer gynécologique

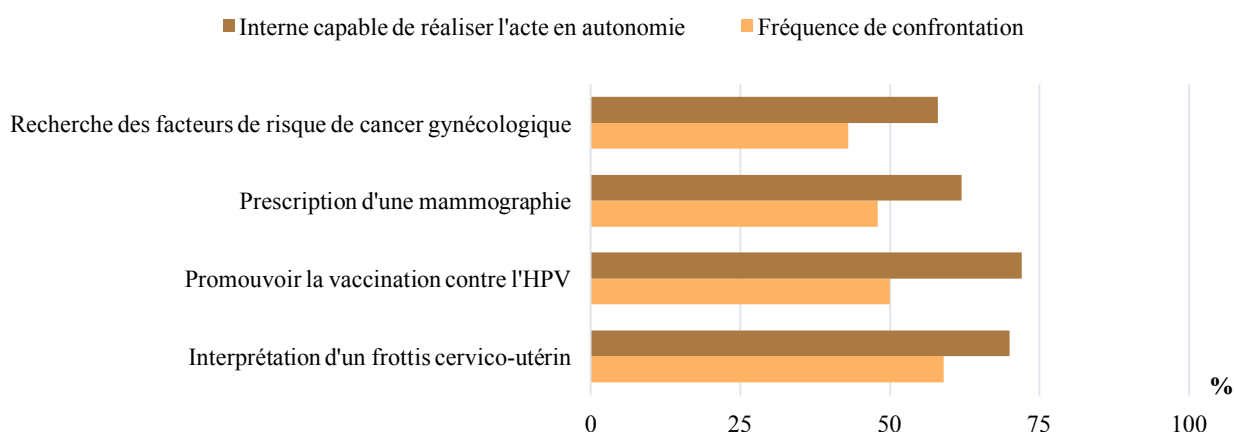


Figure 7. Cancer gynécologique : Acquisition et Fréquence

Les items concernant la gestion des cancers gynécologiques sont globalement acquis.

- Violences conjugales

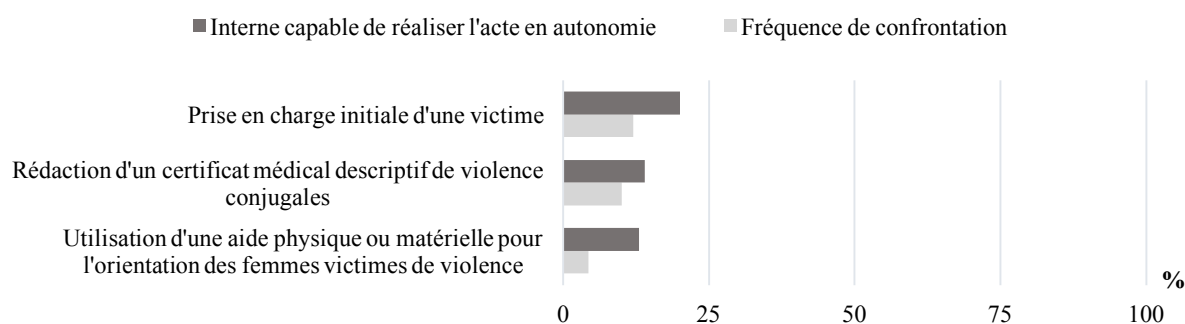


Figure 8. Violences Conjugales : Acquisition et Fréquence

Le sujet des violences conjugales semble ne pas être fréquemment rencontré par les internes, l'acquisition des connaissances pour la gestion future n'est pas faite.

4.2.2 OBJECTIFS

35 items étaient demandés aux 74 internes. Il y a 41,89 % des internes qui ont répondu positivement à 17 questions ou plus (soit la moitié des items).

D'après le test du Chi2, dans 96% des cas le fait de ne jamais avoir vu la situation empêche l'acquisition de la connaissance. A l'inverse, dans 99% des cas le fait d'avoir rencontré la situation très fréquemment permet une confiance dans sa réalisation future. Cela est confirmé par le V de Cramer qui est de 0,83 (la valeur maximale théorique étant de 1), celui-ci permet de comparer l'intensité du lien entre deux variables.

Sur l'item le plus fréquemment rencontré, les participants l'ont rencontré environ en moyenne 10,6 fois au cours de leur stage et l'item le moins rencontré 0,9 fois.

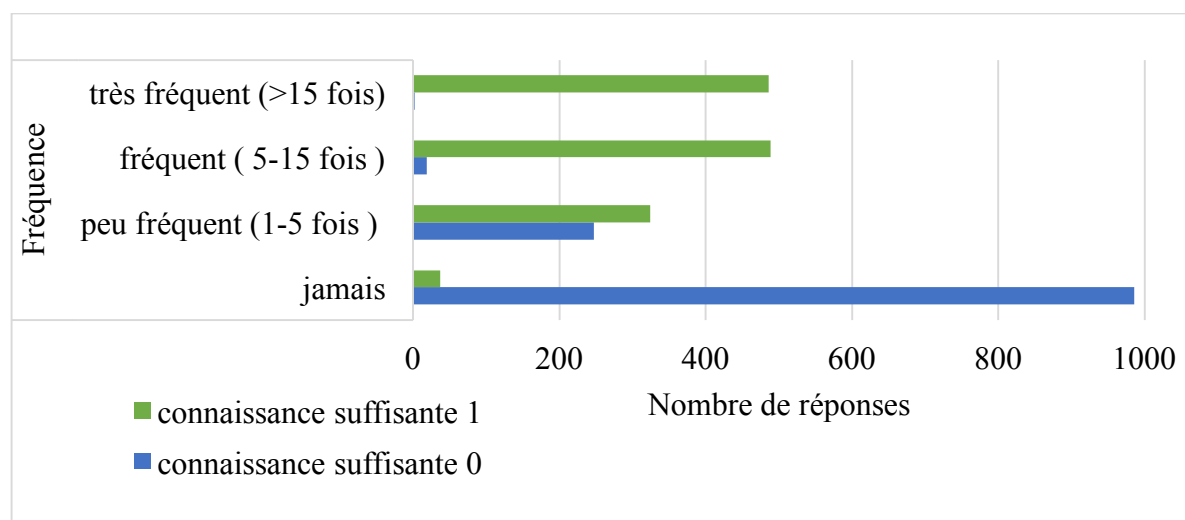


Figure 9: Association entre fréquence et acquisition des connaissances

Lorsqu'une situation est fréquemment rencontrée (>15 fois), l'acquisition des connaissances selon l'interne est systématique. A l'inverse sur un item jamais rencontré, l'interne n'aura pas acquis les connaissances suffisantes.

Par une analyse multivariée, nous avons cherché des facteurs pouvant influencer l'acquisition des connaissances.

Il a été mis en évidence que le lieu de stage en gynécologie était un de ces facteurs ($p=0,0001$).

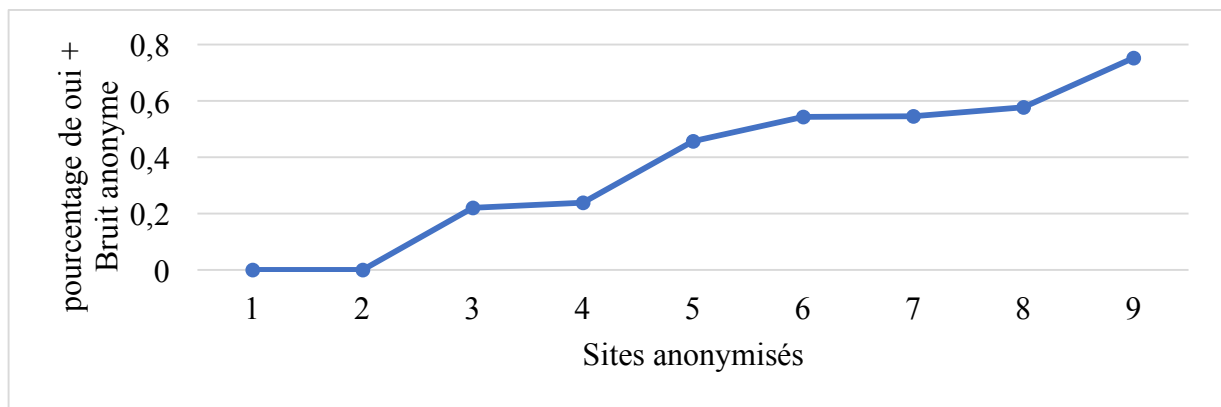


Figure 10 : Satisfaction globale positive en fonction des différents sites

Le graphique permet de visualiser une forte disparité entre les sites. La satisfaction positive est supérieure à 50% chez les internes dans 5 sites.

Le temps passé en gynécologie influe lui aussi sur l'acquisition globale de l'interne, en effet il a été retrouvé une association significative ($p=0,008$). La question d'une durée minimum à partir de laquelle l'acquisition globale était quasiment systématique s'est posée. Une durée de 3 mois ou moins entraîne une réponse négative à la moitié des items et donc globalement une acquisition insuffisante.

Concernant le genre de l'interne, la question n'a pas montré d'association significative concernant l'acquisition globale des connaissances soit au niveau du cumul des questions ou sur la question de satisfaction finale.

Tableau 5: Satisfaction du stage selon le genre

	NON	Partiellement	OUI	TOTAL
Homme	9	18	8	35
Femme	12	10	17	39
Total	21	28	25	74

D'après le test de Fischer, $p = 0,059$

4.3 BILAN GLOBAL ET PISTE D'AMELIORATION SELON L'INTERNE

33 % des internes trouvaient que leur formation était en adéquation avec leur pratique future.

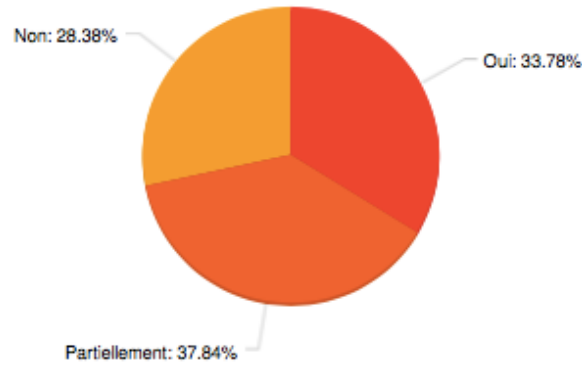


Figure 11. Avis des internes concernant l'adéquation formation/pratique future

D'après le test de Kruskal-Wallis, il y a une association significative ($p = 0,0001$) entre satisfaction globale du stage et une majorité de réponse positive aux items (« cumul des réponses »).

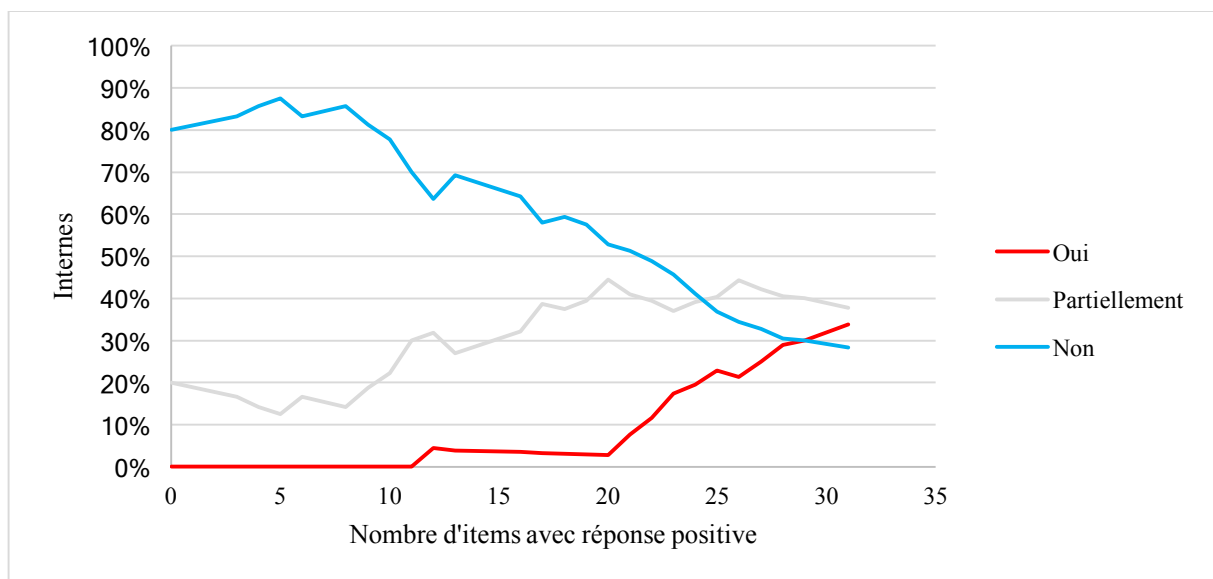


Figure 12. Comparaison entre réponses positives aux items et satisfaction globale

Trois questions ouvertes étaient demandées :

- L'avis global en gynécologie
- Les manques au cours de la formation
- L'accompagnement pédagogique

La plupart du temps des pistes d'améliorations étaient évoquées par les internes à travers ces questions. Elles ont été réparties en catégories :

- Allongement de la durée du stage en gynécologie

« Trop peu de temps en gynécologie mais consultations variées avec sages-femmes et médecins. »

« Seulement 5 après-midi en consultations, avec quelques frottis et surtout du post-op donc pas intéressant pour la médecine générale. Très déçue de ce stage. »

« En gynécologie : manque de temps »

« Un temps plus équitable entre pédiatrie et gynécologie »

« 6 mois dans chaque discipline »

« La durée est trop courte : 3 mois/3 mois. »

« Intérêt de scinder le stage ? »

« Durée du stage trop courte pour pouvoir être autonome sur l'ensemble des problématiques gynéco mais possibilité d'adapter son stage en fonction de ce que l'on souhaite pour sa pratique future de médecin généraliste. »

- Privilégier les structures qui permettent des consultations et favoriser l'autonomie

« Pas assez d'autonomie durant le stage de gynécologie car trop court. »

« Il manque des consultations de suivi au long court »

« Accompagner le gynécologue en consultation »

« Partager le stage entre une formation aux urgences et une formation ambulatoire (consultation en médecine générale ou spécialiste libérale) »

« Manque une formation complète en gynécologie de suivi et de cabinet classique car les urgences sont TRES loin de ce que l'on fait en pratique dans un cabinet »

« Pas de gestion de service en permanence (suites de couches), mais favoriser les consultations avec un gynécologue »

« En gynécologie, il faudrait répartir le temps entre les consultations aux urgences mais également au planning familial et avec les sages-femmes et/ ou gynécologues qui font des consultations de suivis et éventuellement faire quelques consultations avec les chefs. »

- Mieux définir les objectifs d'apprentissages et améliorer l'accompagnement pédagogique

« Il faudrait une aide par des gynécologues car nous sommes lâchés seuls avec un échographe dont on ne sait pas se servir et on enchaîne les consultations d'urgences »

« En pédiatrie, un livret des prescriptions et pathologies courantes nous a été remis dès le début du stage : on s'en sert tous les jours. A proposer en gynécologie également ! »

« Des consultations en association avec un médecin senior pour avoir un abord plus global et juste de la discipline. »

« Pédagogie laxiste ; Encadrement absent ; Livrés à nous-mêmes. »

« Il manque une discussion avec les seniors après nos prises en charge. »

- Améliorer la formation théorique et pratique

« Mise en place de cours théorique pour les sujets de base de la gynécologie »

« Trop livré à soi-même, pas assez de cours lors des stages (pour ce qui concerne la gynécologie) »

« Plus de cours théoriques »

« Mettre en place des topos lors du stage, manque une formation théorique pour les gestes techniques comme la pose de DIU. »

« J'aurais aimé une formation centrée sur notre pratique future. Éviter de nous faire faire le travail que les chefs ne souhaitent pas faire surtout quand le travail demandé est en dehors de nos compétences. »

« Nous apprendre à gérer le stress inhérent à une annonce de fausse couche. »

« Manque la prise en charge des violences en général et aussi de la ménopause. »

« Ce qui gêne : la partie échographie car nous ne sommes pas formés et c'est inutile pour la pratique future. »

- Investissement de l'interne

« L'encadrement de ce stage est peut-être un peu "laxiste" ; dans un sens c'est très bien car cela permet de l'autonomie et les chefs restent disponibles mais d'un autre côté on a peut-être un peu tendance à se reposer sur nos lauriers sans un encadrement un peu plus poussé. »

« Encadrement par des gynécologues uniquement si l'interne est motivé et participe à sa formation. »

« En gynéco : encadrement quasi inexistant à 2 médecins près ... nous nous sommes malgré tout impliqués dans notre stage, mais nous savions dès le début que nous n'apprendrions pas grand-chose. »

5 DISCUSSION

5.1 AUTOUR DE LA METHODE

Cette étude fait l'état des lieux des acquisitions des internes de médecine générale de Clermont-Ferrand à l'issue de leur stage couplé santé de la femme santé de l'enfant.

Notre but n'était pas d'évaluer la formation des internes. En effet, l'expérience est nécessaire à l'acquisition et à l'augmentation du niveau de compétences.

C'est une étude d'auto-évaluation qui est, par conséquent, limitée par le système déclaratif. Nous avons rappelé dans le texte introductif le caractère anonyme des réponses afin de limiter les biais déclaratifs.

Le questionnaire a été construit à partir de données fiables issues de la bibliographie, mais il s'agit d'un questionnaire original dont la validité et la fiabilité restent à établir.(6)(7)(8)

Nous avons essayé d'être le plus exhaustif possible.

Les internes ont été contactés par trois modes différents : la faculté via leur boîte mail, le groupe Facebook via le syndicat des internes et individuellement lorsque cela était possible via la messagerie Facebook. Cela a permis d'obtenir un taux de participation correct : 53% mais l'objectif d'exhaustivité n'a pas été atteint. Ces résultats rappellent l'importance du mode d'envoi des questionnaires afin de garantir leur bonne réception.

Le choix de la population restreinte à deux promotions, limite les résultats qui ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des internes de médecine générale de Clermont-Ferrand, notre population cible, mais permet d'obtenir tout de même une tendance. Pour chaque poste de stage, nos résultats ne reflètent pas la qualité du dispositif de formation mais bien la qualité ressentie du dispositif de formation pour l'interne concerné à un moment donné. Il serait donc intéressant de la poursuivre sur un plus grand nombre, pour avoir un avis global.

Pour limiter le biais de mémorisation nous avons décidé de solliciter uniquement les deux dernières promotions : ECN 2018, ECN 2017. Pourquoi y-a-t-il plus de réponses de la promotion ECN 2018 ? Le questionnaire a été envoyé lors des deux dernières semaines du stage d'été 2020, c'est pour cela que les internes de la promotion ECN 2018 en stage couplé lors de cette période sont plus nombreux à avoir répondu car ils se sentaient probablement plus concernés. De plus, la promotion 2018 en général est largement majoritaire car le co-thésard avec qui cette étude est réalisée, fait partie de cette promotion. Les résultats de la promotion 2017 sont moins importants. L'hypothèse la plus probable est qu'ayant fini leur DES, les

anciens internes entrés dans la vie active se sont sentis moins concernés. Tout cela représente un biais de sélection.

Le nombre de postes ouverts en ambulatoire reste beaucoup moins important que les postes hospitaliers, les réponses sont donc majoritairement hospitalières. Pour faciliter l'analyse il y a eu un regroupement des stages ambulatoires et mixtes, mais les stages mixtes correspondent tous à de la gynécologie hospitalière et à de la pédiatrie libérale. Il n'y a qu'un seul stage purement ambulatoire. Notre étude n'avait pas pour but d'identifier la ou les structures où l'interne était plus satisfait, car cela est très subjectif et dépend en général de plusieurs facteurs. Comme dans notre étude, d'autres travaux retrouvent que les stages sont majoritairement réalisés en hospitalier, ce qui entraîne un manque d'accès aux consultations et donc à la gestion de l'ambulatoire. (13)

5.2 AUTOUR DES RESULTATS

5.2.1 OBJECTIFS

Notre objectif principal était de savoir si l'interne se sentait capable d'effectuer des situations courantes de santé de la femme dans sa pratique future. 41% des internes ont répondu positivement à plus de la moitié des situations proposées. Ces mêmes internes répondent positivement à la question de satisfaction globale concernant le stage.

Les situations proposées sont le socle de la santé de la femme, un médecin généraliste sera un jour ou l'autre confronté à ces situations dans le cabinet. Ainsi nous avons recherché les facteurs qui pourraient influencer cette acquisition.

Le fait d'avoir fréquemment rencontré une situation entraîne une acquisition de la gestion, en effet les différents graphiques permettent de mettre en évidence un lien extrêmement fort entre fréquence de confrontation et acquisition des connaissances.

Il serait intéressant de préciser les compétences mobilisées par les internes. Est-ce une acquisition faite au cours du stage ou sur la formation théorique passée ou les stages passés ?

Il est mis en évidence que certaines situations ne sont que très rarement rencontrées quel que soit le lieu de stage. Il serait intéressant de savoir si la situation fait partie du rôle de l'interne et si l'accompagnement pédagogique permet une autonomisation. Des études ultérieures pourraient rechercher les causes du manque de prise en charge de certaines situations fondamentales comme les violences conjugales.

Le genre de l'interne ne semble pas influencer l'acquisition faite au cours du stage. Cela est à la limite de la significativité avec 0,059. On constate que 17 femmes sont satisfaites de leur stage contre 8 hommes. De nombreuses études se sont intéressées au genre de l'interne dans la formation gynécologique.

Une étude réalisée en 2017 montrait que 81% des médecins femmes déclaraient réaliser des actes d'examens gynécologiques « régulièrement ou beaucoup » contre 21% des hommes.(14)

Le genre masculin n'influence ni sa motivation ni son acquisition de compétences en gynécologie d'après un travail de 2009.(15)

Il a été mis en évidence que les patientes n'étaient pas gênées du genre masculin du médecin alors que d'autres études disent le contraire. (16) Certaines patientes préféraient consulter une femme pour le suivi gynécologique plutôt qu'un homme. Il est possible que la perception des besoins de formation des internes soit influencée par le genre.

Le fait que le stage soit couplé santé de la femme santé de l'enfant est-il réellement un avantage ? Cela serait pertinent de réaliser une étude dans ce sens. Dans notre étude, l'interne passe en santé de la femme en moyenne moins de 2 mois sur les 6 mois. Ce qui est très peu. On retrouve qu'un temps passé inférieur à 3 mois entraîne une insatisfaction globale pour le stage santé de la femme. Dans certaines facultés, le stage n'est pas couplé et les internes ont le choix entre santé de la femme et santé de l'enfant or il semble que le terrain de stage de pédiatrie soit favorisé au dépend de la gynécologie. Une étude réalisée en 2016 montrait que les médecins

n'ayant pas eu de formation en gynécologie se sentaient en difficulté dans leur pratique et qu'ils leur semblaient nécessaire de réaliser ce stage. (17)

Deux stages distincts seraient probablement pertinents mais d'autres études mettent en avant que les stages couplés santé de la femme santé de l'enfant permettent d'optimiser la formation de médecine générale qui n'est d'une durée que de 3 ans. (18) Le principal problème est de trouver assez de terrains adaptés pour pouvoir accueillir l'ensemble des internes.

5.2.2 GROUPES DE SITUATIONS

- Gestes techniques

Le questionnaire demande aux internes s'ils considèrent que ce geste est acquis, mais la réponse est influencée par la confiance en soi du médecin : il n'y a aucune certitude sur la véritable maîtrise du geste. L'habileté technique et la formation pratique des gestes techniques se déroulent en grande partie au moment de l'internat mais aussi pendant l'externat. Des études montrent qu'il n'y a pas de différence si le geste est réalisé par un gynécologue ou un médecin généraliste formé. (19)

Lorsque le geste technique a été acquis au cours de la formation du médecin de manière sûre et répétée, celui-ci aura plus tendance à réaliser l'action. Il est donc nécessaire que chaque interne puisse se former au cours du DES de médecine générale.

Dans notre étude, les gestes « non invasifs » semblent acquis avec plus de 75% de réponses positives en moyenne. Mais concernant les gestes plus interventionnistes, mise et retrait d'un implant ou d'un DIU, seuls 40% se considèrent capables de pouvoir le faire dans leur pratique future. Ces résultats sont en accord avec les différentes études sur le sujet. Il est mis en évidence que lorsque l'interne a réalisé le geste une dizaine de fois celui-ci se sent capable de le réaliser dans le futur et que l'acquisition semble faite. Ce chiffre semble assez faible et il est probable que les gestes qui demandent plus de dextérité et de confiance soient plus longs à acquérir.

Une étude nationale a été réalisée en 2013 par l'ISNAR-IMG (Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) concernant la formation des internes de médecine générale, tous semestres et universités confondus. (20)

Seuls 31 % des internes interrogés déclarent avoir déjà posé un dispositif intra-utérin, résultats similaires pour notre étude.

84 % des internes ont réalisé un frottis cervico-vaginal contre 86% dans notre étude.

51 % des internes déclarent avoir posé un implant sous cutané contre 41% dans notre étude.

L'étude déclarative concernant la prise en charge de situations gynécologiques par les internes faite en 2011, retrouve que l'ensemble des internes a réalisé un toucher vaginal au cours de leur stage ambulatoire ou SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), contre 78 % dans notre étude. (21) Le toucher vaginal fait partie de l'examen clinique gynécologique classique mais sa réalisation systématique dans le cadre du dépistage est remise en cause. Un groupe d'experts américains conclut que l'état des connaissances est insuffisant pour évaluer la balance bénéfice risque du toucher vaginal chez les femmes asymptomatiques et non-enceintes dans la recherche d'une série de pathologies gynécologiques. (22)

Les améliorations plébiscitées par les étudiants sont : le passage en stage de planning familial, l'obligation de valider un nombre de consultations en gynécologie dédiées au suivi gynécologique et à la contraception. La formation sur mannequin pour la pose d'implant et de DIU pourrait être une piste pour permettre à l'interne d'acquérir toute la confiance nécessaire lorsqu'il devra le réaliser seul.

- Grossesse

Par sa possibilité de suivre l'ensemble de la famille, le médecin généraliste est le mieux placé pour comprendre l'environnement dans lequel se développe la grossesse. En effet, suivre une grossesse c'est savoir détecter à temps une souffrance fœtale mais aussi être attentif à d'éventuelles souffrances maternelles (physique, morale, psychosociale). Seulement 27% des femmes déclarent avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste durant la période de leur grossesse.(23) La proportion de femmes suivies par le médecin généraliste pourrait être plus importante. Pour que le médecin se sente capable d'accompagner la femme au cours de sa grossesse, il convient que la formation médicale en obstétrique soit appropriée.

Dans notre étude, la formation existante permet en moyenne à 60 % des internes de savoir gérer un suivi de grossesse. Trois items sont peu fréquemment rencontrés entre 1 à 5 fois et dont l'acquisition n'est faite que chez 15% des internes :

- Consultation du post partum
- Consultation d'infertilité
- Dépistage des violences conjugales au cours de la grossesse

La possibilité pour tous les internes de se former existe-t-elle réellement dans tous les lieux de stages pour ces trois sous-parties très spécialisées ?

La réglementation prévoit une consultation post-natale comportant de nombreux objectifs dictés par la HAS (Haute Autorité de Santé).(24) Cette visite obligatoire arrive tard entre 6 à 8 semaines et les objectifs sont nombreux. Cette période de vulnérabilité chez la femme nécessiterait un suivi plus rapproché. Le médecin généraliste averti sera plus enclin à dépister ce trouble.

L'infertilité concerne 1 couple sur 6 et 15% auront recours à des traitements indicateurs de l'ovulation ou à des techniques de procréation médicalement assistée. Le médecin doit pouvoir interroger, examiner et prescrire au couple les examens complémentaires de première intention permettant d'accélérer ce long parcours notamment chez la femme de plus de 35 ans. (25) Dans

notre étude l'interne a été peu confronté à cette sous-partie de la gynécologie, cela semble normal car cette partie très spécialisée est souvent gérée par des centres hospitaliers spécialisés et les stages qui permettent un accès sont réservés à l'internat de gynécologie.

Il serait intéressant de cibler les acquisitions que l'interne doit acquérir à la fin de son stage, en proposant des jours de consultations spécifiques qui lui permettent de se former.

La période de la grossesse est un moment propice au dépistage des violences conjugales, en effet la femme sera en contact avec des acteurs de santé de manière répétée.

Dans notre étude seuls 13% des internes considèrent que le stage leur a apporté les connaissances pour la gestion du dépistage des violences au cours de la grossesse. Cela est corrélé à une fréquence de confrontation faible, les internes n'ont pas rencontré cette situation ou alors moins de 5 fois au cours du stage. On peut en conclure que ce sujet est encore trop peu souvent évoqué lors des consultations prénatales.

Dans une étude faite sur le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales dans le Puy de Dôme, les principales raisons pour lesquelles les professionnels ne réalisaient pas de dépistage systématique des violences conjugales était la peur de mettre mal à l'aise la patiente pour 60% d'entre eux et 40% un manque de connaissances. (26)

L'entretien prénatal précoce devenu obligatoire devrait permettre un dépistage plus important des violences au cours de la grossesse.

- Infection sexuellement transmissible

La prévention des IST repose sur le dépistage d'infection asymptomatique, l'éducation des personnes et la vaccination lorsqu'elle existe, le diagnostic des infections symptomatiques et le traitement des patients lorsque cela est possible.

La combinaison de tous ces éléments permet de casser les chaînes de transmission au niveau collectif et de réduire la morbi-mortalité individuelle.

La prévention des populations à risque reste un enjeu de santé publique. Il existe une recrudescence de la syphilis, des infections à chlamydia et des infections à gonocoque. Le

nombre de découvertes de séropositivité du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) en 2020 a été estimé à 4 856 personnes, soit une diminution de 22% par rapport à 2019. Cette diminution du nombre de diagnostics d'infection à VIH peut être expliquée en partie par la diminution de l'activité de dépistage d'après santé publique France. Des infections à VIH (30%) ont été découvertes à un stade avancé de l'infection, ce qui constitue une perte de chance en termes de prise en charge individuelle. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) rappelle l'importance de cibler les populations à risque, et le rôle essentiel des soins primaires. Les médecins généralistes occupent en ce sens une place privilégiée dans la prévention des IST.(27)(28)(29)

Dans notre étude, chaque situation du groupe « IST » a été prise en charge par 75% des internes. Les 4 situations sont rencontrées très fréquemment, ce qui semble très satisfaisant. Il serait intéressant de savoir si l'interne a été à l'initiative de l'éducation ou du dépistage des IST en fonction du motif de consultation. Le médecin doit saisir l'opportunité de repérer les personnes à risque, et de répéter les interventions de prévention, y compris à l'occasion de consultations pour d'autres motifs.

Une étude locale à Angers met en évidence que 81% des internes ont réalisé un bilan IST lors de leur stage. (10) Une étude d'Aquitaine rapporte que 90 % des internes ont pris en charge des situations concernant les IST mais 14% ont déclaré ne pas avoir assuré l'éducation à la santé et 11% ne pas avoir évalué les risques d'IST. (11)

- Contraception et Interruption volontaire de grossesse

En France, le taux de couverture contraceptive est très élevé. Cependant le recours à l'IVG est stable depuis 10 ans avec 220 000 IVG par an en France. Parmi les grossesses non prévues, un tiers n'utilise aucune méthode de contraception, un tiers utilise une méthode naturelle ou le préservatif et un tiers utilise une méthode contraceptive médicale (pilule, DIU, ...). Les raisons des échecs sont variées. (30) Le médecin généraliste doit permettre la promotion de la contraception, l'éducation thérapeutique quant à l'utilisation du moyen choisi. Lorsqu'un risque

de grossesse est identifié, il doit savoir prescrire une contraception d'urgence lorsque cela est possible sinon il doit pouvoir orienter rapidement la patiente vers un centre d'IVG lorsque le délai est dépassé. La prescription anticipée d'une contraception orale d'urgence permet de réduire les retards de prise en charge. Les données épidémiologiques montrent que la principale raison de non recours à une contraception d'urgence est le manque d'informations concernant les modalités d'accès et d'utilisation. (31)

Dans notre étude, l'interne semble avoir acquis la mise en place d'une contraception ou la gestion de celle-ci avec plus de 70% de réponses positives. Mais la gestion de la contraception d'urgence ou de la demande d'IVG ne semble acquise que par 50% d'entre eux. Ce résultat apparaît insuffisant au regard des besoins des femmes. En 2015, le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes publie un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG. (32) Les moyens préconisés comprennent le renforcement de la formation des professionnels, ainsi que l'amélioration de la coordination des soins et de valoriser la prise en charge des IVG en cabinet de ville.

Dans une étude réalisée sur Bordeaux similaire à la nôtre, 66 % des internes ont assuré une consultation pour demande d'IVG, 51% pour une étude sur Paris. On pourrait penser que la densité des gynécologues plus faible dans notre région d'Auvergne, entraînerait un besoin de formation par les internes de médecine générale plus importante, mais les résultats sont similaires.

Dans ces deux études, la gestion de la contraception par les internes semble acquise après les stages d'internat comme pour la nôtre avec 94% sur Bordeaux et 79% sur Paris. (11)(15)

Les médecins généralistes ont un rôle primordial à jouer pour améliorer la qualité du système de soins dans ce domaine. Les résultats montrent que la question de la contraception fait partie intégrante de la formation de l'interne mais que la formation théorique et pratique concernant la gestion des grossesses non désirées est à approfondir.

- Ménopause

La ménopause, processus physiologique inéluctable dans la vie génitale d'une femme apparaît en moyenne à l'âge de 50 ans. Du fait du vieillissement de la population, la proportion de femmes concernées dans la patientèle des médecins généralistes est conséquente. La ménopause peut s'accompagner de symptômes plus ou moins invalidants regroupés sous le nom de « syndrome climatérique » (bouffées de chaleur, sudations nocturnes, dysurie, sécheresse vaginale). Ces symptômes peuvent être responsables d'une altération importante de la qualité de vie. Plusieurs traitements sont proposés pour atténuer les symptômes, les compléments alimentaires, des traitements médicamenteux non hormonaux et des traitements médicamenteux hormonaux (THS). Cependant les traitements hormonaux largement répandus avant les années 2000 majorent le risque de cancer du sein, de l'endomètre et des ovaires, et le risque de thrombose veineuse, d'AVC (Accident Vasculaire Cérébral) et d'infarctus du myocarde. Les prescripteurs doivent donc être particulièrement attentifs au respect des recommandations.

La ménopause est responsable de l'accélération de la déminéralisation osseuse et représente donc un facteur de risque d'ostéoporose. La prévention des fractures ostéoporotiques repose sur la prévention de l'ostéoporose, son dépistage et son traitement. L'ostéodensitométrie dépend du niveau de risque fracturaire.

La balance bénéfice risque doit être propre à chaque femme, le médecin généraliste occupe une place privilégiée pour les prendre en charge.

Dans notre étude, les quatre items posés ne sont pas acquis par plus de 70 % des internes. Ces résultats inquiétants pourraient s'expliquer en partie par le manque d'exposition des internes. En moyenne, au cours du stage ces situations ont été rencontrées moins de 5 fois, cela révèle aussi un manque de formation théorique. Il serait donc intéressant d'améliorer cette partie aux cours de la formation théorique mais aussi des stages.

L'étude de 2011 concernant l'état des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes en médecine générale sur Angers, retrouve que 40% des internes ont prescrit un traitement hormonal substitutif de la ménopause au cours de leur stage ambulatoire de niveau 1 ou de SASPAS.(10) 56% des internes ont assuré savoir expliquer les traitements substitutifs de la ménopause. La différence de pourcentage peut s'expliquer par les nouvelles recommandations parues en 2004, qui a entraîné une modification des pratiques.

Une autre étude de l'université de Paris montre des résultats similaires à la nôtre, avec 24% d'internes qui auraient pris en charge des situations impliquant ménopause au cours de leur internat. (15)

- Cancer gynécologique

Le dépistage des cancers gynécologiques occupe une place à part parmi les soins préventifs du fait de leur rapport à l'intimité et des compétences techniques et médicales qu'ils requièrent.

En 2015, le cancer du col de l'utérus est le 12^{ème} cancer féminin en France.

Il se développe en moyenne 10 à 15 ans après une infection persistante par un papillomavirus.

La prévention de ce cancer passe par la vaccination anti-HPV, dont les indications ont été étendues à tous les garçons de 11 à 14 ans avec rattrapage possible jusqu'à 19 ans. En effet, les lésions dues à HPV, y compris les cancers, ne sont pas l'apanage des femmes, une vaccination indifférenciée à l'adolescence serait théoriquement plus bénéfique. La couverture vaccinale est faible avec moins de 20% des jeunes filles en 2015. Ceci s'explique par une défiance vis à vis des vaccins en général mais aussi les inégalités d'accès et le manque d'implication des professionnels de santé pour sa promotion. Beaucoup préfèrent insister sur d'autres vaccins jugés plus utiles. (33)

Le dépistage des lésions précancéreuses et des cancers à stage précoce se fait par le frottis cervico-utérin à intervalles réguliers à partir de 25 ans.

Les résultats sont exprimés selon la classification de Bethesda en fonction de leur sévérité et entraînant des investigations complémentaires si nécessaire. 90% des cancers du col pourraient être évités grâce au dépistage par frottis.

Dans notre étude, l'évaluation des facteurs de risque de cancers gynécologiques est acquise pour 58% des internes, la promotion pour la vaccination et l'interprétation du frottis sont acquies pour plus de 70% dans eux. L'acquisition de la réalisation du frottis représente 86% des internes.

L'étude locale de Paris Diderot en 2011 retrouve que 79% des internes ont assuré le dépistage de cancers gynécologiques, 89% pour l'étude de 2017 de Bordeaux.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en France. S'il est dépisté à un stade précoce, la survie à 5 ans est de 99%. Le dépistage du cancer du sein repose sur l'examen clinique des seins et la mammographie.

Dans notre étude, 71% des internes considèrent avoir acquis les compétences de la palpation mammaire, et 63% la prescription de mammographie. Ces résultats sont similaires aux autres études. Le dépistage organisé fait l'objet de controverses ces dernières années. Plusieurs études font état des doutes sur l'efficacité du dépistage ainsi que la sous-estimation des effets insidieux de celui-ci, comme le nombre de faux positifs, le risque de sur diagnostic et de sur-traitement et les cancers radio induits. (34)

Dans ce contexte d'incertitudes scientifiques, les médecins généralistes doivent conseiller leurs patientes. Le praticien doit proposer une information éclairée selon les recommandations officielles, les données de la science actuelle afin de permettre une décision partagée.

- Violences conjugales

Les violences conjugales ne se résument pas aux violences physiques. Il existe la violence verbale, psychologique, économique, administrative, sexuelle qui peuvent s'exercer indépendamment, conjointement mais aussi successivement.

Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage ne consiste pas à permettre aux femmes de sortir de leur relation toxique mais permet une identification précoce afin d'alerter des professionnels dit « ressources ». Il a aussi un rôle de soignant et d'accompagnement, il doit pouvoir traiter les séquelles physiques mais aussi savoir être disponible et à l'écoute pour s'occuper des conséquences psychologiques. L'importance d'un réseau de professionnels et d'associations lui permet de ne pas être démuni.

Pour la région Auvergne, un pôle régional de référence et d'accueil des violences sexuelles et des maltraitances existe au sein du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Clermont-Ferrand. Il a pour objectif d'être un lieu d'accueil et de prise en charge des victimes et un lieu de référence de coordination, de formation des professionnels au niveau régional. Issu d'un travail universitaire de Clermont-Ferrand, le site declicviolence.fr est devenu le site de référence des médecins généralistes.

Dans notre étude les internes n'ont pratiquement pas été confrontés à la gestion des violences conjugales quel que soit le lieu de stage. Il se pose la question de pourquoi les internes déclarent y avoir été si peu confrontés. La plupart des établissements possèdent un médecin référent ou un médecin légiste dédié à la prise en charge des personnes victimes de violences. Le statut particulier pourrait freiner les femmes dans leur confiance, car elles ne seront pas forcément revues par lui pour le suivi ultérieur. Une autre hypothèse est la non-réalisation d'un dépistage systématique. Plusieurs études parlent des bienfaits du dépistage systématique des violences lors de consultations banales.⁽³⁵⁾ Dans une étude sur les obstacles au repérage des violences conjugales en médecine générale, les médecins ne pratiquaient quasiment pas le dépistage systématique, les freins retrouvés étaient multiples, ils rapportaient un manque de formation, une appréhension sur le ressenti des femmes sur cette question intrusive, un manque de temps, et des peurs des représailles du conjoint. ⁽³⁶⁾

Une étude s'est intéressée à l'impact d'une formation théorique chez les internes de pédiatrie. Une évaluation des connaissances était réalisée trois mois après. La pratique du dépistage des violences conjugales et le vécu des internes lors de ce dépistage s'en trouvaient améliorés. (37)

5.3 REPONSES OUVERTES

L'avis global du stage santé de la femme des internes a été recueillie par une question ouverte.

La plupart des réponses sont mitigées voire négatives :

- La durée courte du stage de gynécologie est plusieurs fois citée. Le stage est non normé, la plupart des internes n'ont effectué que 1,5 mois de stage. Ceci entraîne des lacunes, et les internes rapportent n'être pas à l'aise pour réaliser les actes courants de gynécologie après leur stage. L'acquisition pour certains sera due à leur stage ambulatoire chez le médecin généraliste.
- Un stage non adapté pour la pratique future avec des plaintes concernant un manque d'encadrement et mais aussi des postes dédiés pour les internes de médecine générale à la gestion de l'urgence (douleur abdominale, infection, métrorragie...) et donc l'impossibilité pour eux de se former sur les actes « basiques » de gynécologie tels que la contraception.
- Plusieurs internes rapportent avoir dû effectuer des échographies sus pubienne ou endo-vaginale sans formation dès le premier jour de stage.

Peu d'internes ont des commentaires dithyrambiques sur leur stage, le lieu de stage semble influencer sur les commentaires. Il est impossible de comparer de manière pertinente les stages ambulatoires et hospitaliers car il n'y a qu'un seul stage ambulatoire pour la gynécologie. Les stages majoritairement de consultations entraînent des commentaires positifs car ils permettent de voir une variété de situations. Mais quelques réserves sont émises sur l'absence d'autonomie, qui entraîne un stage souvent d'observation.

L'opinion des internes sur la qualité du dispositif de formation a fait l'objet de nombreuses études, deux études ont été réalisées au niveau national.

La première étude concerne les attentes des internes par rapport au DES de médecine générale idéal. 68 % des répondants, toutes universités confondues, souhaitent augmenter la formation ambulatoire en incluant le pôle mère-enfant.(38)

La deuxième étude retrouve que :

- 58% des internes, toutes universités confondues, estimaient le stage de gynécologie nécessaire.
- 58% considéraient le stage de gynécologie ambulatoire nécessaire contre 16% en hospitaliers.(39)

Il serait intéressant de pouvoir proposer un stage de santé de la femme avec des jours de consultations avec des professionnels de santé en ambulatoire comme des sages-femmes, des gynécologues, mais aussi dans des centres de planning familial ou chez des médecins généralistes donc la pratique est orientée vers la gynécologie.

Les internes étaient questionnés sur les manques de la formation et l'encadrement au cours de leur stage. Les internes rapportent un manque d'encadrement en gynécologie et souhaitent des stages divisés : 6 mois dans chaque discipline. Ceci permettrait à l'interne d'avoir un vrai rôle lors de son stage de gynécologie avec des consultations en autonomie au fur et à mesure du stage. Il serait intéressant de réaliser dans une autre étude l'apport d'un livret de situations à rencontrer au cours du stage afin de cibler l'apprentissage à rechercher pendant les 6 mois de stage.

6 CONCLUSION

Devant la diminution du nombre de gynécologues médicaux et obstétricaux et l'augmentation de la demande de soins de la population, les médecins généralistes vont être de plus en plus sollicités dans la prise en charge gynécologique de leurs patientes. Il est primordial que l'interne en médecine générale puisse accéder à une formation de qualité dans ce domaine.

Faire un état des lieux des acquisitions relatives à la santé de la femme après le stage couplé santé de la femme santé de l'enfant en Auvergne était notre objectif principal. Moins de la moitié des internes se sentent capable d'assurer un socle de base de situations dans leur pratique future. La formation concernant la prise en charge de la contraception, des infections sexuellement transmissibles et des cancers gynécologiques apparaît suffisante. Les acquisitions concernant les violences conjugales ou la ménopause sont très insuffisantes.

A travers cette étude nous avons mis en évidence que l'acquisition des connaissances est corrélée à la fréquence de confrontation. La formation n'est pas suffisante si le stage est inférieur à 3 mois. La littérature met en évidence que la formation du médecin généraliste est plus complète et adaptée lorsque le stage propose majoritairement des consultations.

Il a été mis en évidence que l'interne souhaitait un allongement de la durée du stage en gynécologie, la mise en place de formation théorique et pratique, des objectifs de stage précis. Notre étude a permis de préciser les attentes des internes vis-à-vis de leur formation en Auvergne concernant la santé de la femme. Elle pourrait être utile à l'amélioration de l'offre de stages proposée par l'université de Clermont-Ferrand.

Pierre CLAVELOU
Doyen-Directeur



Le 29/04/2022,
La Présidente du Jury,
Pr Catherine Laporte

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CNGE Recherche. Etude ECOGEN [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_recherche/etude_ecogen/
2. Ministère des solidarités et de la santé. data.drees.sante.gouv [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?sCS_referer=&sCS_CosenLang=fr
3. DREES. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. J Pédiatrie Puériculture. juill 2009;22(4- 5):245- 53.
4. Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R. Gynécologie et santé des femmes, Quel avenir en France ? ESKA. 2000.
5. Ministère de l'éducation Nationale, De l'Enseignement Supérieur et De la Recherche. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. Texte 29 sur 193 avr 21, 2017.
6. CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger Levrault. 2010.
7. SFMG. OMG - Observatoire de la Médecine Générale. Les diagnostics les plus fréquents. [Internet]. 2009 [cité 3 juin 2021]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/>
8. Attali C, Huez J, Valette T, Lehr-Drylewicz A. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer. 2013;(108):65- 9.
9. Belkebir R. Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus. La gynécologie en soins primaires. Poitiers : Université de Poitiers; 2004.
10. Royer 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 d'exercice]. Université d'Angers; 2011.
11. Deseille N, Joseph J-P. La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie. Université de Bordeaux; 2017.
12. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de littérature. Angers: Université d'Angers; 2018.
13. Angot O. Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création : une enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine françaises. Toulouse 3 : Université Paul Sabatier; 2009.
14. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative. Grenoble : université Grenoble Alpes; 2017.
15. Nougairède M, Jules-Clément M. La formation gynécologique au cours du D.E.S de médecine générale; étude sur la faculté Paris Diderot-Paris 7 [Internet]. Université Paris-Diderot-Paris 7; 2011. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3647_JULES-CLEMENT.pdf
16. Lanne O. La gynécologie en médecine générale : le genre masculin du praticien représente-t-il un obstacle pour les patientes ? Rouen : Université de Rouen; 2009.
17. Colchen M. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie. Amiens : Université de Picardie Jules Verne; 2016.

18. Daillencourt F, Banâtre A. Quelles sont les attentes des internes du DES de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie? [Thèse d'exercice]. Université de Rennes; 2018.
19. Hofliger P, Golfier F, Vollerin F, Legoaziou M. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale, l'exemple du frottis cervical. *Rev Prat-Med Gen*. 1994;254:29- 32.
20. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine générale [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
21. Baranger-Royer L, Baron C. Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire. *Exercer*. mai 2011;22(97):90- 1.
22. The Us Preventive Services Task Force. Screening for Gynecologic Conditions With Pelvic Examination. *Clin Rev Educ*. 7 mars 2017;317(9).
23. Lecomte B, Sauvage A. Place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse. Université de Rouen; 2017.
24. HAS, Shozai R, Petitprez K. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2008.
25. Sarfati P, Amand G, Maitrot-Mantelet L. Exploration d'une infertilité en médecine générale. *Rev Prat*. nov 2020;1049(34):754- 6.
26. Rouveyre M. Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales: état des lieux de la pratique dans le Puy de Dome. Université de Clermont-Ferrand; 2012.
27. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. *Bull Santé Publique*. déc 2021;
28. OMS. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. Who.int. 2021. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
29. Viriot D, Fournet N, InVS. Epidémiologie des IST en France et en Europe [Internet]. 2015. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/s2_m_epidemiologie_des_ist_france_et_europe_f_lot.pdf
30. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.
31. Aubin C, inspection générale des affaires sociales. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. 2009.
32. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Améliorer accès à l'IVG. 2015.
33. Degoue M, Épaulard O. Place de la vaccination anti-HPV dans la pratique des médecins généralistes. Université Grenoble Alpes; 2019.
34. Diagnostics par excès: effet indésirable insidieux du dépistage. *Rev Prescrire*. février 2015;35(376):111- 8.
35. Dhuny Deshpriya Neelesh. Violences conjugales : vers un dépistage systématique par les médecins généralistes lorrains. Université de Lorraine; 2012.
36. Barroso Debel. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Université de Paris-Diderot; 2013.
37. McColgan, Cruz, Mckee. Results of a multifaceted Intimate Partner Violence training program for pediatric residents. *Child Abuse Negl*. 2010;(34).
38. Cathalan T. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal ». Université de Paris Est Créteil; 2015.
39. Landry C. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale actuel. Université de Paris Est Créteil; 2015.

ANNEXES I : LE QUESTIONNAIRE

Quelles sont les compétences acquises par l'interne de médecine générale de Clermont-Ferrand à l'issue de son stage "Santé de la Femme et de l'Enfant" ?

Page 1

Bonjour,

Notre travail de thèse (directeur Pr A.Bottet) consiste à évaluer les compétences acquises à l'issue du stage couplé gynécologie/pédiatrie proposés par la faculté de médecine de Clermont-Ferrand lors du 3ème cycle des études de médecine.

Nous cherchons à évaluer la disparité de formation entre les différents lieux de stages gynécologie/pédiatrie .

Nous voulons estimer la fréquence des situations cliniques que vous avez rencontré et si , selon vous , vous avez acquis les compétences nécessaires à les prendre en charge en autonomie totale au cabinet.

Nous aimerions, s'il vous plaît, des réponses les plus honnêtes et objectives possible. Votre anonymat sera préservé.

Merci pour votre contribution à l'amélioration de la formation des générations futures.

Page 2

I- Présentation

Etes-vous : *

- ☐ Une femme
☐ Un homme

En quel semestre avez-vous fait votre gynécologie-pédiatrie ?

- ☐ Novembre 2018 - Mai 2019
☐ Mai 2019 - Novembre 2019
☐ Novembre 2019 - Juin 2020
☐ Juin 2020 - Novembre 2020

Où s'est déroulé votre stage ? *

- | | |
|---|--|
| ☐ Pédiatrie générale et gynécologie
CHU | ☐ Pédiatrie stage libéral chez le MG - Gynécologie St Flours |
| ☐ Urgence pédiatrique et gynécologie
CHU | ☐ PMI St Flours |
| ☐ CH Puy-en-Velay | ☐ Pédiatrie stage libéral chez le MG - Gynécologie CH Issoire |
| ☐ CH Aurillac | ☐ Pédiatrie stage libéral chez le MG - Gynécologie CH Vichy |
| ☐ CH Moulin | ☐ Pédiatrie stage libéral chez le MG - 1 j Gynécologie CHU |
| ☐ CH Montluçon | ☐ Pédiatrie stage libéral chez le MG - Gynécologie libérale chez le MG
Clermont-ferrand |
| ☐ CH Vichy | ☐ Pédiatrie et gynécologie stage libéral chez le MG |
| ☐ CH Thiers | ☐ Pédiatrie stage libéral chez le MG - Gynécologie libérale Montluçon |

Organisation de votre stage ?

	0 mois	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois
temps effectué en pédiatrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
temps effectué en gynécologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II - Gynécologie

1 - Gestes techniques :

Je considère que le stage m'a apporté les connaissances suffisantes pour pouvoir assurer ces gestes lors de ma pratique future : oui/non. *

Légende :

-- : jamais (0 fois)

- : peu fréquent (1-5 fois)

+ : fréquent (5-15 fois)

++ : très fréquent (>15 fois)

	OUI	NON	A quelle fréquence avez vous été confronté à ces situations lors de votre stage :			
			--	-	+	++
Examen clinique des seins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Toucher vaginal	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Frottis Cervico-Utérin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prélèvement Vaginal	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pose d'implant contraceptif	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Retrait d'implant contraceptif	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pose de DIU	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Retrait de DIU	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2- Grossesse

Je considère que le stage m'a apporté les connaissances suffisantes pour pouvoir assurer ces actes en autonomie lors de ma pratique future : oui/non *

Légende :

- : jamais (0 fois)
- : peu fréquent (1-5 fois)
- + : fréquent (5-15 fois)
- ++ : très fréquent (>15 fois)

	OUI	NON	A quelle fréquence avez-vous été confronté à ces situations ?
			-- - + ++
Consultation début de grossesse	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Bilan initial de début de grossesse	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Prévention infectieuse (règles hygiéno-diététique, listeria, toxoplasmose)	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Conseil activité physique, poursuite du travail etc	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Consultation post partum	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Consultation infertilité	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Dépistage des violences conjugales au cours de la grossesse	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐

3 - IST :

Je considère que le stage m'a apporté les connaissances suffisantes pour pouvoir assurer ces actes en autonomie lors de ma pratique future : oui/non. *

Légende :

-- : jamais (0 fois)

- : peu fréquent (1-5 fois)

+ : fréquent (5-15 fois)

++ : très fréquent (>15 fois)

	OUI	NON	A quelle fréquence avez vous été confronté à ces situations ? -- - + ++
Consultation de prévention des IST	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Prescription de bilan sérologique d'IST	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Interprétation de bilan sérologique d'IST	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Interprétation et traitement d'un PV positif	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐

4 - Contraception et IVG :

Je considère que le stage m'a apporté les connaissances suffisantes pour pouvoir assurer ces actes en autonomie lors de ma pratique future : oui/non. *

Légende :

-- : jamais (0 fois)

- : peu fréquent (1-5 fois)

+ : fréquent (5-15 fois)

++ : très fréquent (>15 fois)

	OUI	NON	A quelle fréquence avez vous été confronté à ces situations ?
			-- - + ++
Aide au choix d'une contraception	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Première prescription de contraception	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Modification d'un traitement contraceptif	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Contraception d'urgence: information et prescription	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Gestion d'une demande d'IVG	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐

5 - Ménopause :

Je considère que le stage m'a apporté les connaissances suffisantes pour pouvoir assurer ces actes en autonomie lors de ma pratique future : oui/non. *

Légende :

-- : jamais (0 fois)

- : peu fréquent (1-5 fois)

+ : fréquent (5-15 fois)

++ : très fréquent (>15 fois)

	OUI	NON	A quelle fréquence avez vous été confronté à ces situations ? -- - + ++
Mise en place d'un traitement non hormonal de la ménopause	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Mise en place d'un traitement hormonal substitutif (THS)	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Prescription et interprétation d'une ostéodensitométrie	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Prévention des risques de complications de la ménopause	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐

7 - Violences conjugales :

Je considère que le stage m'a apporté les connaissances suffisantes pour pouvoir assurer ces actes en autonomie lors de ma pratique future : oui/non. *

Légende :

- : jamais (0 fois)
- : peu fréquent (1-5 fois)
- + : fréquent (5-15 fois)
- ++ : très fréquent (>15 fois)

	OUI	NON	A quelle fréquence avez vous été confronté à ces situations ?
			-- - + ++
prise en charge initiale d'une victime	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
rédaction d'un certificat médical descriptif de violence conjugales	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Utilisation d'une aide physique ou matérielle pour l'orientation des femmes victimes de violence	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐

Quel est votre avis global sur votre stage de gynécologie ? *

Page 4

III - Pédiatre

1 - Pathologies aiguës de pédiatrie générale :

Je considère que le stage m'a apporté les connaissances suffisantes pour pouvoir RECONNAÎTRE et TRAITER ces pathologies en autonomie lors de ma pratique future : oui/non. *

Légende :

-- : jamais (0 fois)

- : peu fréquent (1-5 fois)

+ : fréquent (5-15 fois)

++ : très fréquent (>15 fois)

	OUI	NON	A quelle fréquence avez vous été confronté à ces situations ?			
			--	-	+	++
Rhino-pharyngite	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otite	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Angine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bronchiolite	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Laryngite	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Crise d'asthme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fièvre isolée du nourrisson	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Infection urinaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Douleur abdominale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gastro-entérite aiguë	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Reflux-gastro-oesophagien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Constipation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eruption cutanée infectieuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eruption cutanée immuno-allergique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Crise convulsive	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Malaise	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Traumatisme crânien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Boiterie de l'enfant	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Traumatisme
ostéo-
articulaire

☐
☐

☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

2 - Gestes techniques :

Je considère que le stage m'a apporté les connaissances suffisantes pour pouvoir assurer ces gestes en autonomie lors de ma pratique future : oui/non. *

Légende :

-- : jamais (0 fois)

- : peu fréquent (1-5 fois)

+ : fréquent (5-15 fois)

++ : très fréquent (>15 fois)

OUI

NON

A quelle
fréquence avez
vous été
confronté à ces
situations ?

-- - + ++

Vaccination

☐
☐

☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Strepta Test

☐
☐

☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Prélèvement
VRS grippe
Covid

☐
☐

☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Mise en place
d'un Peak-
flow
(Débitmètre
de Pointe)

☐
☐

☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Examen du
prépuce
(décalottage)

☐
☐

☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

3 - Consultation de suivi, développement de l'enfant :

Je considère que le stage m'a apporté les connaissances suffisantes pour pouvoir assurer ces actes en autonomie lors de ma pratique future : oui/non. *

Légende :

-- : jamais (0 fois)

- : peu fréquent (1-5 fois)

+ : fréquent (5-15 fois)

++ : très fréquent (>15 fois)

	OUI	NON	A quelle fréquence avez vous été confronté à ces situations ?
			-- - + ++
Suivi psycho-moteur	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Consultation allaitement maternel	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Conseil alimentation au lait artificiel et diversification l'alimentaire	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Depistage trouble visuel, auditif, moteur, neurologique	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Examen ostéo-articulaire (scoliose, dysplasie de hanche...)	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Examen des OGE (phimosis, cryptorchidie...)	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐

3 - Consultation de suivi, développement de l'enfant :

Je considère que le stage m'a apporté les connaissances suffisantes pour pouvoir assurer ces actes en autonomie lors de ma pratique future : oui/non. *

Légende :

-- : jamais (0 fois)

- : peu fréquent (1-5 fois)

+ : fréquent (5-15 fois)

++ : très fréquent (>15 fois)

	OUI	NON	A quelle fréquence avez vous été confronté à ces situations ?
			-- - + ++
Suivi psycho-moteur	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Consultation allaitement maternel	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Conseil alimentation au lait artificiel et diversification l'alimentaire	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Depistage trouble visuel, auditif, moteur, neurologique	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Examen ostéo-articulaire (scoliose, dysplasie de hanche...)	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Examen des OGE (phimosis, cryptorchidie...)	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐

4 - Pathologies chroniques :

Je considère que le stage m'a apporté les connaissances suffisantes pour pouvoir assurer ces actes en autonomie lors de ma pratique future : oui/non. *

Légende :

-- : jamais (0 fois)

- : peu fréquent (1-5 fois)

+ : fréquent (5-15 fois)

++ : très fréquent (>15 fois)

	OUI	NON	A quelle fréquence avez vous été confronté à ces situations ?			
			--	-	+	++
Consultation trouble du développement staturo-pondéral	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consultation trouble du développement psycho-moteur	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consultation trouble du comportement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consultation suivi de diabète	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consultation obésité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consultation allergologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5- Consultations particulières :

Je considère que le stage m'a apporté les connaissances suffisantes pour pouvoir RECONNAÎTRE et GÉRER ces situations en autonomie lors de ma pratique future : oui/non. *

Légende :

- : jamais (0 fois)
- : peu fréquent (1-5 fois)
- + : fréquent (5-15 fois)
- ++ : très fréquent (>15 fois)

	OUI	NON	A quelle fréquence avez vous été confronté à ces situations ?
			-- - + ++
Maltraitance	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐
Violence sexuelle	☐	☐	☐ ☐ ☐ ☐

Quel est votre avis global sur votre stage de pédiatrie ?

Page 5

IV- Bilan

1 - Trouvez-vous que votre formation concernant LA SANTÉ DE LA FEMME lors de ce stage, est en adéquation avec votre future pratique de médecin généraliste ?

- ☐ Oui
- ☐ Partiellement
- ☐ Non

2 - Trouvez-vous que votre formation concernant LA SANTÉ DE L'ENFANT lors de ce stage, est en adéquation avec votre future pratique de médecin généraliste ?

- ☐ oui
- ☐ Partiellement
- ☐ non

Selon vous, QUE MANQUE T-IL à la formation que vous avez reçu lors de votre stage de gynécologie-pédiatrie ? *

Selon vous, en quoi l'encadrement proposé lors de votre stage a facilité ou à l'inverse compliqué votre apprentissage ? *

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je 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.

État des lieux de la formation en santé de la femme des internes de Médecine Générale de Clermont-Ferrand (2019-2020)

RESUME DE THESE

CONTEXTE : La démographie des gynécologues obstétriciens est en baisse et le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la santé de la femme s'en voit renforcé.

La formation en santé de la femme des internes de médecine générale est donc essentielle.

Suite à la réforme du 3^e cycle des études médicales, l'interne devrait réaliser 6 mois de stage en santé de la femme et 6 mois de stage en santé de l'enfant. A Clermont-Ferrand le stage est regroupé en raison de contraintes organisationnelles.

OBJECTIF : Faire un état des lieux de la formation des internes de médecine générale et de leur ressenti concernant la santé de la femme après qu'ils aient réalisé leur stage couplé santé de la femme et santé de l'enfant en Auvergne. Recherche d'une corrélation entre acquisition des connaissances et fréquence de confrontations, durée du stage, genre de l'interne et lieu de stage.

METHODE : Étude déclarative descriptive, transversale, à l'aide d'un questionnaire informatique sur les promotions d'internes de médecine générale de Clermont-Ferrand ECN 2017 et ECN 2018.

RESULTATS : Plus de la moitié des internes ayant répondu, considèrent que leur stage était en adéquation totalement ou partiellement avec leur pratique future de médecin généraliste. Seuls 41% des internes se sentaient capable de réaliser la moitié des items demandés à la fin de leur stage. Lorsqu'une situation a été rencontrée plus de 15 fois, l'acquisition est systématique. Il y a donc une forte corrélation entre fréquence de confrontation et acquisition. Une durée de stage inférieure à 3 mois ne permet pas une formation suffisante. Le genre de l'interne n'influence pas la formation contrairement au lieu de stage. Certains groupes de situations comme les violences conjugales ou la ménopause ne sont que rarement rencontrés ce qui entraîne des lacunes d'apprentissages.

CONCLUSION : Cette étude permet de mettre en évidence des pistes d'améliorations de la formation en santé de la femme dans la région Auvergne.

Mots clés :

Internes	Médecine Générale
Pédagogie	Santé de la femme
Compétences	Gynécologie