



HAL
open science

La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie : état des lieux de la prise en charge en autonomie des situations gynécologiques relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale, et pistes d'amélioration

Nathalie Deseille

► **To cite this version:**

Nathalie Deseille. La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie : état des lieux de la prise en charge en autonomie des situations gynécologiques relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale, et pistes d'amélioration. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01665074

HAL Id: dumas-01665074

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665074>

Submitted on 15 Dec 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie : état des lieux de la prise en charge en autonomie des situations gynécologiques relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale, et pistes d'amélioration

Nathalie Deseille

► **To cite this version:**

Nathalie Deseille. La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie : état des lieux de la prise en charge en autonomie des situations gynécologiques relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale, et pistes d'amélioration. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01665074>

HAL Id: dumas-01665074

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665074>

Submitted on 15 Dec 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. des sciences médicales
Année 2017

Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
Spécialité Médecine Générale
N°137

La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie

Etat des lieux de la prise en charge en autonomie des situations gynécologiques relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale, et pistes d'amélioration.

Soutenue publiquement le 19 octobre 2017

Par Nathalie DESEILLE, née le 14 mars 1985 à Caen (14)

Directeur de thèse

Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Membres du Jury

Professeur Bernard GAY, Président de jury

Docteur Sylvie DUHAMEL, Rapporteur et Juge

Professeur Claudine MATHIEU, Juge

Professeur William DURIEUX, Juge

Docteur Céline LAJZEROWICZ, Juge

— Remerciements —

A l'ensemble des membres du jury et à mon directeur de thèse :

Soyez sûrs de ma grande joie de vous voir réunis autour de ce travail. Vos engagements pour la promotion de la santé, l'amélioration des pratiques et la formation des médecins m'inspirent et m'enthousiasment. Je souhaite que vous trouviez dans mon travail des éléments d'intérêt dans ces domaines qui vont sont chers.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, médecin généraliste, Directeur et Coordonnateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale de l'université de Bordeaux :

Je vous remercie de m'avoir accompagné tout au long de mon travail de thèse avec sérénité, rigueur et bienveillance. Vous rayonnez d'un humanisme fortifiant !

A Monsieur le Professeur Bernard GAY, médecin généraliste, Professeur émérite de médecine générale, ancien Directeur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale de l'université de Bordeaux et ancien Président du Collège National des Généralistes Enseignants :

Merci d'avoir accepté avec enthousiasme de présider mon jury de thèse. Merci aussi pour vos ouvrages et ceux auxquels vous avez contribué, devenus des références, et qui m'accompagnent depuis le début de ma formation de médecin généraliste.

A Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL, médecin généraliste et maître de conférence associée au Département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux :

Merci pour votre relecture attentive et vos suggestions éclairées. Votre engagement particulier pour la défense des droits des femmes, votre sensibilité, votre rigueur scientifique et votre clarté d'expression ont fait de vous une personnalité remarquable à mes yeux. Je vous suis très reconnaissante d'apporter à mon travail votre expertise.

A Monsieur le Professeur William DURIEUX, médecin généraliste, Directeur adjoint du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale de l'université de Bordeaux et Professeur associé du Collège National des Généralistes Enseignants :

Merci d'avoir accepté de prendre part à mon jury de thèse.

A Madame le Professeur Claudine MATHIEU, médecin gynécologue, praticien hospitalier responsable de l'unité de gynécologie médicale et du Centre de Planification et d'Education Familiale du C.H.U. de Bordeaux, et coordonnateur du D.E.S. de gynécologie médicale de l'université de Bordeaux :

Merci d'avoir accepté d'apporter votre expertise à mon travail. Votre participation illustre l'importance des liens entre les professionnels de santé et les formateurs des différentes spécialités médicales. Je fais le vœu de voir se poursuivre ces coopérations enrichissantes visant à améliorer sans cesse la qualité des dispositifs de formation et du système de santé, en constante évolution.

A Madame le Docteur Céline LAJZEROWICZ :

Merci d'avoir accepté de prendre part à mon jury en tant que jeune médecin généraliste, future chef de clinique assistante de médecine générale, et diplômée d'un master de pédagogie.

Aux internes ayant participé à l'étude :

Merci d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire. Je souhaite que mon travail vous soit utile, ainsi qu'aux internes qui vous succéderont. Peut-être y trouverez-vous des éléments inspirants pour réaliser des travaux de recherche ou de terrain.

A toutes les personnes qui renforcent mon envie d'exercer la médecine générale et m'aident à y trouver ma place. A tous ceux qui contribuent au quotidien, de près ou de loin, à l'amélioration et la préservation de la santé des personnes.

A ma famille et mes amis, à qui j'adresserai des lignes personnelles.

Table des matières

Table des tableaux	7
Table des figures	8
Liste des acronymes	10
1. Introduction	11
2. Matériels et méthodes	13
2.1. Objectifs de l'étude	13
2.1.1. Objectif principal	13
2.1.2. Objectifs secondaires	14
2.2. Type d'étude	15
2.3. Population cible et population source	15
2.4. Outil de mesure : le questionnaire	15
2.4.1. Questions relatives aux caractéristiques des internes et des stages	15
2.4.2. Questions relatives à la prise en charge en autonomie des situations.....	16
2.4.3. Questions relatives aux pistes d'amélioration de la formation d'après les internes	18
2.5. Méthode de recueil des données	18
2.5.1. Période de recueil des données	18
2.5.2. Mode de recueil des données	18
2.6. Méthode de description et d'analyse des données	19
2.6.1. Méthode descriptive relative à l'objectif principal	19
2.6.1.1. <i>Situations prises en charge en autonomie</i>	19
2.6.1.2. <i>Nombre de situations prises en charge en autonomie</i>	19
2.6.1.3. <i>Cohérence des situations prises en charge en autonomie</i>	19
2.6.2. Méthode analytique relative au 1 ^e objectif secondaire	21
2.6.2.1. <i>Prise en charge en autonomie des situations selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier</i>	21
2.6.2.2. <i>Prise en charge en autonomie des situations en consultations selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier</i>	22
2.6.2.3. <i>Prise en charge en autonomie des situations en stages hospitaliers selon le type de structures : de consultations ou d'hospitalisations</i>	23
2.6.2.4. <i>Prise en charge en autonomie des situations selon le nombre de structures de consultations</i>	23
2.6.3. Méthode descriptive et analytique relative au 2 ^e objectif secondaire	24
2.6.3.1. <i>Raisons du manque de compétences ressenti d'après les internes</i>	24
2.6.3.2. <i>Besoins ressentis d'un meilleur accompagnement pédagogique pour les différents aspects de la prise en charge</i>	24
2.6.3.3. <i>Souhaits des internes pour améliorer la formation en stages</i>	24

3. Résultats	25
3.1. Population étudiée	25
3.1.1. Taux de participation	25
3.1.2. Genre des internes.....	26
3.1.3. Ancienneté des internes dans le cursus de D.E.S. de médecine générale.....	26
3.1.4. Stage(s) d'internat en médecine générale réalisé(s) antérieurement	27
3.1.5. Caractéristiques des stages	27
3.1.5.1. <i>Type de stage : ambulatoire ou hospitalier</i>	27
3.1.5.2. <i>Type de structure de stage : de consultations ou d'hospitalisations</i>	27
3.1.5.3. <i>Nombre de structures comprises dans les stages</i>	28
3.2. Prise en charge en autonomie des situations	29
3.2.1. Situations prises en charge en autonomie	29
3.2.2. Nombre de situations prises en charge en autonomie.....	32
3.2.3. Cohérence des situations prises en charge en autonomie	35
3.3. Prise en charge en autonomie des situations selon les caractéristiques des stages	44
3.3.1. Prise en charge en autonomie des situations selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier	44
3.3.1.1. <i>Nombre de situations prises en charge en autonomie selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier</i>	44
3.3.1.2. <i>Situations prises en charge en autonomie selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier</i>	44
3.3.2. Prise en charge en autonomie des situations en consultations selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier	46
3.3.2.1. <i>Nombre de situations prises en charge en autonomie en consultations, selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier</i>	46
3.3.2.2. <i>Situations prises en charge en autonomie en consultations selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier</i>	46
3.3.3. Prise en charge en autonomie des situations en stages hospitaliers selon le type de structure : de consultation ou d'hospitalisation	48
3.3.3.1. <i>Nombre de situations prises en charge en autonomie par les internes en stages hospitaliers, selon le type de structure : de consultation ou d'hospitalisation</i>	48
3.3.3.2. <i>Situations prises en charge en autonomie par les internes en stages hospitaliers, selon le type de structure : de consultation ou d'hospitalisation</i>	48
3.3.4. Prise en charge en autonomie des situations selon le nombre de structures de consultations comprises dans les stages	50
3.4. Opinion des internes concernant les pistes d'amélioration de la formation	51
3.4.1. Raisons citées par les internes comme responsables de leur manque de compétence.....	51
3.4.2. Besoin d'accompagnement pédagogique ressenti par les internes pour les différents aspects de la prise en charge	53
3.4.3. Souhaits des internes pour améliorer la formation en stages.....	55

4. Discussion	58
4.1. Discussion de la méthode	58
4.1.1. Objectif principal de notre étude	58
4.1.2. Objectifs secondaires de notre étude	59
4.1.3. Type d'étude	60
4.1.4. Population cible, population source et population étudiée	60
4.1.5. Outil de mesure : le questionnaire	61
4.1.5.1. <i>Introduction du questionnaire</i>	61
4.1.5.2. <i>Questions relatives aux caractéristiques des internes et des stages</i>	61
4.1.5.3. <i>Questions relatives à la prise en charge en autonomie des situations par les internes</i> ...	62
4.1.5.4. <i>Questions relatives aux pistes d'amélioration de la formation d'après les internes</i>	63
4.1.6. Méthode de recueil des données	63
4.1.6.1. <i>Période de recueil des données</i>	63
4.1.6.2. <i>Mode de recueil des données</i>	63
4.1.7. Méthode de description et d'analyse des données	64
4.2. Interprétation des résultats	65
4.2.1. Interprétation des résultats relatifs à l'objectif principal	65
4.2.1.1. <i>Interprétation des principaux résultats relatifs à l'objectif principal</i>	65
4.2.1.2. <i>Interprétation des résultats d'après les données épidémiologiques</i>	66
4.2.1.3. <i>Comparaison des résultats avec les études similaires</i>	76
4.2.2. Interprétation des résultats relatifs aux objectifs secondaires	80
4.2.2.1. <i>Interprétation des résultats relatifs aux objectifs secondaires d'après les besoins spécifiques de formation des internes de médecine générale</i>	80
4.2.2.2. <i>Comparaison des résultats relatifs aux objectifs secondaires avec les études similaires</i> ..	85
5. Conclusion	87
Références	89
Annexe	95
Serment d'Hippocrate	102
Résumé	103

Table des tableaux

Tableau 1. Genre des internes.....	26
Tableau 2. Semestre de D.E.S. de médecine générale des internes.....	26
Tableau 3. Effectifs d'internes en stages ambulatoires selon le nombre de structures.....	28
Tableau 4. Effectifs d'internes en stages hospitaliers selon le nombre de structures.....	28
Tableau 5. Situations prises en charge en autonomie	31
Tableau 6. Situations prises en charge en autonomie selon le type de stage.....	45
Tableau 7. Situations prises en charge en autonomie en consultations selon le type de stage.....	47
Tableau 8. Situations prises en charge en autonomie en stages hospitaliers selon le type de structure	49
Tableau 9. Raisons ressenties d'un manque de formation selon le type de stage.....	51
Tableau 10. Besoins d'accompagnement pédagogique ressenti fort, selon le type de stage.	53
Tableau 11. Besoin d'accompagnement pédagogique ressenti modéré, selon le type de stage	54
Tableau 12. Besoin d'accompagnement pédagogique ressenti nul, selon le type de stage	54
Tableau 13. Comparaison de nos résultats avec les données de la bibliographie. Pour chaque situation, pourcentage d'internes l'ayant prise en charge.....	79

Table des figures

Figure 1 : Diagramme de flux	25
Figure 2 : Situations du groupe "IST" prises en charge en autonomie	29
Figure 3 : Situations du groupe « Contraception et IVG » prises en charge en autonomie	29
Figure 4 : Situations du groupe « Ménopause » prises en charge en autonomie	30
Figure 5 : Situations du groupe « Cancers gynécologiques » prises en charge en autonomie.....	30
Figure 6 : Nombre de situations prises en charge en autonomie	32
Figure 7 : Nombre de situations du groupe « IST » prises en charge en autonomie	33
Figure 8 : Nombre de situations du groupe "Contraception et IVG" prises en charge en autonomie	33
Figure 9 : Nombre de situations du groupe "Ménopause" prises en charge en autonomie.....	34
Figure 10 : Nombre de situations du groupe "Cancers gynécologiques" prises en charge en autonomie	34
Figure 11 : Autonomie comparée pour le dépistage des IST et l'éducation à la santé	35
Figure 12 : Autonomie comparée pour le dépistage et l'évaluation des risques d'IST	35
Figure 13 : Autonomie comparée pour la réalisation et l'interprétation de P.E.V.	36
Figure 14 : Autonomie comparée pour la pose et le retrait d'implant contraceptif.....	37
Figure 15 : Autonomie comparée pour la pose et le retrait de DIU.....	37
Figure 16 : Autonomie comparée pour la prescription d'une première contraception et l'aide au choix	37
Figure 17 : Autonomie comparée pour la prescription d'une contraception et l'évaluation du risque de grossesse	38
Figure 18 : Autonomie comparée pour la prescription d'une contraception et d'une contraception d'urgence	38
Figure 19 : Autonomie comparée pour la prescription d'une contraception et l'aide au choix	38
Figure 20 : Autonomie comparée pour la prescription et l'évaluation des indications d'ostéodensitométrie	39
Figure 21 : Autonomie comparée pour la prescription d'ostéodensitométrie et l'éducation à la santé	39
Figure 22 : Autonomie comparée pour la prescription et l'évaluation des indications d'un traitement de la ménopause	40
Figure 23 : Autonomie comparée pour la prescription d'un traitement de la ménopause et l'éducation à la santé	40

Figure 24 : Autonomie comparée pour la prescription d'un THS et l'évaluation des risques de cancers gynécologiques	41
Figure 25 : Autonomie comparée pour la prescription d'un THS et l'éducation à la santé.....	41
Figure 26 : Autonomie comparée pour le dépistage des cancers gynécologiques et l'évaluation de ses indications.....	42
Figure 27 : Autonomie comparée pour le dépistage des cancers gynécologiques et l'éducation à la santé..	42
Figure 28 : Autonomie comparée pour la réalisation et l'interprétation de F.C.V.....	43
Figure 29 : Raisons ressenties d'un manque de formation en stage.....	51
Figure 30 : Besoin d'accompagnement pédagogique ressenti pour les différents aspects de la prise en charge	53

Liste des acronymes

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'études supérieures

DIU : Dispositif intra-utérin

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

HSV : Herpes Simplex Virus

FCV : Frottis cervico-vaginal

IMG : Interne de médecine générale

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Isnar : Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de grossesse

PEV : Prélèvement endo-vaginal

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

THS : Traitement hormonal substitutif

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

1. Introduction

Les situations de gynécologie-obstétrique occupent une place importante dans les missions^[1,2] et l'activité^[3-6] des médecins généralistes ambulatoires. Elles représentent 7 à 10% des actes réalisés^[4-6], dont 75% concernent des états de santé physiologiques de la femme^[7]. La diminution du nombre de gynécologues de villes depuis les années 2000 renforce le rôle des médecins généralistes dans ce domaine^[8,9].

L'internat de médecine générale devrait donc permettre à l'ensemble des internes d'acquérir les compétences pratiques nécessaires à l'exercice de la gynécologie-obstétrique en médecine générale ambulatoire^[10]. Dans ce but, le stage validant la gynécologie-obstétrique a été rendu obligatoire pour les internes de médecine générale en 2001^[11]. Son intérêt pour l'exercice en médecine générale est reconnu par les internes^[12], les enseignants^[13] et les médecins en exercice^[14].

Pourtant, tous les internes de médecine générale ne réalisent pas ce stage. Cette situation s'explique par une offre de stages insuffisante dans la plupart des universités, et par la possibilité depuis 2004 de réaliser un stage validant la gynécologie et/ou la pédiatrie^[15]. L'université de Bordeaux est concernée par ce problème.

Outre la nécessité d'augmenter la quantité de stages, il semble que leur qualité soit à améliorer, comme le montrent les études réalisées au niveau national et dans plusieurs universités^[16-19]. Le manque de formation des internes en stages validant la gynéco-obstétrique pourrait concerner les internes de médecine générale de l'université de Bordeaux, mais les données sont insuffisantes pour l'affirmer.

Les données de la bibliographie suggèrent par ailleurs que les caractéristiques des stages sont susceptibles d'influer sur la qualité de la formation, en particulier dans le domaine de la gynécologie. Selon certains auteurs, les stages hospitaliers sont incontournables et répondent à l'ensemble des objectifs de formation gynécologique des internes de médecine générale^[20,21], tandis que pour d'autres, les stages ambulatoires devraient être privilégiés^[22,23]. Les auteurs semblent néanmoins s'accorder sur l'importance des structures de consultations par rapport aux structures d'hospitalisations. La formation des IMG de Bordeaux selon les caractéristiques des stages a fait l'objet d'une seule étude^[24]. Celle-ci concerne l'exposition des internes aux situations gynécologiques au cours des stages ambulatoires de médecine générale validant la gynécologie.

Afin d'améliorer l'offre de stages validant la gynécologie-obstétrique en Aquitaine, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif, il nous est apparu nécessaire d'évaluer au préalable la qualité de la formation des IMG dans les stages actuels, et de rechercher des moyens de l'améliorer.

Pour ces raisons, nous nous sommes interrogés :

Les stages d'internat de médecine générale validant la gynécologie, accessibles aux internes Aquitains en 2016, répondent-ils aux objectifs de formation relatifs à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes ?

2. Matériels et méthodes

2.1. Objectifs de l'étude

2.1.1. Objectif principal

Afin de déterminer si les stages répondaient aux objectifs de formation, nous avons choisi comme objectif principal de mesurer la proportion d'internes ayant pris en charge en autonomie, au cours de leur stage, les situations d'apprentissage concernées.

En effet, la prise en charge en autonomie par les internes de situations cliniques réelles, authentiques, complexes et significatives, représente la condition nécessaire à l'acquisition des compétences pratiques. Sans elle, le processus d'apprentissage réflexif reste inachevé, les connaissances et compétences restant théoriques. De plus, la prise en charge en autonomie implique que les situations soient présentes, que leur prise en charge fasse partie des rôles des internes, et que l'accompagnement pédagogique permettent l'autonomisation. Elle nécessite donc un dispositif de formation de qualité.

Les « situations d'apprentissage », représentent donc le socle du dispositif de formation des internes en stages. Elles correspondent à des situations cliniques réelles nécessitant la mobilisation de compétences à acquérir. Leur définition correspond à un découpage artificiel de la prise en charge, permettant d'identifier les compétences visées, de guider les apprentissages, et de faciliter l'évaluation des acquisitions. Cependant, considérées isolément, elles ne reflètent pas la réalité de la prise en charge, qui implique la mobilisation de plusieurs compétences, et renvoie donc souvent à plusieurs situations d'apprentissage.

Nous avons donc choisi de décliner notre objectif principal selon 3 axes complémentaires :

- La prise en charge en autonomie de chaque situation indépendamment des autres
- Le nombre de situations prises en charge en autonomie
- La cohérence des situations prises en charge en autonomie

Pour chaque axe, nous avons choisi comme critère de jugement le taux d'internes ayant pris en charge en autonomie les situations ou groupes de situations.

2.1.2. Objectifs secondaires

Deux objectifs secondaires ont été définis, visant à identifier les caractéristiques des stages les plus propices à l'acquisition des compétences pratiques en stages :

- 1- Comparer la prise en charge en autonomie selon les caractéristiques des stages suivantes : le type de stage (ambulatoire ou hospitalier), le type de structure (de consultations ou d'hospitalisations) et le nombre de structures comprises dans les stages.
- 2- Comparer les pistes d'amélioration de la formation en stage d'après les internes, selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier.

2.2. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative et qualitative, descriptive, transversale, réalisée par enquête de pratique au moyen d'un questionnaire.

2.3. Population cible et population source

Notre population cible était l'ensemble des IMG de Bordeaux ayant réalisé leur stage validant la gynécologie dans un stage comprenant au moins une structure de gynécologie. Les internes ayant réalisé leur stage validant la gynécologie-pédiatrie uniquement en pédiatrie n'étaient donc pas concernés.

Nous avons fait le choix de limiter la population source aux internes ayant réalisé leur stage validant la gynécologie au cours du semestre de l'été 2016.

2.4. Outil de mesure : le questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire ^[Annexe p94-100] partir des données de la bibliographie ^[1;3;25;26]. Il comprenait 3 parties :

- Les caractéristiques des internes et des stages
- La prise en charge en autonomie des situations
- Les pistes d'amélioration de la formation d'après les internes

Le questionnaire a été testé auprès de 6 jeunes médecins ayant terminé leur internat en 2014 et auprès de 2 jeunes étudiants extérieurs à la médecine. Deux questions mal comprises ont été reformulées à la suite de ce test.

2.4.1. Questions relatives aux caractéristiques des internes et des stages

Les caractéristiques des internes ont fait l'objet de 3 questions fermées à réponses obligatoires. Deux questions étaient à choix unique. La première concernait le genre (homme ou femme), la deuxième concernait l'ancienneté dans le cursus (1^e à 6^e semestre). La question à choix multiple concernait la réalisation antérieure d'un stage ambulatoire en médecine générale (stage ambulatoire de niveau 1 et/ou SASPAS).

Les caractéristiques des stages ont fait l'objet d'une question fermée à réponse obligatoire et à choix multiple. Dix choix ont été proposés, correspondant aux 10 structures de stages possibles d'après les données fournies par le DMG de Bordeaux.

Les structures de consultations étaient : les urgences gynécologiques, les consultations de gynécologues (ambulatoires ou hospitalières), les consultations de sages-femmes (ambulatoires ou hospitalières), les consultations de médecins généralistes (internes en stage ambulatoire de niveau 1 et en SASPAS), le service de protection maternelle et infantile et le centre de planification familiale.

Les structures d'hospitalisations étaient les services d'hospitalisations en gynécologie médicale, en gynécologie chirurgicale et la maternité.

2.4.2. Questions relatives à la prise en charge en autonomie des situations

La prise en charge en autonomie des situations, avec ou sans supervision directe ou indirecte, a fait l'objet de 5 questions fermées à choix multiple et à réponses obligatoires. Elle concernait les situations d'apprentissages relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale ambulatoire. Les situations étudiées ont été définies à partir des données de la bibliographie relatives aux missions des médecins généralistes et aux objectifs de formation des internes de médecine générale ^[1,25,26].

Vingt-neuf situations ont été retenues afin de couvrir les objectifs de formation des internes tout en évitant les redondances. Ces situations ont été classées en 5 groupe : « Gestes techniques », « IST », « Contraception et IVG », « Ménopause » et « Cancers gynécologiques ».

Chaque groupe de situations a fait l'objet d'une question, et pour chaque situation 3 choix ont été proposés : La prise en charge en autonomie de la situation en consultation au moins 1 fois au cours du stage, la prise en charge en autonomie de la situation en hospitalisation au moins une fois au cours du stage, l'absence de prise en charge en autonomie de la situation au cours du stage.

La question relative aux situations du groupe « Gestes techniques » comprenait les 8 situations suivantes :

- Examen clinique des seins
- Toucher vaginal
- Frottis cervico-vaginal
- Prélèvement endo-vaginal
- Pose d'implant contraceptif
- Retrait d'implant contraceptif
- Pose de dispositif intra-utérin
- Retrait de dispositif intra-utérin

La question relative aux situations du groupe « IST », comprenait les 4 situations suivantes :

- Evaluation des risques d'IST
- Education à la santé pour la réduction des risques d'IST et leur dépistage
- Prescription et interprétation de sérologies d'IST
- Prescription et interprétation de prélèvement endo-vaginal

La question relative aux situations du groupe « Contraception et IVG », comprenait les 6 situations suivantes :

- Evaluation du risque de grossesse
- Aide au choix d'une contraception
- Prescription d'une première contraception
- Suivi et renouvellement d'une contraception
- Contraception d'urgence : information et prescription
- Consultation pour demande d'IVG

La question relative aux situations du groupe « Ménopause », comprenait les 6 situations suivantes :

- Evaluation des risques de complications de la ménopause
- Education à la santé pour la réduction des risques de complications de la ménopause
- Prescription et interprétation d'une ostéodensitométrie
- Prescription d'un traitement non hormonal de la ménopause
- Prescription d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause
- Suivi et renouvellement d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause

La question relative aux situations du groupe « Cancers gynécologiques », comprenait les 5 situations suivantes :

- Evaluation des risques de cancers gynécologiques
- Education à la santé pour la réduction des risques de cancers gynécologiques
- Interprétation de frottis cervico-vaginal
- Prescription et interprétation de mammographie
- Vaccination anti-HPV : information et prescription

2.4.3. Questions relatives aux pistes d'amélioration de la formation d'après les internes

Les pistes d'amélioration de la formation d'après les internes ont fait l'objet de 3 questions.

Une question à réponse obligatoire et à choix multiple concernait les raisons du manque de compétences ressenties par les internes pour assurer une ou plusieurs missions de prévention gynécologiques. Les choix proposés étaient : le manque de fréquence des situations, le manque de variété des situations, le manque d'accompagnement pédagogique, le manque de motivation des internes, et un choix était à réponse libre.

Une question à réponse obligatoire et à choix multiple concernait le besoin d'un meilleur accompagnement pédagogique pour les différents aspects de la prise en charge (cliniques, paracliniques, relationnels, psycho-socio-culturels, médico-légaux, coordination des soins), selon une échelle de Likert à 3 points (d'un fort besoin à l'absence de besoin).

Une question ouverte explorait les pistes d'amélioration de la formation en stages.

2.5. Méthode de recueil des données

2.5.1. Période de recueil des données

Les données ont été recueillies entre fin octobre 2016 et début janvier 2017.

2.5.2. Mode de recueil des données

Nous avons pu obtenir du DMG de Bordeaux les adresses mail de l'ensemble des internes appartenant à la population source.

Le lien du questionnaire a été envoyé par mail à l'ensemble des internes de la population source via la plateforme du logiciel Sondage Online® fin octobre. Les internes ont été relancés toutes les 48h la première semaine, puis 1 fois par semaine à différents horaires et jours de la semaine.

Mi-novembre les internes ont été contactés via Facebook lorsque leur contact était librement accessible ou lorsque le réseau de contacts communs le permettait. Un mail de relance a également été envoyé par l'université de Bordeaux fin novembre afin d'éviter d'être traité comme courrier indésirable.

Grâce à l'identification numérique personnelle unique, chaque interne n'a pu répondre qu'une fois au questionnaire, et les réponses ont été rendues anonymes.

2.6. Méthode de description et d'analyse des données

2.6.1. Méthode descriptive relative à l'objectif principal

2.6.1.1. *Situations prises en charge en autonomie*

Pour chacune des 29 situations, nous avons décrit le pourcentage d'internes l'ayant prise en charge. Nous avons présenté les résultats par groupe de situations, après avoir ventilé les situations du groupe « Gestes techniques » dans les quatre autres groupes.

- Le groupe « IST » comprenait 5 situations, dont 1 geste technique.
- Le groupe « Contraception et IVG » comprenait 10 situations, dont 4 gestes techniques.
- Le groupe « Ménopause » comprenait 6 situations.
- Le groupe « Cancers gynécologiques » comprenait 7 situations, dont 2 gestes techniques.

Nous avons rappelé les résultats dans un tableau de synthèse dans lequel les situations ont été classées selon le pourcentage d'internes les ayant prises en charge.

2.6.1.2. *Nombre de situations prises en charge en autonomie*

Nous avons décrit les pourcentages d'internes ayant pris en charge les situations selon le nombre de situations prises en charge. Nous avons décrit les résultats par groupe de situations, puis sur l'ensemble des situations.

2.6.1.3. *Cohérence des situations prises en charge en autonomie*

Nous avons défini des couples de situations selon les principes de la prévention, du dépistage et de l'éducation à la santé. Pour chaque situation ou groupe de situations prises en charge, nous avons décrit le pourcentage d'internes ayant pris en charge la situation qui lui était associée.

Concernant les situations du groupe « IST », nous avons associé :

- La prescription de sérologies de dépistage d'IST à :
 - L'évaluation des risques d'IST
 - L'éducation à la santé pour la réduction des risques d'IST
 - L'interprétation de sérologies d'IST

Concernant les situations du groupe « Contraception et IVG », nous avons associé :

- La prescription et/ou la pose et/ou le suivi et le renouvellement d'une contraception à :
 - L'évaluation du risque de grossesse
 - L'aide au choix d'une contraception
 - L'information et la prescription anticipée d'une contraception d'urgence
- La prescription d'une première contraception à :
 - L'aide au choix d'une contraception.

Concernant les situations du groupe « Ménopause », nous avons associé :

- La prescription d'une ostéodensitométrie à :
 - L'évaluation des risques de complications de la ménopause
 - L'éducation à la santé pour la réduction des risques de complications de la ménopause
- La prescription et/ou le renouvellement d'un traitement de la ménopause (hormonal ou non) à :
 - L'évaluation des risques de complications de la ménopause
 - L'éducation à la santé pour la réduction des risques de complications de la ménopause
- La prescription et/ou le suivi et le renouvellement d'un traitement hormonal de la ménopause à :
 - L'évaluation des risques de cancers gynécologiques
 - L'éducation à la santé pour la réduction des risques de cancers gynécologiques

Concernant les situations du groupe « Cancers gynécologiques », nous avons associé :

- La prescription d'une mammographie à :
 - L'évaluation des risques de cancers gynécologiques
 - L'éducation à la santé pour la réduction des risques de cancers gynécologiques
 - L'interprétation d'une mammographie
- La prescription ou la réalisation d'un frottis cervico-vaginal à :
 - L'évaluation des risques de cancers gynécologiques
 - L'éducation à la santé pour la réduction des risques de cancers gynécologiques
 - L'interprétation d'un frottis cervico-vaginal

2.6.2. Méthode analytique relative au 1^e objectif secondaire

Nous avons testé plusieurs hypothèses afin de déterminer s'il existait un lien entre les situations prises en charge en autonomie par les internes et les caractéristiques des stages.

2.6.2.1. *Prise en charge en autonomie des situations selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier*

Les stages ambulatoires correspondaient aux stages ne comprenant pas de structure d'hospitalisation. Les stages hospitaliers correspondaient aux stages comprenant au moins une structure d'hospitalisation. Nous avons comparé le nombre et le type de situations prises en charge selon le type de stage, ambulatoire ou hospitalier :

- Type de situations prises en charge selon le type de stage, ambulatoire ou hospitalier

Pour chaque situation, nous avons comparé la proportion d'internes en stages ambulatoires l'ayant prise en charge à la proportion d'internes en stages hospitaliers l'ayant prise en charge.

Notre hypothèse était qu'il n'existait pas de différence significative entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers vis-à-vis de la prise en charge en autonomie des situations par les internes.

Nous avons testé notre hypothèse grâce au test de Chi2 lorsque les effectifs étaient supérieurs à 5, et au test de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5.

- Nombre de situations prises en charge selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier

Nous avons comparé le nombre de situations prises en charge en autonomie par les internes en stages ambulatoires au nombre de situations prises en charge en autonomie par les internes en stages hospitaliers.

Notre hypothèse était qu'il n'existait pas de différence significative entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers vis-à-vis du nombre de situations prises en charge par les internes.

Nous avons testé notre hypothèse grâce au test de Student.

2.6.2.2. *Prise en charge en autonomie des situations en consultations selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier*

Nous avons comparé le nombre et le type de situations prises en charges en consultations (donc dans des structures de consultations) selon le type de stage, ambulatoire ou hospitalier :

- Type de situations prises en charge en autonomie en consultations selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier

Pour chaque situation, nous avons comparé la proportion d'internes en stages ambulatoires l'ayant prise en charge en autonomie à la proportion d'internes en stages hospitaliers l'ayant prise en charge en autonomie en consultation.

Notre hypothèse était qu'il n'existait pas de différence significative entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers vis-à-vis de la prise en charge en autonomie des situations en consultations par les internes.

Nous avons testé notre hypothèse grâce au test du Chi2 lorsque les effectifs étaient supérieurs à 5 et grâce au test de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5.

- Nombre de situations prises en charge en autonomie en consultations selon le type de structure : de consultations ou d'hospitalisations

Nous avons comparé le nombre de situations prises en charge en autonomie par les internes en stages ambulatoires au nombre de situations prises en charge en autonomie en consultations par les internes en stages hospitaliers.

Notre hypothèse était qu'il n'existait pas de différence significative entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers vis-à-vis du nombre de situations prises en charge en consultations par les internes.

Nous avons testé notre hypothèse grâce au test de Student.

2.6.2.3. Prise en charge en autonomie des situations en stages hospitaliers selon le type de structures : de consultations ou d'hospitalisations

Nous avons comparé le nombre et le type de situations prises en charges en stages hospitaliers selon le type de structures, de consultations ou d'hospitalisations :

- Type de situations prises en charge en stages hospitaliers selon le type de structure : de consultations ou d'hospitalisations

Pour chaque situation, nous avons comparé la proportion d'internes en stages hospitaliers l'ayant prises en charge en consultations à la proportion d'internes en stages hospitaliers l'ayant prise en charge en hospitalisations.

Notre hypothèse était qu'il n'existait pas de différence significative entre les structures de consultations et les structures d'hospitalisation vis-à-vis de la prise en charge en autonomie des situations par les internes en stages hospitaliers.

Nous avons testé notre hypothèse grâce au test du Chi2 lorsque les effectifs étaient supérieurs à 5, et grâce au test de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5.

- Nombre de situations prises en charge en stages hospitaliers selon le type de structure : de consultations ou d'hospitalisations

Nous avons comparé le nombre de situations prises en charge en autonomie par les internes en stages hospitaliers selon le type de structure de prise en charge : de consultations ou d'hospitalisations.

Notre hypothèse était qu'il n'existait pas de différence significative entre les structures de consultations et les structures d'hospitalisations vis-à-vis du nombre de situations prises en charge en autonomie par les internes en stages hospitaliers.

Nous avons testé notre hypothèse grâce au test de Student.

2.6.2.4. Prise en charge en autonomie des situations selon le nombre de structures de consultations

Nous avons comparé le nombre de situations prises en charge par les internes en fonction du nombre de structures de consultations comprises dans les stages.

Notre hypothèse était qu'il n'existait pas de lien entre le nombre de situations prises en charge en autonomie par les internes et le nombre de structures de consultations.

Nous avons testé notre hypothèse grâce au test de Student.

2.6.3. Méthode descriptive et analytique relative au 2^e objectif secondaire

2.6.3.1. *Raisons du manque de compétences ressenti d'après les internes*

Nous avons décrit les raisons évoquées par les internes comme étant responsables de leur manque de compétences ressenti à l'issue de leur stage, pour exercer la gynécologie en médecine générale ambulatoire.

Puis pour chaque raison, nous avons comparé le pourcentage d'internes en stages ambulatoires l'ayant cité au pourcentage d'internes en stages hospitaliers l'ayant cité.

Notre hypothèse était qu'il n'existait pas de différence significative entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers vis-à-vis des raisons citées par les internes comme responsables de leur manque de compétences.

Nous avons testé notre hypothèse grâce au test de Fisher.

2.6.3.2. *Besoins ressentis d'un meilleur accompagnement pédagogique pour les différents aspects de la prise en charge*

Nous avons décrit, pour chaque aspect de la prise en charge d'un motif gynécologique en médecine générale, le besoin ressenti par les internes d'un meilleur accompagnement pédagogique en stage.

Puis pour chaque aspect, nous avons comparé le besoin d'un meilleur accompagnement pédagogique des internes en stages ambulatoires à celui des internes en stages hospitaliers.

Notre hypothèse était qu'il n'existait pas de différence significative entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers vis-à-vis du besoin d'un meilleur accompagnement pédagogique pour les différents aspects de la prise en charge.

Nous avons testé notre hypothèse grâce au test de Fisher.

2.6.3.3. *Souhaits des internes pour améliorer la formation en stages*

Nous avons décrit les pistes d'amélioration de la formation gynécologique en stage évoquées par les internes. Nous avons classé les réponses par thématique.

3. Résultats

3.1. Population étudiée

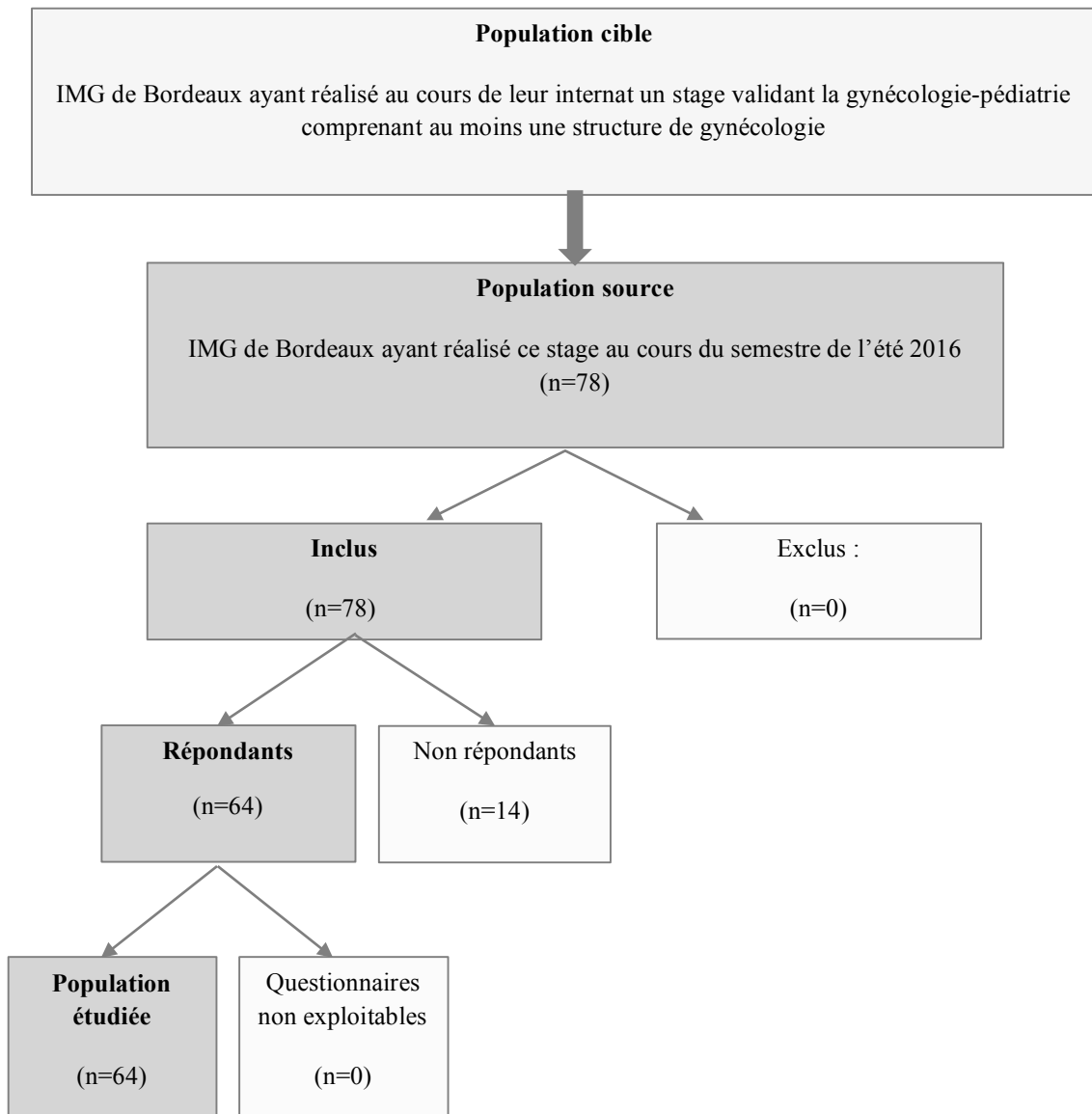


Figure 1 : Diagramme de flux

3.1.1. Taux de participation

Parmi les 78 internes contactés, 64 ont répondu au questionnaire, soit 82%.

3.1.2. Genre des internes

Tableau 1. Genre des internes

Population	Source		Etudiée	
	n	%	n	%
Femmes	56	72	46	72
Hommes	22	28	18	28
Total	78	100	64	100

Le sexe ratio est de 0,39 dans la population cible et dans la population étudiée.

3.1.3. Ancienneté des internes dans le cursus de D.E.S. de médecine générale

Tableau 2. Semestre de D.E.S. de médecine générale des internes

Population	Source		Etudiée		p
	n	%	n	%	
1 ^e semestre	0	0	0	0	1
2 ^e semestre	4	5,1	2	3,1	0,688
3 ^e semestre	1	1,3	0	0	1
4 ^e semestre	10	12,8	8	12,5	1
5 ^e semestre	5	6,4	5	7,8	0,754
6 ^e semestre	58	74,4	49	76,6	0,845
Total	78	100	64	100	

D'après le test de Fisher il n'existe pas de différence entre la population source et la population étudiée vis-à-vis de l'ancienneté ($p > 0,05$).

3.1.4. Stage(s) d'internat en médecine générale réalisé(s) antérieurement

Parmi les 64 répondants, 8 (12,5%) ont déclaré ne pas avoir réalisé antérieurement de stage ambulatoire en médecine générale, 49 (76,6%) ont déclaré avoir réalisé uniquement un stage ambulatoire de niveau 1, 5 (7,8%) ont déclaré avoir réalisé un stage ambulatoire de niveau 1 et un SASPAS, et 2 (3,1%) ont déclaré avoir réalisé uniquement un SASPAS.

La réalisation antérieure d'un stage ambulatoire en médecine générale n'est pas connue pour la population source.

3.1.5. Caractéristiques des stages

3.1.5.1. *Type de stage : ambulatoire ou hospitalier*

Parmi les 64 répondants, 24 internes (37,5%) ont réalisé un stage ambulatoire, et 40 internes (62,5%) ont réalisé un stage hospitalier.

3.1.5.2. *Type de structure de stage : de consultations ou d'hospitalisations*

Les stages ambulatoires comprenaient soit le cabinet de médecine générale (29% des internes étaient en stage ambulatoire de médecine générale de niveau 1 et 38% en SASPAS), soit la protection maternelle et infantile (25% des internes), soit les consultations de gynécologue (8% des internes). Les stages en cabinet de médecine générale ou en PMI étaient associés dans plus de la moitié des cas à au moins une autre structure de consultations (consultations de sage-femme et/ou consultations de gynécologue et/ou consultations en centre de planification familiale).

L'ensemble des stages hospitaliers comprenait au moins une structure d'hospitalisation et au moins une structure de consultations. Les structures d'hospitalisation retrouvées étaient : le service de gynécologie médicale, le service de gynécologie chirurgicale et la maternité.

Concernant les structures de consultations, 82% des stages hospitaliers comprenaient des consultations de gynécologue, 60% les urgences gynécologiques, 20% le centre de planification familiale et 17% des consultations de sage-femme.

Concernant les structures d'hospitalisations, 70% des stages comprenaient le service d'hospitalisation en gynécologie médicale, 45% le service d'hospitalisation en gynécologie chirurgicale et 77% la maternité.

3.1.5.3. *Nombre de structures comprises dans les stages*

Tableau 3. *Effectifs d'internes en stages ambulatoires selon le nombre de structures*
(n=24)

	Nombre de structures de consultations		
	1	2	3
0 structure d'hospitalisation	11	5	8

Tableau 4. *Effectifs d'internes en stages hospitaliers selon le nombre de structures*
(n=40)

	Nombre de structures de consultations		
	1	2	3
1 structure d'hospitalisations	13	4	0
2 structures d'hospitalisations	3	5	1
3 structures d'hospitalisations	1	5	8

3.2. Prise en charge en autonomie des situations

3.2.1. Situations prises en charge en autonomie

- Situations du groupe IST

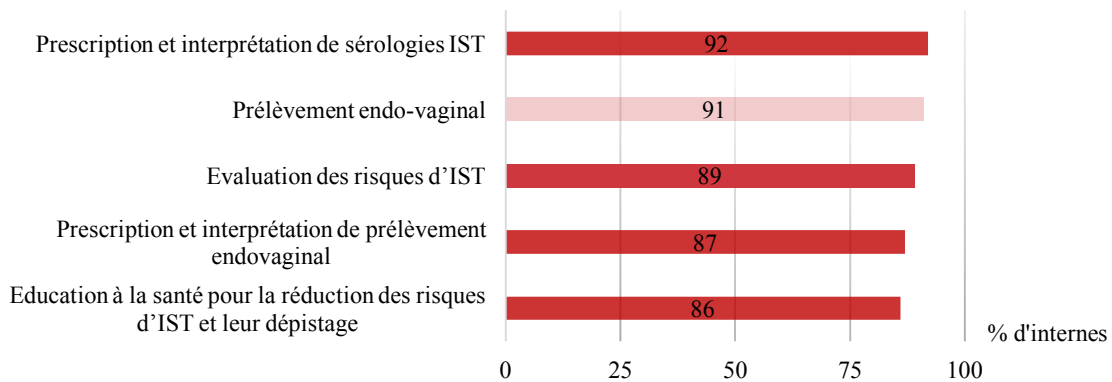


Figure 2 : Situations du groupe "IST" prises en charge en autonomie

(n=64) ; En clair : situations du groupe « Gestes techniques »

- Situations du groupe « Contraception et IVG »

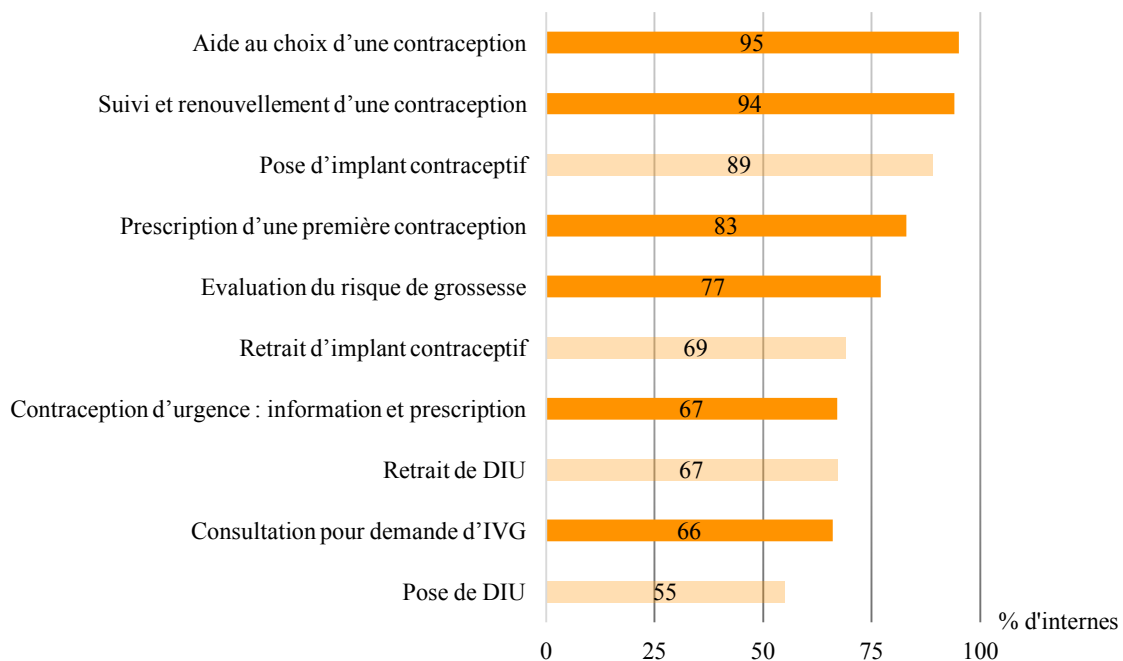


Figure 3 : Situations du groupe « Contraception et IVG » prises en charge en autonomie

(n=64) ; En clair : Situations du groupe « Gestes technique »

- Situations du groupe « Ménopause »

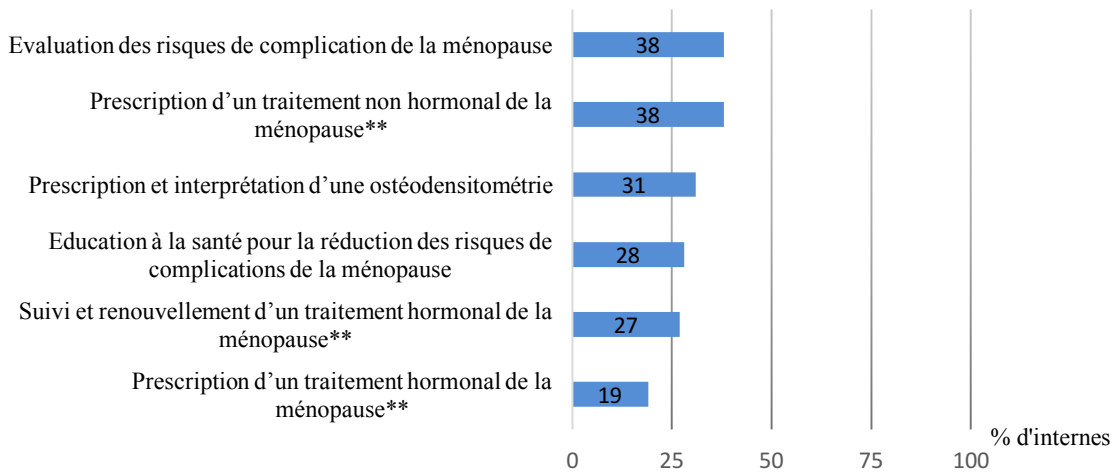


Figure 4 : Situations du groupe « Ménopause » prises en charge en autonomie

(n=64) ; ** : traitement symptomatique, préventif ou curatif

- Situations du groupe « Cancers gynécologiques »

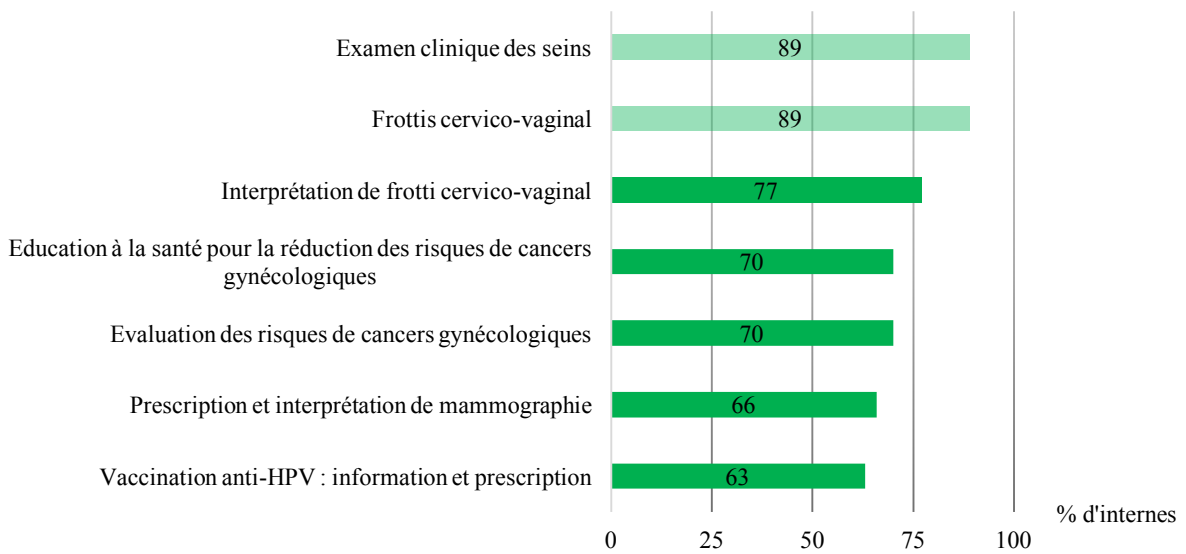


Figure 5 : Situations du groupe « Cancers gynécologiques » prises en charge en autonomie

(n=64) ; En clair : Situations du groupe « Gestes technique »

- Synthèse : Classement des situations

Tableau 5. Situations prises en charge en autonomie

Situations	Internes	
	n	%
Toucher vaginal*	62	97
Aide au choix d'une contraception	61	95
Suivi et renouvellement d'une contraception	60	94
Prescription et interprétation de sérologies IST	59	92
Prélèvement endo-vaginal*	58	91
Examen clinique des seins*	57	89
Frottis cervico-vaginal*	57	89
Pose d'implant contraceptif*	57	89
Evaluation des risques d'IST	57	89
Prescription et interprétation de prélèvement endo-vaginal	56	87
Education à la santé pour la réduction des risques d'IST et leur dépistage	55	86
Prescription d'une première contraception	53	83
Evaluation du risque de grossesse	49	77
Interprétation de frotti cervico-vaginal	49	77
Evaluation des risques de cancers gynécologiques	45	70
Education à la santé pour la réduction des risques de cancers gynécologiques	45	70
Retrait d'implant contraceptif*	44	69
Retrait de DIU*	43	67
Contraception d'urgence : information et prescription	43	67
Consultation pour demande d'IVG	42	66
Prescription et interprétation de mammographie	42	66
Vaccination anti-HPV : information et prescription	40	63
Pose de DIU*	35	55
Evaluation des risques de complications de la ménopause	24	38
Prescription d'un traitement non hormonal de la ménopause	24	38
Prescription et interprétation d'une ostéodensitométrie	20	31
Education à la santé pour la réduction des risques de complications de la ménopause	18	28
Suivi et renouvellement d'un traitement hormonal de la ménopause	17	27
Prescription d'un traitement hormonal de la ménopause	12	19

(n=64) ; * : Situations appartenant au groupe « Gestes techniques »

3.2.2. Nombre de situations prises en charge en autonomie

Le pourcentage d'internes ayant pris en charge « x » situations a été observé.

3.2.2.1. Sur l'ensemble des situations

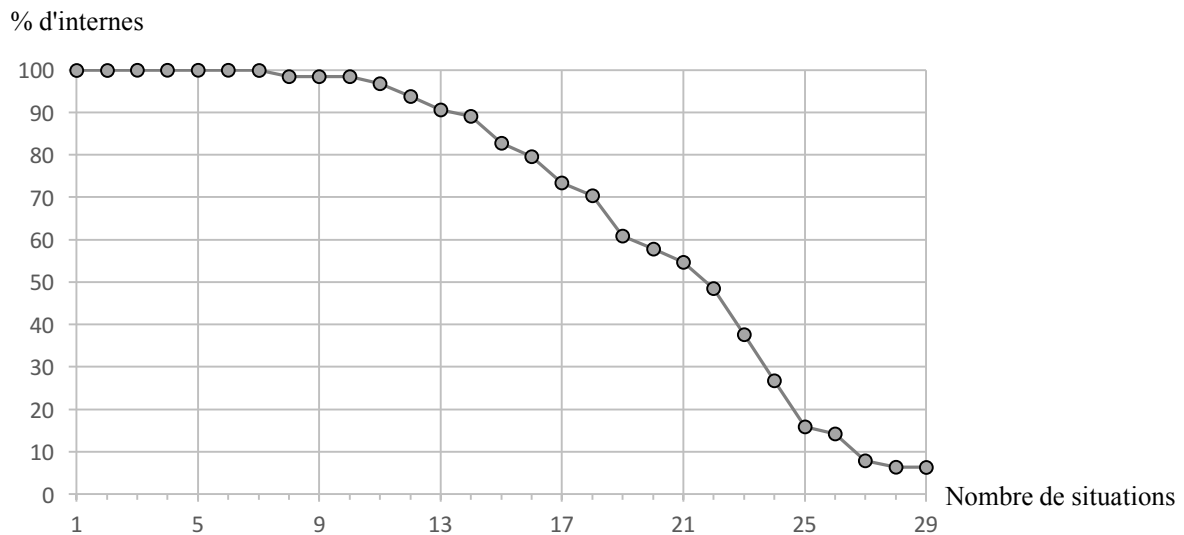


Figure 6 : Nombre de situations prises en charge en autonomie

(n=64)

Au cours de leur stage, les internes ont pris en charge en autonomie en moyenne 20 situations sur les 29 étudiées, soit 67% des situations avec un maximum de 29 situations, un minimum de 7 situations et une médiane à 21 situations.

- 6,3% des internes ont pris en charge en autonomie l'ensemble des situations.
- 20,7% des internes ont pris en charge entre 80 et 100% des situations,
- 56% des internes ont pris en charge entre 50 et 80% des situations,
- 17% des internes ont pris en charge moins de 50% des situations

3.2.2.2. Par groupe de situation

- Situations du groupe « IST »

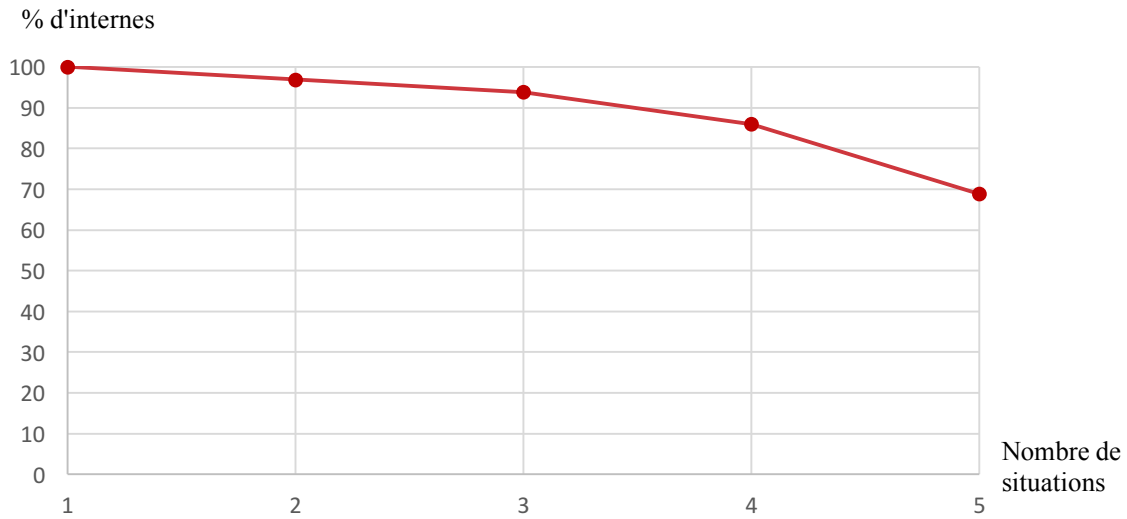


Figure 7 : Nombre de situations du groupe « IST » prises en charge en autonomie
(n=64)

- Situations du groupe « Contraception et IVG »

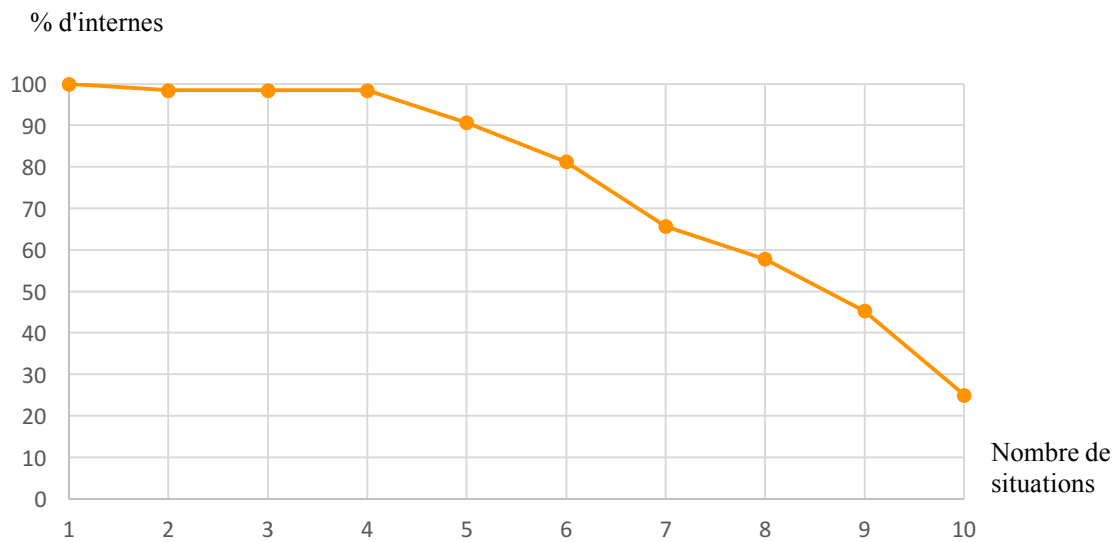


Figure 8 : Nombre de situations du groupe "Contraception et IVG" prises en charge en autonomie
(n=64)

- Situations du groupe « Ménopause »

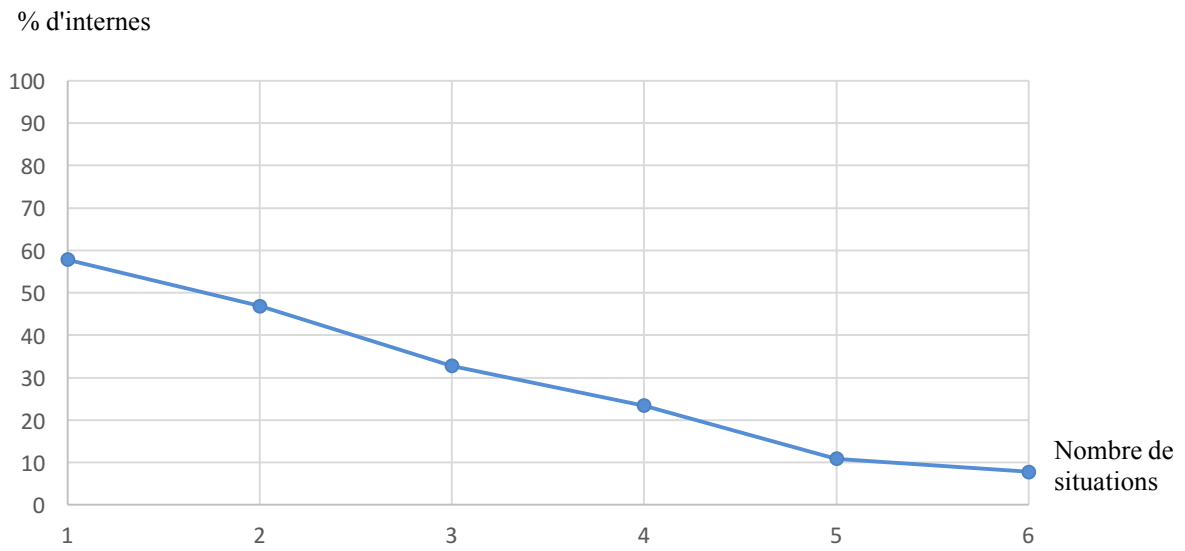


Figure 9 : Nombre de situations du groupe "Ménopause" prises en charge en autonomie
(n=64)

- Situations du groupe « Cancers gynécologiques »

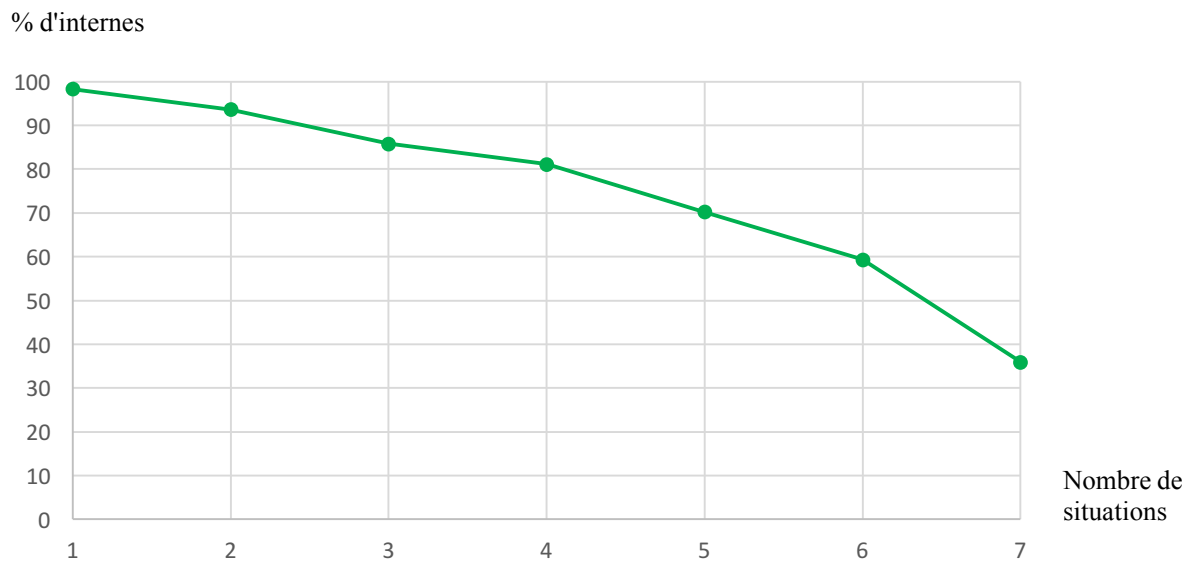


Figure 10 : Nombre de situations du groupe "Cancers gynécologiques" prises en charge en autonomie
(n=64)

3.2.3. Cohérence des situations prises en charge en autonomie

Pour chaque situation ou groupe de situations, le pourcentage d'internes ayant pris en charge en autonomie la situation associée a été décrit.

- Situations du groupe « IST »
 - 63 internes ont pris en charge en autonomie au moins 1 situation relative aux examens de dépistage d'IST. Parmi eux, 9 n'ont pas assuré en autonomie l'éducation à la santé pour la réduction des risques d'IST soit 14% d'entre eux, et 6 n'ont pas assuré en autonomie l'évaluation du risque d'IST, soit 9% d'entre eux :

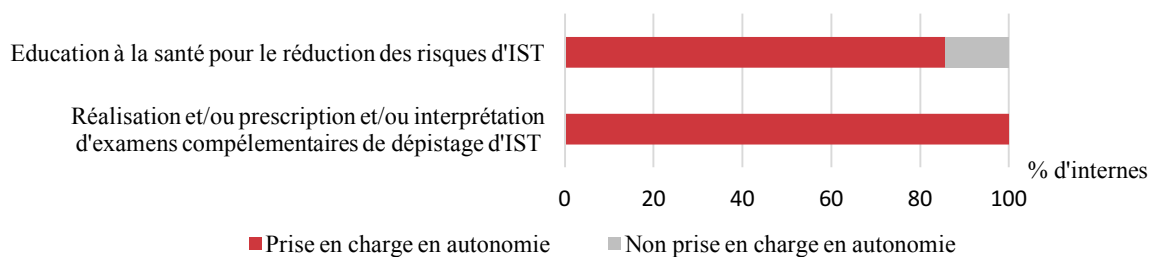


Figure 11 : Autonomie comparée pour le dépistage des IST et l'éducation à la santé

(n=63)

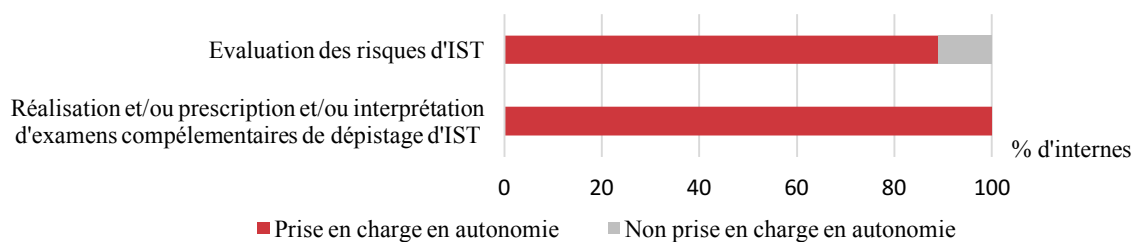


Figure 12 : Autonomie comparée pour le dépistage et l'évaluation des risques d'IST

(n=63)

- Parmi les 58 internes ayant réalisé un prélèvement endo-vaginal, 6 internes n'ont pas prescrit et interprété cet examen, soit 10% d'entre eux :

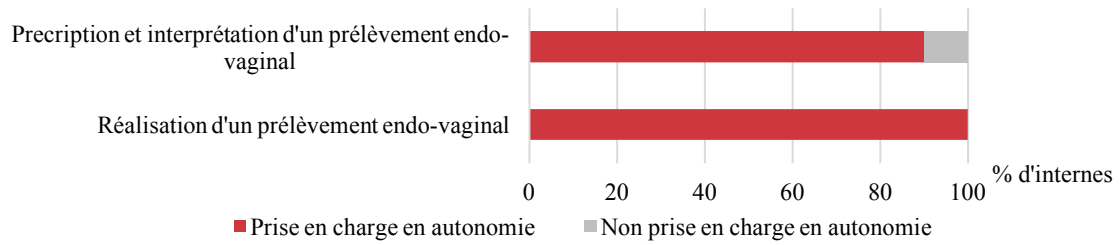


Figure 13 : Autonomie comparée pour la réalisation et l'interprétation de P.E.V.

(n=58)

- Situations du groupe « Contraception et IVG »

- Parmi les 57 internes ayant posé un implant contraceptif, 14 internes n'en ont pas retiré, soit 25% :

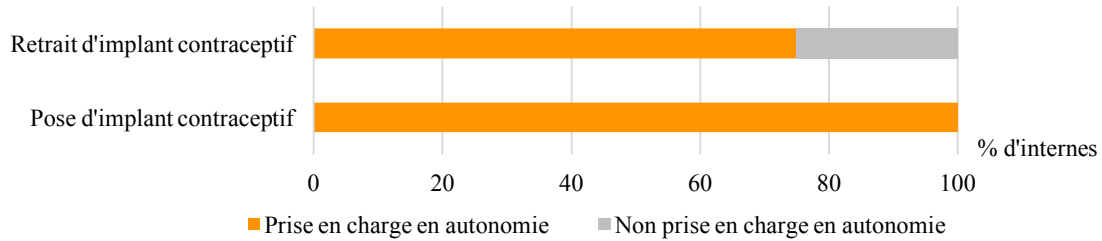


Figure 14 : Autonomie comparée pour la pose et le retrait d'implant contraceptif

(n=57)

- Parmi les 35 internes ayant posé un DIU, 5 internes n'en ont pas retiré, soit 14% :

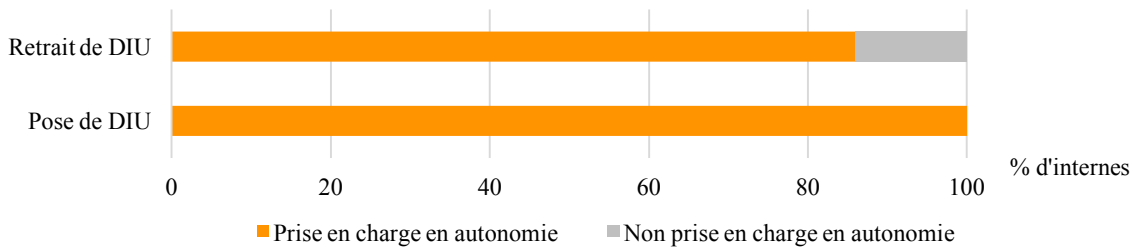


Figure 15 : Autonomie comparée pour la pose et le retrait de DIU

(n=35)

- Les 53 internes ayant prescrit en autonomie une première contraception au cours de leur stage ont également pris en charge l'aide au choix d'une contraception.

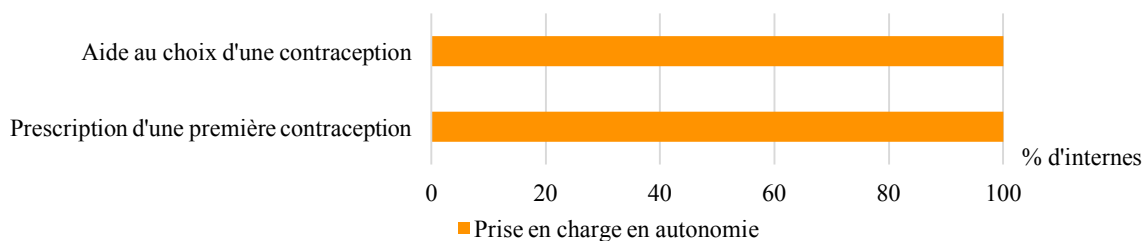


Figure 16 : Autonomie comparée pour la prescription d'une première contraception et l'aide au choix

(n=53)

- Sur les 64 internes ayant pris en charge au cours de leur stage une ou plusieurs des situations relatives à la prescription, la pose, le suivi et le renouvellement d'une contraception :
 - 15 soit 23%, n'ont pas pris en charge en autonomie l'évaluation du risque de grossesse
 - 21 soit 33%, n'ont pas assuré en autonomie l'information et la prescription d'une contraception d'urgence
 - 3, soit 5%, n'ont pas assuré en autonomie l'aide au choix d'une contraception :

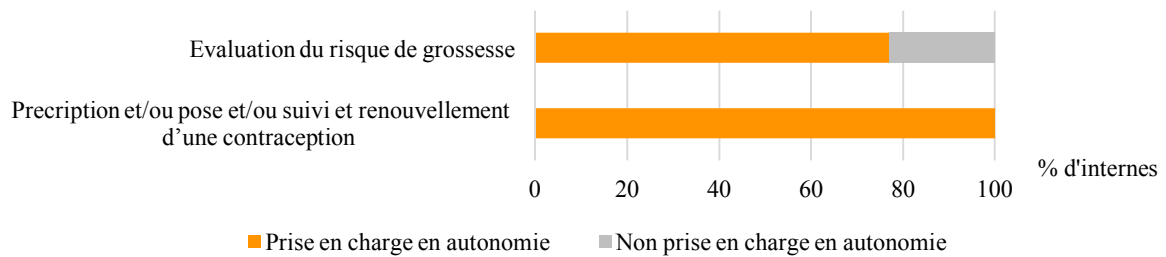


Figure 17 : Autonomie comparée pour la prescription d'une contraception et l'évaluation du risque de grossesse

(n=64)

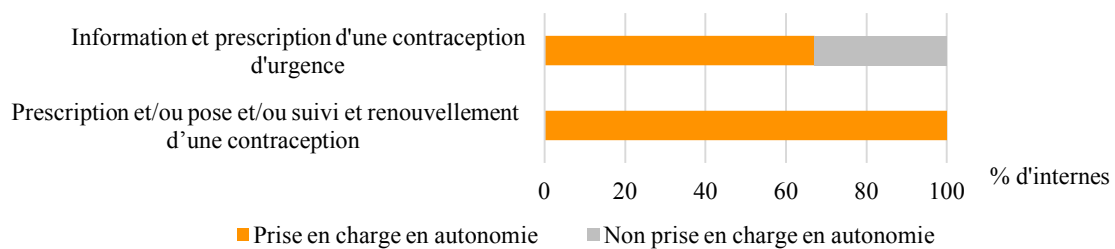


Figure 18 : Autonomie comparée pour la prescription d'une contraception et d'une contraception d'urgence

(n=64)

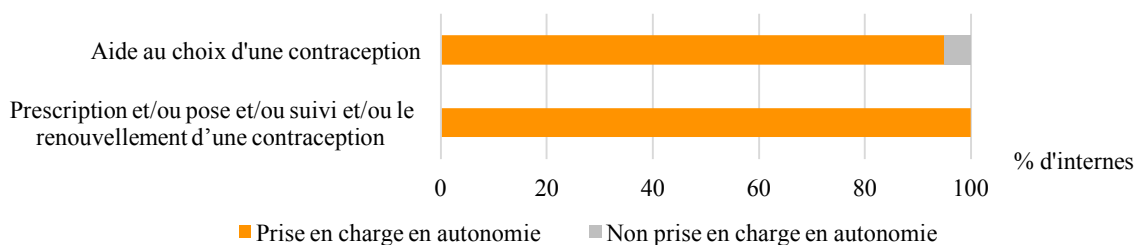


Figure 19 : Autonomie comparée pour la prescription d'une contraception et l'aide au choix

(n=64)

- Situations du groupe « Ménopause »

- Parmi les 21 internes ayant prescrit en autonomie une ostéodensitométrie en contexte de ménopause au cours de leur stage, 8 n'ont pas évalué les risques de complication de la ménopause, soit 38%, et 9 n'ont pas réalisé l'éducation à la santé pour la réduction des risques de complication de la ménopause, soit 43% :

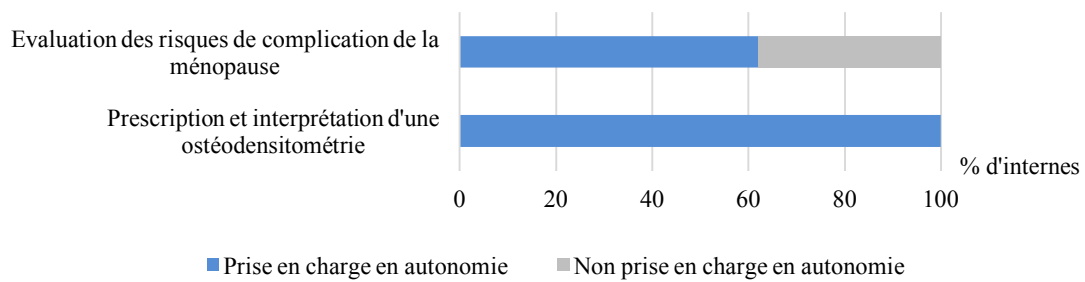


Figure 20 : Autonomie comparée pour la prescription et l'évaluation des indications d'ostéodensitométrie

(n=21)

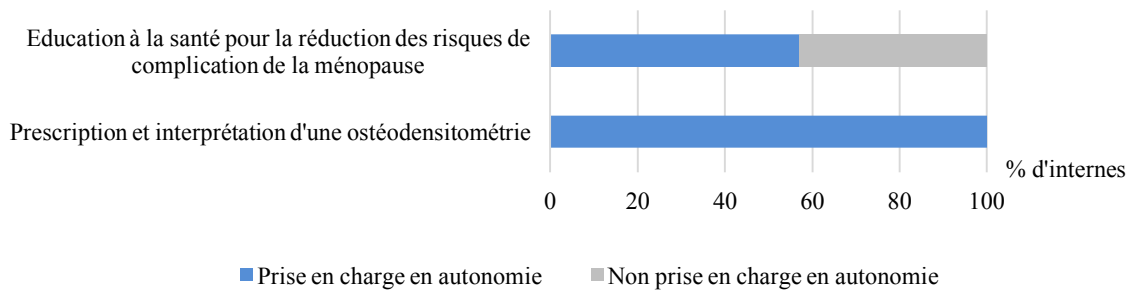


Figure 21 : Autonomie comparée pour la prescription d'ostéodensitométrie et l'éducation à la santé

(n=21)

- Parmi les 30 internes ayant prescrit ou renouvelé un traitement de la ménopause (hormonal ou non), 9 n'ont pas évalué les risques de complication de la ménopause, soit 30%, et 14 n'ont pas réalisé l'éducation à la santé pour leur réduction, soit 47% :

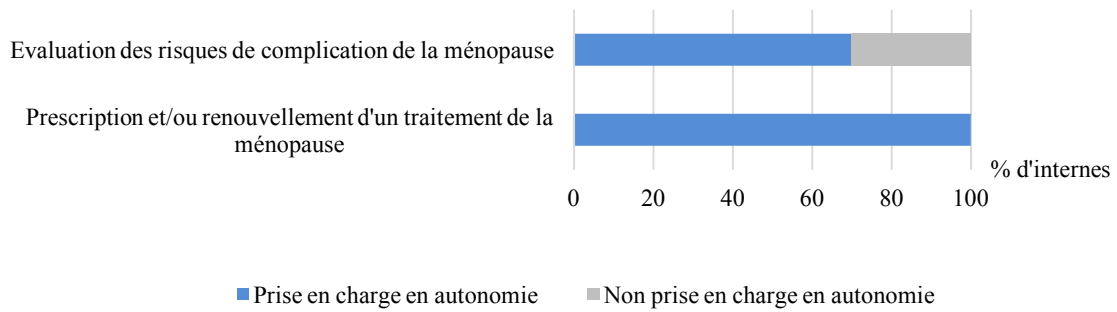


Figure 22 : Autonomie comparée pour la prescription et l'évaluation des indications d'un traitement de la ménopause

(n=30)

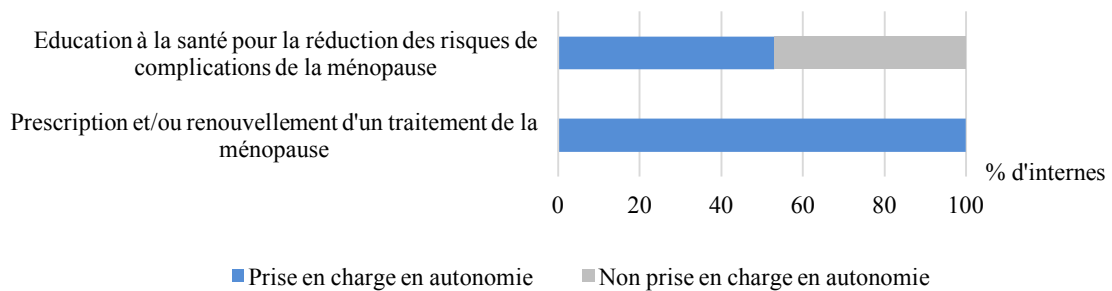


Figure 23 : Autonomie comparée pour la prescription d'un traitement de la ménopause et l'éducation à la santé

(n=30)

- Parmi les 20 internes ayant prescrit ou renouvelé un traitement hormonal de la ménopause en autonomie au cours de leur stage, 1 n'a pas évalué les risques de cancers gynécologiques, soit 5%, et 3 n'ont pas réalisé d'éducation à la santé pour la réduction des risques de cancers gynécologiques, soit 15% :

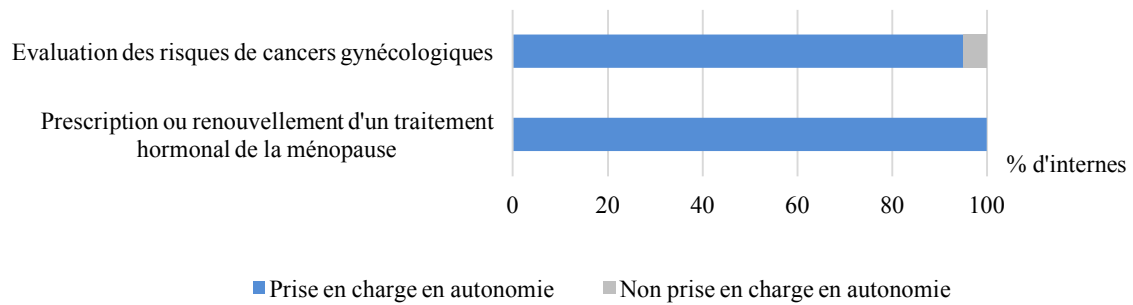


Figure 24 : Autonomie comparée pour la prescription d'un THS et l'évaluation des risques de cancers gynécologiques

(n=20)

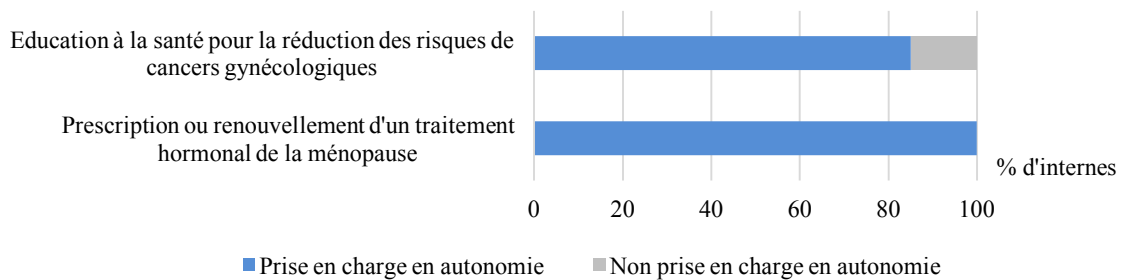


Figure 25 : Autonomie comparée pour la prescription d'un THS et l'éducation à la santé

(n=20)

- Situations du groupe « Cancers gynécologiques »

- Parmi les 63 internes ayant pris en charge en autonomie au cours de leur stage une ou plusieurs situations parmi la prescription, la réalisation ou l'interprétation d'examens paracliniques de dépistage des cancers gynécologiques, 18 n'ont pas assuré l'évaluation du risque de cancer gynécologique, soit 29% d'entre eux, et 18 n'ont pas assuré d'éducation à la santé pour la réduction des risques, soit 29% d'entre eux :

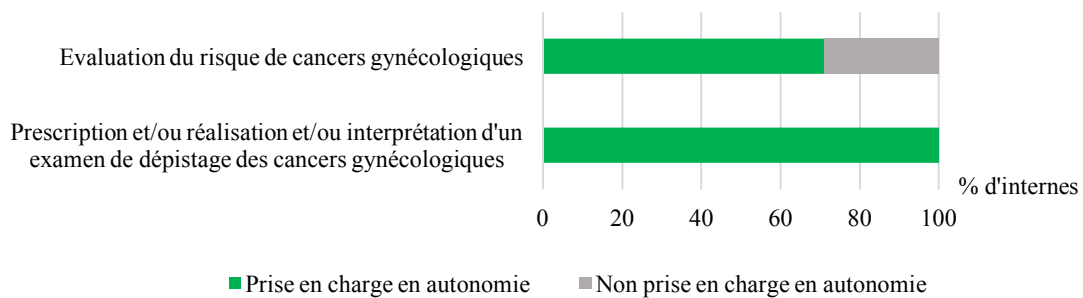


Figure 26 : Autonomie comparée pour le dépistage des cancers gynécologiques et l'évaluation de ses indications

(n=63)

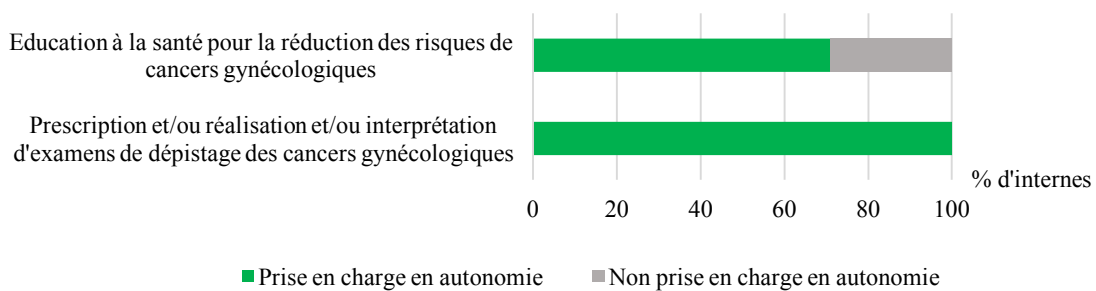


Figure 27 : Autonomie comparée pour le dépistage des cancers gynécologiques et l'éducation à la santé

(n=63)

- Parmi les 57 internes ayant réalisé un FCV, 11 n'ont pas interprété de FCV, soit 19% d'entre eux :

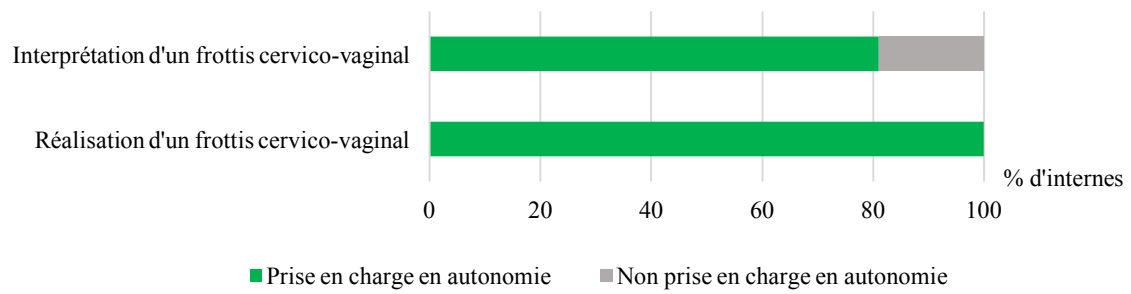


Figure 28 : Autonomie comparée pour la réalisation et l'interprétation de F.C.V.

(n=57)

3.3. Prise en charge en autonomie des situations selon les caractéristiques des stages

3.3.1. Prise en charge en autonomie des situations selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier

3.3.1.1. *Nombre de situations prises en charge en autonomie selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier*

En moyenne, les internes en stages ambulatoires ont pris en charge 23,4 situations, contre 19,5 situations pour les internes en stages hospitaliers. Mais d'après le test de Student, la différence n'est pas significative ($p=0,211$).

3.3.1.2. *Situations prises en charge en autonomie selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier*

D'après le test de Fisher, il existe une différence significative ($p<0,05$) entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers concernant la prise en charge en autonomie des situations suivantes :

- Réalisation d'un prélèvement endo-vaginal.
- Retrait de DIU.
- Première prescription de contraception.
- Vaccination anti-HPV : information et prescription.

Le prélèvement endo-vaginal et le retrait de DIU ont été pris en charge en autonomie significativement plus en milieu hospitalier qu'en consultations de ville.

La prescription d'une première contraception et l'information et la prescription d'une vaccination anti-HPV ont été davantage prises en charge en consultations de ville qu'en stages hospitaliers, avec une différence significative.

La différence de prise en charge en autonomie n'est pas significativement différente entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers pour les autres situations.

Tableau 6. Situations prises en charge en autonomie selon le type de stage

Situations	Type de stage		Hospitalier		p
	Ambulatoire n=24	%	n'=40	%	
Examen clinique des seins	22	92	35	87	0,70
Toucher vaginal	22	92	40	100	0,14
FCV	22	92	35	87	0,70
Prélèvement endo-vaginal	19	79	39	97	0,02
Pose d'implant contraceptif	20	83	37	92	0,41
Retrait d'implant contraceptif	19	79	25	60	0,26
Pose de DIU	11	46	24	60	0,31
Retrait de DIU	12	50	31	77	0,03
Evaluation des risques d'IST	22	92	35	87	0,70
Education à la santé pour la réduction des risques d'IST et leur dépistage	22	92	33	82	0,46
Prescription et interprétation de sérologies IST	23	96	36	90	0,64
Prescription et interprétation de prélèvement endo-vaginal	22	92	34	85	0,70
Evaluation du risque de grossesse	20	83	29	72	0,38
Aide au choix d'une contraception	24	100	37	92	0,28
Prescription d'une première contraception	24	100	29	72	0,004
Suivi et renouvellement d'une contraception	24	100	36	90	0,29
Contraception d'urgence : information et prescription	16	67	27	67	0,97
Consultation pour demande d'IVG	17	71	25	62	0,59
Evaluation des risques de complications de la ménopause	8	33	16	40	0,79
Education à la santé pour la réduction des risques de complications de la ménopause	8	33	10	25	0,57
Prescription et interprétation d'une ostéodensitométrie	10	42	10	25	0,18
Prescription d'un traitement non hormonal de la ménopause	11	46	13	32	0,30
Prescription d'un TSH	4	17	8	20	1
Suivi et renouvellement d'un THS	9	37	8	20	0,15
Evaluation des risques de cancers gynécologiques	19	79	26	65	0,27
Education à la santé pour la réduction des risques de cancers gynécologiques	18	75	27	67	0,58
Interprétation de FCV	20	83	29	72	0,38
Prescription et interprétation de mammographie	18	75	24	60	0,28
Vaccination anti-HPV : information et prescription	20	83	20	50	0,008

3.3.2. Prise en charge en autonomie des situations en consultations selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier

3.3.2.1. *Nombre de situations prises en charge en autonomie en consultations, selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier*

En moyenne, les internes en stages hospitaliers ont pris en charge en autonomie en consultations 17,3 situations, contre 20,9 pour les internes en stages ambulatoires.

D'après le test de Student, la différence est significative ($p=0,015$).

3.3.2.2. *Situations prises en charge en autonomie en consultations selon le type de stage : ambulatoire ou hospitalier*

D'après le test de Fisher, la différence entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers vis-à-vis de la prise en charge en autonomie des situations en consultations n'est pas significative ($p>0,05$), sauf pour les situations suivantes :

- Aide au choix d'une contraception
- Prescription d'une première contraception
- Suivi et renouvellement d'une contraception
- Vaccination anti-HPV : information et prescription

Ces 4 situations ont été prises en charge en consultation significativement plus par les internes en stages ambulatoires que par les internes en stages hospitaliers.

Tableau 7. Situations prises en charge en autonomie en consultations selon le type de stage

Situations	Type de stage		Hospitalier		p
	Ambulatoire		n'=40	%	
	n=24	%	n'=40	%	
Examen clinique des seins	22	92	32	80	0,3
Toucher vaginal	22	92	34	85	0,7
FCV	22	92	31	77	0,19
Prélèvement endo-vaginal	19	79	35	87	0,48
Pose d'implant contraceptif	20	83	25	62	0,1
Retrait d'implant contraceptif	19	79	23	57	0,109
Pose de DIU	11	46	20	50	0,8
Retrait de DIU	12	50	29	72	0,106
Evaluation des risques d'IST	22	92	33	82	0,464
Education à la santé pour la réduction des risques d'IST et leur dépistage	22	92	32	80	0,3
Prescription et interprétation de sérologies IST	23	96	32	80	0,136
Prescription et interprétation de prélèvement endo-vaginal	22	92	31	77	0,186
Evaluation du risque de grossesse	20	83	25	62	0,096
Aide au choix d'une contraception	24	100	31	77	0,021
Prescription d'une première contraception	24	100	26	65	<0,001
Suivi et renouvellement d'une contraception	24	100	31	77	0,021
Contraception d'urgence : information et prescription	16	67	21	52	0,306
Consultation pour demande d'IVG	17	71	23	57	0,424
Evaluation des risques de complication de la ménopause	8	33	16	40	0,79
Education à la santé pour la réduction des risques de complication de la ménopause	8	33	10	25	0,57
Prescription et interprétation d'une ostéodensitométrie	10	42	8	20	0,086
Prescription d'un traitement non hormonal de la ménopause	11	46	11	27	0,177
Prescription d'un TSH	4	17	7	17	1
Suivi et renouvellement d'un THS	9	37	8	20	0,151
Evaluation des risques de cancers gynécologiques	19	79	23	57	0,105
Education à la santé pour la réduction des risques de cancers gynécologiques	18	75	26	65	0,578
Interprétation de FCV	20	83	26	65	0,155
Prescription et interprétation de mammographie	18	75	24	60	0,282
Vaccination anti-HPV : information et prescription	20	83	19	47	0,007

3.3.3. Prise en charge en autonomie des situations en stages hospitaliers selon le type de structure : de consultation ou d'hospitalisation

3.3.3.1. *Nombre de situations prises en charge en autonomie par les internes en stages hospitaliers, selon le type de structure : de consultation ou d'hospitalisation*

D'après le test de Student pour échantillons appariés, il existe une différence significative du nombre de situations prises en charge par les internes en stages hospitaliers selon le type de structure : de consultations ou d'hospitalisations. Les internes en stages hospitaliers ont pris en charge en autonomie en moyenne 11,4 situations de plus en consultations qu'en hospitalisations ($p < 0,001$).

3.3.3.2. *Situations prises en charge en autonomie par les internes en stages hospitaliers, selon le type de structure : de consultation ou d'hospitalisation*

D'après le test de Fisher, les situations ont été significativement plus prises en charge en consultations qu'en hospitalisations ($p < 0,05$), sauf pour les situations suivantes :

- La pose d'implant contraceptif ($p=0,819$)
- La prescription et l'interprétation d'une ostéodensitométrie ($p=0,087$)
- La prescription d'un traitement hormonal substitutif ($p=0,056$)

Tableau 8. Situations prises en charge en autonomie en stages hospitaliers selon le type de structure (n=40)

Situations	Type de structure de stages hospitaliers		Hospitalisations		p
	Consultations		n	%	
<i>Examen clinique des seins</i>	32	80	15	37	<0.001
<i>Toucher vaginal</i>	34	85	18	45	<0.001
<i>FCV</i>	31	77	7	17	<0.001
<i>Prélèvement endo-vaginal</i>	35	87	12	30	<0.001
Pose d'implant contraceptif	25	62	23	57	0.819
<i>Retrait d'implant contraceptif</i>	23	57	5	12	<0.001
<i>Pose de DIU</i>	20	50	5	12	<0.001
<i>Retrait de DIU</i>	29	72	3	7	<0.001
<i>Evaluation des risques d'IST</i>	33	82	12	30	<0.001
<i>Education à la santé pour la réduction des risques d'IST et leur dépistage</i>	32	80	11	27	<0.001
<i>Prescription et interprétation de sérologies IST</i>	32	80	14	35	<0.001
<i>Prescription et interprétation de prélèvement endo-vaginal</i>	31	77	16	40	0.001
<i>Evaluation du risque de grossesse</i>	25	62	11	27	<0.001
<i>Aide au choix d'une contraception</i>	31	77	19	47	0.010
<i>Première prescription de contraception</i>	26	65	7	17	<0.001
<i>Suivi et renouvellement d'une contraception</i>	31	77	12	30	<0.001
<i>Contraception d'urgence : information et prescription</i>	21	52	11	27	0.039
<i>Consultation pour demande d'IVG</i>	23	57	5	12	<0.001
<i>Evaluation des risques de complication de la ménopause</i>	16	40	2	5	<0.001
<i>Education à la santé pour la réduction des risques de complication de la ménopause</i>	10	25	1	2	<0.001
Prescription et interprétation d'une ostéodensitométrie	8	20	2	5	0.087
<i>Prescription d'un traitement non hormonal de la ménopause</i>	11	27	2	5	0.013
Prescription d'un TSH	7	17	1	2	0.056
<i>Suivi et renouvellement d'un THS</i>	8	20	0	0	0.005
<i>Evaluation des risques de cancers gynécologiques</i>	23	57	7	17	<0.001
<i>Education à la santé pour la réduction des risques de cancers gynécologiques</i>	26	65	4	10	<0.001
<i>Interprétation de FCV</i>	26	65	7	17	<0.001
<i>Prescription et interprétation de mammographie</i>	24	60	2	5	<0.001
<i>Vaccination anti-HPV : information et prescription</i>	19	47	2	5	<0.001

3.3.4. Prise en charge en autonomie des situations selon le nombre de structures de consultations comprises dans les stages

D'après le test de Student :

- Sur l'ensemble des internes, le nombre de situations prises en charge en autonomie est significativement plus important dans les stages comprenant 2 structures de consultations que dans les stages comprenant 1 structure de consultations ($p=0.046$).
Cependant, si la différence du nombre de situations prises en charge est significative pour les internes en stages hospitaliers ($p=0,045$), elle ne l'est pas pour les internes en stages ambulatoires ($p=0,529$).
- Sur l'ensemble des internes, le nombre de situations prises en charge en autonomie est significativement plus important dans les stages comprenant 3 structures de consultations que dans les stages comprenant 1 structure de consultations ($p= 0.003$).
Cependant, si la différence du nombre de situations prises en charge est significative pour les internes en stages hospitaliers ($p=0,006$), elle ne l'est pas pour les internes en stages ambulatoires ($p=0,241$).
- Sur l'ensemble des internes, le nombre de situations prises en charge en autonomie n'est pas significativement différent entre les stages comprenant 3 structures de consultations et les stages comprenant 2 structures de consultations ($p=0.250$), que les internes soient en stages ambulatoires ($p=0,493$) ou en stages hospitaliers ($p=0,384$).

3.4. Opinion des internes concernant les pistes d'amélioration de la formation

3.4.1. Raisons citées par les internes comme responsables de leur manque de compétence

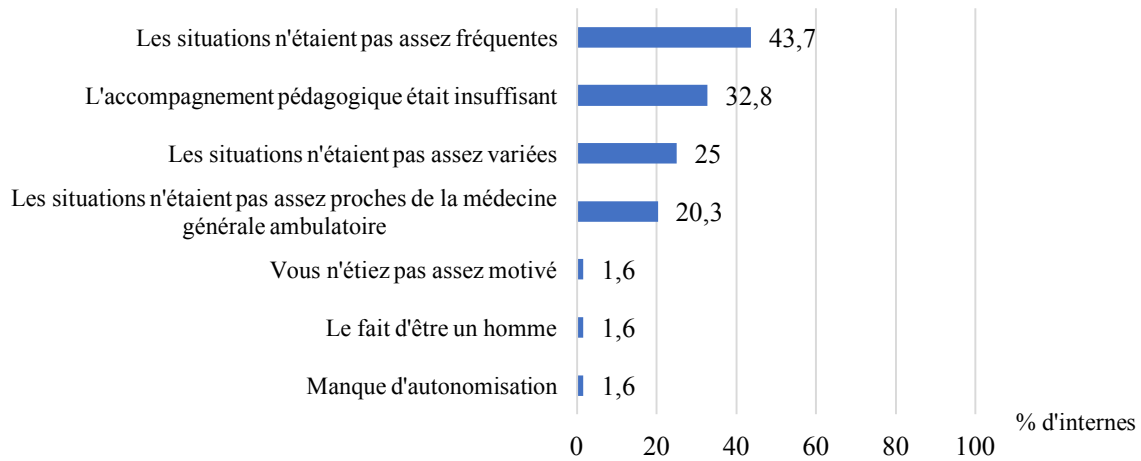


Figure 29 : Raisons ressenties d'un manque de formation en stage

(n=64)

Tableau 9. Raisons ressenties d'un manque de formation selon le type de stage

Raisons	Type de stage		Hospitalier		p
	Ambulatoire n=24	%	n=40	%	
Les situations n'étaient pas assez fréquentes	11	46	17	42	0,801
Les situations n'étaient pas assez variées	8	33	8	20	0,25
Les situations n'étaient pas assez proches de la médecine générale ambulatoire	1	4	12	30	0,011
L'accompagnement pédagogique était insuffisant	4	17	17	42	0,053
Manque de motivation de l'interne	1	4	0	0	—
Manque d'autonomisation	0	0	1	2	—
Le fait d'être un homme	0	0	1	2	—

D'après le test de Fisher :

- Les internes en stages hospitaliers sont significativement plus nombreux à avoir cité le manque de similitude des situations avec la médecine générale que les internes en stages ambulatoires ($p=0,011$).
- Le nombre d'internes ayant cité le manque d'accompagnement pédagogique n'est pas significativement différent entre les internes en stages ambulatoires et les internes en stages hospitaliers ($p=0,053$).
- Le nombre d'internes ayant cité le manque de variété des situations n'est pas significativement différent entre les internes en stages ambulatoires et les internes en stages hospitaliers ($p=0,250$).
- Le nombre d'internes ayant cité le manque de fréquence des situations n'est pas significativement différent entre les internes en stages ambulatoires et les internes en stages hospitaliers ($p=0,801$).

3.4.2. Besoin d'accompagnement pédagogique ressenti par les internes pour les différents aspects de la prise en charge

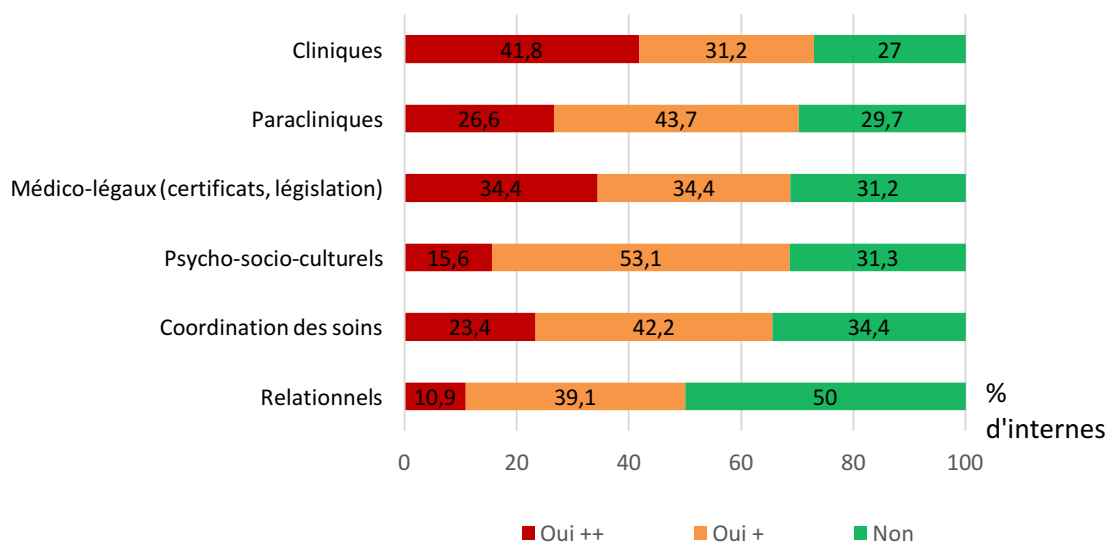


Figure 30 : Besoin d'accompagnement pédagogique ressenti pour les différents aspects de la prise en charge

(n=64)

D'après le test de Fisher, il n'existe pas de différence significative de besoin d'accompagnement pédagogique ressenti par les internes en stages selon qu'ils soient en stages hospitaliers ou ambulatoires ($p > 0,05$), sauf pour le fort besoin d'accompagnement pédagogique pour les aspects psycho-socio-culturel ($p = 0,032$)

Tableau 10. Besoins d'accompagnement pédagogique ressenti fort, selon le type de stage.

Aspects \ Type de stage	Ambulatoire		Hospitalier		p
	n	%	n	%	
Cliniques	9	37	18	4	0,609
Paracliniques	6	25	11	27	0,880
Relationnels	4	17	3	7	0,410
Médico-légaux	8	33	14	35	1
Psycho-socio-culturels	7	29	3	7	0,032
Coordination des soins	9	37	6	15	0,066

Tableau 11. *Besoin d'accompagnement pédagogique ressenti modéré, selon le type de stage*

Aspect \ Type de stage	Ambulatoire		Hospitalier		<i>p</i>
	n	%	n	%	
Cliniques	10	42	10	25	0,780
Paracliniques	12	50	16	40	0,450
Relationnels	7	29	18	45	0,291
Médico-légaux	6	25	16	40	0,282
Psycho-socio-culturels	9	37	25	62	0,071
Coordination des soins	8	33	19	47	0,305

Tableau 12. *Besoin d'accompagnement pédagogique ressenti nul, selon le type de stage*

Aspect \ Type de stage	Ambulatoire		Hospitalier		<i>p</i>
	n	%	n	%	
Cliniques	5	21	12	30	0,561
Paracliniques	6	25	13	32	0,583
Relationnels	13	54	19	47	0,796
Médico-légaux	10	42	10	25	0,780
Psycho-socio-culturels	8	3	12	30	0,788
Coordination des soins	7	29	15	37	0,592

3.4.3. Souhaits des internes pour améliorer la formation en stages

Des pistes d'améliorations ont été proposées par 23 internes. Un interne a précisé ne pas avoir de piste d'amélioration et 40 internes ne se sont pas prononcés. Les pistes d'amélioration évoquées par les internes ont été décrites par catégories :

- Privilégier les structures de consultations et les stages mixtes (comprenant plusieurs structures de stage), favoriser l'autonomie :

« Je ne sais pas comment améliorer la formation, mais je regrette mon SASPAS gynéco-ped, qui ne m'a pas formé correctement ni à la gynéco, ni à la pédiatrie ; Au cabinet, peu de **consultations** et aucune **autonomie** pendant les consultations de gynéco à l'hôpital »

« Un des mini-stages (d'une semaine) obligatoires pendant les 6 mois chez le praticien pourrait se faire avec une **sage-femme (libérale ou hospitalière)**.»

« Des **lieux de stages différents**, plus de mobilité des internes : **planning familial, consultations gynéco hospitalières**, suivi de grossesse en **libéral**...

« **Varier davantage la pratique en gynéco** ; le stage au CHU est très formateur en gynéco médicale mais pas en obstétrique (suivi de grossesse, dépistage grossesse pathologique, suite de couches, conseils allaitement...) »

« Pour ma part dans mon stage je n'ai pas eu de créneaux de **consultation de gynéco seule**, ce qui est dommage. Par contre le suivi de grossesse en obstétrique oui. »

« Concernant le stage en maternité : **plus de consultations** »

« Nous permettre d'être **plus autonome** dans ces stages de spécialité. »

« Plus de possibilité de **stage libéral** »

« Favoriser la réalisation pour chaque étudiant demandeur d'un SASPASS associant gynécologie-pédiatrie de ville en plus du stage de praticien en médecine G »

« Orienter les stages vers de la médecine de prévention avec la possibilité d'aller au **planning familial**, ouvrir plus de poste en **gynécologie en périf**, supprimer le stage de gynécologie obstétrique de Pellegrin ou le travail se résume à mettre en page des courriers. »

« Encourager les **stages mixtes** : service hospitalisation et **consultation** +++ pour favoriser la réalisation de gestes techniques ; encourager les stages mixant gynécologie médicale et obstétrique et surtout pas que obstétrique »

« Privilégier la gynécologie à l'obstétrique lors des stages hospitaliers : lors de mon semestre j'ai été obligé de passer environ 50 % de mon temps en garde ou repos de garde, à faire de l'obstétrique en salle de naissance, ce qui est largement trop pour un futur généraliste. Car cela m'a empêché de passer plus de temps en **consultation de gynéco** »

« **Plus de consultations (gynéco spé, planning, gynéco sociale)** et moins de vacations aux urgences gynéco+++ »

« Stage de gynéco essentiellement aux urgences et au centre de planification donc population particulière (population très jeune et donc quasiment pas de prise en charge de la ménopause pendant le stage) ; Difficulté de combiner **autonomie** et **accompagnement pédagogique** pour les chefs, surtout aux urgences... Stage très enrichissant mais on apprend surtout par soi-même. Très bon encadrement au centre de planification par contre avec des cours en début de semestre sur les motifs de consultation les plus fréquents. Les consultations du centre de planification ressemblent bien plus à des consultations de médecine générale que les urgences où on doit s'auto-former à l'échographie pelvienne et endo-vaginale... => Pistes d'amélioration : **plus de planning** ; **plus d'encadrement** surtout au début du stage avec cours sur motifs les plus fréquents de consultation ; pas de bloc/ césarienne etc. ; évaluation avec les chefs à la moitié du semestre »

« **Planning familial** pour tous »

- Améliorer la formation théorique et pratique pour la réalisation des gestes techniques :

« Inclure dans les cours des formations pratiques au geste (pose et retrait de DIU et d'implants contraceptifs »

« Inclure des **ateliers de formation aux gestes gynécologiques** : pose DIU, pose d'implant ... »

« Formation pour pose de DIU que j'aurais aimé faire. Le reste sur le plan gynécologique et orthogénie était bien. »

« Des ateliers "pratiques" pour tous les gestes réalisables en cabinet (implants, DIU, FCV, bilan IST)

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

« Les stages où les exigences sont les mêmes entre internes de médecine générale et de spécialité ne nous apportent pas assez pour notre pratique future, à mon avis »

« Redéfinir avec les chefs de service des **objectifs pédagogiques** avec un certain nombre de **compétences à acquérir** ; Organiser des cours par les gynéco-obstétriciens **adaptés aux internes de médecine générale** (inexistants lors de mon stage) ; **Sanctionner les terrains de stage qui négligent consciemment les internes de médecine générale** »

« Une espèce de "tronc commun" de cours théoriques courts et pratiques (ménopause, cancer, contraception), qui pourraient être proposés par des médecins généralistes ou des gynécologues de la CPL de rattachement ; **Un carnet de bord sur les acquis à valider obligatoirement au cours du semestre**. C'est un peu scolaire, mais au moins on ressortirait avec tous le même niveau en gynéco. »

« Il serait vraiment important d'apprendre à un interne de médecine générale à réaliser un accouchement simple seul ; cela me paraît faire partie intégrante de la formation d'un médecin généraliste. Au cas où il se retrouverait au cours de sa carrière face à un accouchement inopiné. »

- Stimuler la motivation des internes

« Investissez-vous ! Ne pas rester dans un système borné. »

« Actuellement en stage à Libourne, bon encadrement et accompagnement des internes de MG. Il faut juste être motivé pour assister aux consultations de gynécologie générale ; enseignement de qualité, je me sentirais capable d'assurer des prises en charges de gynéco à l'issue de ce stage »

4. Discussion

4.1. Discussion de la méthode

4.1.1. Objectif principal de notre étude

Notre objectif principal était d'évaluer le dispositif de formation des internes en stage. Il s'agissait de rechercher si la condition nécessaire à l'acquisition des compétences pratiques était remplie, à savoir la prise en charge en autonomie des situations. Celle-ci suppose que la situation soit présente, que sa prise en charge fasse partie des rôles des internes, et que l'accompagnement pédagogique permette l'autonomisation. En corollaire, l'absence de prise en charge en autonomie d'une situation peut s'expliquer par l'absence d'une ou plusieurs de ces 3 conditions liées au dispositif de formation en stage. Le manque de motivation des internes ou le manque de formation théorique peuvent également l'expliquer.

Des études ultérieures pourraient rechercher les causes du manque de prise en charge en autonomie des situations, en particulier le manque d'exposition aux situations, d'autonomisation, et d'accompagnement pédagogique. Il semble également nécessaire de s'assurer que la prise en charge en autonomie des situations repose sur un accompagnement pédagogique suffisant pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

Notre but n'était pas d'évaluer la formation des internes. En effet, il ne suffit pas de prendre en charge en autonomie une situation pour acquérir et mobiliser l'ensemble des compétences lui étant associées. L'expérience est nécessaire à l'acquisition et l'augmentation du niveau de compétences.

Il serait intéressant de préciser les compétences mobilisées par les internes lors de leurs prises en charge en autonomie et de rechercher les facteurs associés à leur acquisition. Le nombre, la variété, et la similitude des situations prises en charge en autonomie pourraient faire partie des facteurs étudiés.

4.1.2. Objectifs secondaires de notre étude

Notre premier objectif secondaire était de rechercher si la prise en charge en autonomie des situations était statistiquement liée aux caractéristiques des stages suivantes : le type de stage (ambulatoire ou hospitalier), le type de structure (de consultations ou d'hospitalisations) et le nombre de structures incluses dans les stages.

Cependant, notre étude n'avait pas pour but d'identifier la ou les structures dans lesquelles chaque situation avait été prise en charge en autonomie. Or, l'activité de soin des différentes structures incluses dans les stages est variée.

Il serait intéressant de rechercher s'il existe une différence entre les structures vis-à-vis des situations présentes (leur fréquence, leur variété, et leur similitude avec la médecine générale pourrait être précisée). Cela permettrait d'identifier les opportunités de formation des internes de médecine générale dans les différentes structures de stage.

Il serait également utile de rechercher s'il existe une adéquation entre la présence des situations dans les structures et leur prise en charge en autonomie par les internes. Cela permettrait de s'assurer que les opportunités de formation des internes en stage sont exploitées, et dans le cas contraire d'en rechercher les causes.

Notre deuxième objectif secondaire était de rechercher si les pistes d'amélioration de la formation en stage d'après les internes étaient statistiquement liées au type de stage (ambulatoire ou hospitalier).

Nous avons interrogé les internes sur les raisons de leur manque de compétence ressenti d'une part, et leur besoin d'accompagnement pédagogique pour les différents aspects de la prise en charge d'autre part. Cependant, nous n'avons pas précisé à quelle(s) situation(s) les internes faisaient référence ni la ou les structure(s) de stage concernée(s).

Il serait intéressant de réaliser une étude similaire à la nôtre permettant de rechercher d'une part une corrélation entre ces différents aspects et les caractéristiques des stages, et d'autre part de préciser les situations concernées.

4.1.3. Type d'étude

Le type d'étude choisi était adapté à notre objectif principal : il s'agissait de mesurer (étude quantitative), la survenue d'évènements (étude descriptive) sur une période de temps courte (étude transversale).

4.1.4. Population cible, population source et population étudiée

Nous avons limité notre population source aux IMG de Bordeaux ayant réalisé leur stage validant la gynécologie au cours du semestre de l'été 2016. L'objectif était de tendre vers l'exhaustivité des terrains de stage (un questionnaire par poste d'interne) tout en limitant les biais de mémorisation. Cependant, la formation en stage étant susceptible de varier d'un interne à l'autre sur un même poste, la population source n'est pas forcément représentative de la population cible. Il s'agit d'une limite de notre étude, empêchant d'étendre nos résultats à la population cible.

Pour chaque poste de stage, nos résultats ne reflètent donc pas forcément la qualité du dispositif de formation mais bien la qualité du dispositif de formation pour l'interne concerné.

Nous aurions pu faire le choix de définir une population source plus large, par exemple l'ensemble des IMG de Bordeaux ayant réalisé ce stage entre 2013 et 2016 afin d'être plus représentatif de la population cible. Cependant, ce choix aurait introduit un biais de mémorisation. De plus, le traitement des données aurait été considérablement compliqué puisque le nombre de questionnaires remplis pour chaque poste d'internes aurait probablement varié.

Nous aurions également pu réaliser notre étude sur plusieurs semestres, mais le temps nécessaire a été jugé trop long.

Grâce aux informations communiquées par le DMG, nous avons pu contacter l'ensemble des internes constituant la population source. Le taux de participation a été satisfaisant (82%) mais l'objectif d'exhaustivité n'a pas été atteint. Cependant, nous avons pu vérifier la représentativité de notre échantillon vis-à-vis du genre et de l'ancienneté des internes. En revanche, nous n'avons pas pu la vérifier concernant la réalisation antérieure d'un stage ambulatoire ni les caractéristiques des stages de gynécologie réalisés, par manque de données. Nos résultats sont donc à interpréter avec prudence.

4.1.5. Outil de mesure : le questionnaire

Le recueil de données par questionnaire est adapté au type d'étude choisi. Afin de favoriser la participation des internes nous avons limité sa durée prévisible de réalisation à 5 minutes, et utilisé majoritairement des questions fermées.

4.1.5.1. *Introduction du questionnaire*

Nous avons rappelé dans le texte introductif le caractère anonyme des réponses afin de limiter les biais déclaratifs.

Nous avons également défini précisément ce que l'on cherchait à mesurer afin d'éviter les biais d'interprétation : La notion d'autonomie a été détaillée afin d'inclure la prise en charge avec supervision directe et indirecte.

4.1.5.2. *Questions relatives aux caractéristiques des internes et des stages*

Nous avons recueilli les caractéristiques des internes afin de décrire notre population. Ces caractéristiques ont été choisies pour leur possible influence sur la formation des internes en stage.

Le genre des internes semble influencer sur l'activité gynécologique des médecins. D'après certaines études, les patientes préféreraient consulter une femme pour leur suivi gynécologique, et les médecins hommes seraient moins intéressés par ce domaine d'activité. Il est donc possible que la perception des besoins de formation des internes, la prise en charge en autonomie des situations par les internes, et l'accompagnement pédagogique soient influencés par le genre des internes.

L'ancienneté dans le cursus de DES de médecine générale des internes est susceptible d'influer sur l'activité des internes en stage. En effet, les internes les plus avancés dans le cursus ont pu acquérir antérieurement des compétences leur permettant de prendre en charge plus de situations en autonomie au cours de leur stage. D'autre part, il est possible que l'accompagnement pédagogique varie selon l'ancienneté des internes, indépendamment des besoins réels de formation.

La réalisation par les internes d'un ou plusieurs stage(s) ambulatoire(s) en médecine générale est susceptible d'aider les internes à mieux identifier leurs besoins de formation. L'expérience de la médecine générale ambulatoire peut donc influencer sur l'activité des internes en stage et sur leur opinion concernant la qualité du dispositif de formation.

L'étude de ces facteurs aurait pu permettre d'affiner l'analyse de nos résultats.

Il serait intéressant d'étudier l'influence des caractéristiques des internes (dont le genre, l'ancienneté, l'expérience de l'exercice en médecine générale ambulatoire) sur leur formation en stages et sur leur opinion concernant le dispositif de formation.

4.1.5.3. Questions relatives à la prise en charge en autonomie des situations par les internes

La liste des situations étudiées a été construite à partir de données fiables issues de la bibliographie^[1;3;25;26] mais il s'agit d'un questionnaire original, dont la validité et la fiabilité reste à établir.

Nous avons défini l'intitulé des situations de manière à obtenir une certaine précision tout en favorisant la participation des internes par une durée de réalisation inférieure à 5 minutes. Malgré les précautions prises pour limiter les biais, le choix des situations et les formulations retenues sont discutables :

La situation « réalisation d'un toucher vaginal » aurait pu ne pas figurer dans le questionnaire. Elle fait encore parti de l'examen clinique gynécologique classique, mais sa réalisation systématique dans le cadre du dépistage est remise en cause.

Les situations relatives au traitement des IST n'ont pas été intégrées par soucis de brièveté du questionnaire. Ce choix peut être regretté, la réduction de l'incidence des IST faisant partie des mesures de prévention au niveau collectif et individuel.

Six questions concernaient deux situations à la fois : 4 incluaient la « prescription et l'interprétation », et deux situations comprenaient « l'information et la prescription ». L'interprétation des résultats a été gêné par ce manque de précision. Il aurait été préférable de formuler une question par situation.

La définition d'un groupe de questions relatives aux gestes techniques est discutable car elle ne permet pas de connaître le contexte clinique de réalisation. Or les aspects de la prise en charge dans le cadre d'un dépistage et sur point d'appel clinique ne sont pas identiques.

Certaines situations auraient pu apparaître dans plusieurs groupes de questions afin de gagner en précision et éviter les biais d'interprétation. C'est le cas des situations du groupe « Cancers gynécologiques », qui auraient pu être répétées dans le groupe « Ménopause », les traitements hormonaux substitutifs étant un facteur de risque de cancers gynécologiques.

4.1.5.4. Questions relatives aux pistes d'amélioration de la formation d'après les internes

La question relative aux raisons du manque de compétences ressenti par les internes, et la question relative au besoin d'accompagnement pédagogique pour les différents aspects de la prise en charge des situations gynécologiques en médecine générale n'a pas permis de préciser les situations concernées ni si elles avaient été prises en charge en autonomie ou non par les internes. Ce manque de précision représente une limite à l'interprétation des résultats.

4.1.6. Méthode de recueil des données

4.1.6.1. Période de recueil des données

Elle a débuté durant la dernière semaine de stage afin d'éviter la perte de vue des internes tout en permettant le recueil de données concernant l'ensemble du stage. Elle s'est étendue sur 2 mois afin de limiter les biais de mémorisation. Cependant, de nombreux internes étant en fin de cursus de D.E.S., le risque de perte de vue des internes était important après la fin du stage.

4.1.6.2. Mode de recueil des données

Nous avons choisi d'administrer les questionnaires par voie électronique afin de limiter les biais déclaratifs. Cependant, l'administration des questionnaires au cours de séances d'enseignement ou par téléphone aurait pu permettre d'obtenir un meilleur taux de participation.

Le lien du questionnaire a initialement été adressé aux internes via l'adresse du logiciel Sondage Online®. Le taux de réponse après le premier envoi a été de 32%. On a pu observer une diminution du nombre de réponses à chaque relance, pour atteindre un taux de participation de 49% mi-novembre (après 6 relances au maximum).

Devant l'essoufflement des réponses, nous avons cherché à contacter les internes par d'autres moyens. Un message a été envoyé via Facebook à 29 internes mi-novembre. Parmi eux, 15 ont répondu rapidement. La grande majorité d'entre eux ont précisé par message-réponse que les mails envoyés via Sondage Online® avaient été classés comme indésirables par leur messagerie. Fin novembre, un mail de relance a été envoyé via une adresse de l'université aux 25 non répondants, dont 14 ayant été préalablement contactés via Facebook.

Le taux de réponse obtenu auprès des internes ayant été relancés via Facebook mi-novembre a été de 52%. Celui obtenu auprès des internes n'ayant pas répondu à la relance Facebook avant fin-novembre et ayant été relancés par l'université a été de 57%. Celui obtenu auprès des internes relancés uniquement par l'université et non via Facebook a été de 27%. Au total, le contact des internes par 3 moyens différents a permis d'atteindre 82% de réponse.

Ces résultats rappellent l'importance du mode d'envoi des questionnaires afin de garantir leur bonne réception. Une meilleure communication auprès des internes en amont de l'étude aurait probablement pu améliorer le taux de réception des questionnaires et l'implication des internes pour y répondre.

4.1.7. Méthode de description et d'analyse des données

Nous avons décrit les données relatives à l'objectif principal et aux objectifs secondaires grâce à l'utilisation du logiciel Excel®. Nous avons utilisé ce même logiciel pour construire les graphiques illustrant les résultats afin de faciliter la mise en forme.

Nous avons analysé les données relatives aux objectifs secondaires grâce à l'utilisation du logiciel en ligne d'accès libre BiostaTGV. De nombreux effectifs étant inférieurs à 5, nous n'avons pas utilisé le test du Chi2 pour l'analyse des données qualitatives, mais le test de Fisher.

4.2. Interprétation des résultats

4.2.1. Interprétation des résultats relatifs à l'objectif principal

4.2.1.1. *Interprétation des principaux résultats relatifs à l'objectif principal*

Parmi les 64 internes de médecine générale de l'université de Bordeaux ayant réalisé leur stage validant la gynécologie au cours du semestre de l'été 2016, **6% ont pris en charge en autonomie l'ensemble des situations relatives à la prévention gynécologique au cours de ce stage.** Ils sont 27% à avoir pris en charge en autonomie plus de 80% des situations étudiées, et 83% à en avoir pris en charge plus de la moitié.

Nos résultats révèlent de fortes disparités selon les situations et leur groupe d'appartenance :

- Près de 70% des internes ont pris en charge en autonomie l'ensemble des situations du groupe « IST », et chaque situation du groupe « IST » a été prise en charge par près de 90% des internes.
- Moins de 40% des internes ont pris en charge en autonomie l'ensemble des situations du groupe « Cancers gynécologiques », et chaque situation de ce groupe a été prise en charge par 63 à 89% des internes.
- Seuls 25 % des internes ont pris en charge en autonomie l'ensemble des situations du groupe « Contraception et IVG », et chaque situation a été prise en charge par 55 à 95% des internes.
- Moins de 10% des internes ont pris en charge en autonomie l'ensemble des situations du groupe « Ménopause », et chaque situation de ce groupe a été prise en charge par moins de 40% des internes.
- Parmi les 8 situations les plus prises en charge, 5 sont des gestes techniques ou assimilés.

Afin d'interpréter plus précisément nos résultats, nous avons choisi de rappeler les principales données de santé publique relatives aux 4 groupes de situations étudiées. L'objectif de notre démarche était de mettre en perspective la formation des internes avec les besoins de santé des femmes actuels et à venir.

4.2.1.2. *Interprétation des résultats d'après les données épidémiologiques*

- Interprétation des résultats relatifs aux situations du groupe « IST »

La prévention des IST est basée sur la recherche des facteurs de risque d'IST, la réduction de ces risques notamment par l'éducation des personnes et la vaccination lorsqu'elle existe, le dépistage d'infections asymptomatiques lorsque des examens le permettent, le diagnostic des infections symptomatiques, et le traitement des patients atteints lorsqu'il est possible. Cette chaîne de prévention a pour but de limiter la morbi-mortalité liée aux IST au niveau individuel en traitant les patients atteints, et au niveau collectif en cassant les chaînes de transmission.

Le dépistage des infections à chlamydia, gonocoque, HPV et HSV chez les femmes est réalisé par prélèvement endo-vaginal. Les dépistages de la syphilis, de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH 1 et 2 sont réalisés par prélèvement sanguin. Ces examens de dépistage doivent être réalisés en fonction des facteurs de risque d'infection, selon les recommandations établies par la HAS, qui évoluent en fonction des données épidémiologiques et des politiques de santé publique.

Les données épidémiologiques^[27-30] montrent que la prévention ciblée des populations à risque doit être renforcée. On observe en effet une recrudescence de la syphilis, des infections à chlamydia et des infections à gonocoque. L'infection VIH est quant à elle encore très active en France, avec près de 7000 nouvelles contaminations chaque année, dont la moitié concernent des hétérosexuels, et l'autre moitié des hommes homosexuels. L'OMS insiste sur la difficulté à changer les comportements, malgré des efforts déployés considérables. Elle 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. Ils doivent 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.

Dans notre étude, chaque situation du groupe « IST » a été prise en charge par près de 90% des internes, ce qui semble très satisfaisant. Cependant, il semble nécessaire d'insister sur le rôle conjoint et complémentaire des actions de dépistage et d'éducation à la santé. En effet, parmi les internes ayant pris en charge des situations relatives aux examens de dépistage des IST, 14% ont déclaré ne pas avoir assuré l'éducation à la santé, et 11% ne pas avoir évalué les risques d'IST. Par ailleurs, le rôle proactif des médecins étant essentiel dans la réduction des IST, il serait intéressant de distinguer les prises en charge liées au motif de consultation et celles dont les internes ont été à l'initiative.

- Interprétation des résultats relatifs aux situations du groupe « Ménopause »

La ménopause est une période physiologique de la femme. Elle concerne une grande partie de la population féminine puisqu'elle survient entre 50 et 54 ans chez 83% des femmes, entre 40 et 44 ans chez 7% des femmes, et avant 40 ans chez 1% des femmes. La proportion de femmes concernées par la ménopause est donc conséquente dans la population générale, et donc dans la patientèle des médecins généralistes.

A court et moyen terme, la ménopause est responsable dans 50% des cas de symptômes regroupés sous le terme 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, et s'amenuisent avec le temps. Cependant, chez 25% des femmes, ils persistent pendant plus de 10 ans. Des symptômes moins spécifiques (troubles de l'humeur et du sommeil etc.) peuvent également être présents dans 30 à 50% des cas. Ces symptômes peuvent être réduits par des mesures hygiéno-diététiques, des traitements médicamenteux non hormonaux, et des traitements médicamenteux hormonaux (THS). Le service médical rendu des THS est important pour améliorer la qualité de vie des femmes. Cependant, ces traitements majorent le risque de cancer du sein, de l'endomètre et des ovaires, et le risque de thrombose veineuse, d'AVC et d'infarctus du myocarde. Les prescripteurs doivent donc être particulièrement attentifs au respect des recommandations.

A long terme, la ménopause est responsable de l'accélération de la déminéralisation osseuse, et représente donc un facteur de risque d'ostéoporose. La principale cause d'ostéoporose étant l'âge, les femmes ménopausées sont une population particulièrement à risque fracturaire : à partir de 50 ans, l'incidence de l'ostéoporose augmente de manière exponentielle, et les femmes sont 2 à 3 fois plus touchées que les hommes du fait de la ménopause (15% des femmes vers 50 ans, 39% vers 65 ans, 70% après 80 ans). L'ostéoporose est asymptomatique jusqu'à la survenue de fractures (qui peuvent elles-mêmes être asymptomatique, comme c'est le cas pour 60% des fractures vertébrales). Celles-ci ont des conséquences considérables en termes de morbi-mortalité et de coût. Leur prévention représente donc un enjeu majeur de santé publique, en particulier chez les femmes ménopausées, puisque les $\frac{3}{4}$ surviennent chez elles. La prévention des fractures ostéoporotiques repose sur la prévention de l'ostéoporose, son dépistage et son traitement, et sur la prévention des chutes. La prévention de la déminéralisation osseuse et de son aggravation repose sur des apports alimentaires en calcium et en vitamine D suffisants et sur l'activité physique. Le dépistage de l'ostéoporose se fait par ostéodensitométrie, dont l'indication dépend du niveau de risque fracturaire. Le traitement curatif de la déminéralisation osseuse repose sur des traitements non hormonaux et hormonaux, dont les indications sont limitées aux situations à risque élevé de fracture. Leur prescription doit prendre en compte la balance bénéfice-risque propre à chaque femme, en particulier concernant les traitements hormonaux de

la ménopause. Les indications et les modalités de traitements varient selon qu'il s'agisse de prévention primaire (absence d'antécédent de fracture) ou de prévention secondaire (antécédents de fracture), et de la présence d'un syndrome climatérique gênant.

Par ailleurs, la ménopause est suspectée de représenter un facteur de risque cardio-vasculaire. Cependant, le rôle protecteur des œstrogènes est remis en cause par les données récentes de la science. L'incidence plus élevée des pathologies cardio-vasculaires chez les femmes ménopausées sembleraient plutôt s'expliquer par la présence plus fréquente de facteurs de risques à cette période de la vie des femmes.

L'ensemble de ces données épidémiologiques^[31-35] rappelle l'importance de la prise en charge des symptômes de la ménopause, et de la prévention de l'ostéoporose et des fractures ostéoporotiques. Les médecins généralistes occupent une place privilégiée dans le système de soins français pour assurer ces missions.

Or dans notre étude, chaque situation du groupe « Ménopause » a été prise en charge par moins de 40% des internes. De plus, seuls 8% des internes ont pris en charge en autonomie l'ensemble des situations étudiées, et près de 60% des internes n'ont pris en charge qu'une situation de ce groupe. Ces résultats inquiétants pourraient s'expliquer en partie par le manque d'exposition des internes aux situations relatives à la ménopause. La pertinence des structures de stage pour répondre aux objectifs de formation dans ce domaine est donc probablement à améliorer. Mais le manque de connaissances théoriques et/ou le manque de cohérence de la formation en stages semblent également en cause. En effet, près de 40% des internes ayant prescrit une ostéodensitométrie n'ont pas évalué les risques de complication de la ménopause (comprenant le risque de fractures ostéoporotiques), et plus de 40% n'ont pas assuré l'éducation à la santé pour la réduction de ces risques. De même, près de 30% des internes ayant prescrit un traitement de la ménopause n'ont pas évalué les risques de complication de la ménopause, et près de 50% n'ont pas assuré l'éducation à la santé pour la réduction de ces risques. Enfin, parmi les internes ayant prescrit un THS, au moins 5% n'ont pas évalué le risque de cancers gynécologiques, et au moins 15% n'ont pas assuré l'éducation à la santé pour la réduction de ce risque. Ces derniers résultats sont susceptibles d'être fortement sous-estimés puisque les situations relatives aux cancers gynécologiques ont été étudiées dans le groupe « Cancers gynécologiques » et non dans le groupe « Ménopause ».

L'ensemble des résultats relatifs à la prise en charge en autonomie des situations liées à la ménopause révèlent donc une formation théorique et pratique des internes très insuffisante dans ce domaine.

- Interprétation des résultats relatifs aux situations du groupe « Contraception et IVG »

En France, malgré un accès à la contraception exceptionnel, un tiers des grossesses sont dites « non prévues », et le recours à l'IVG est stable depuis 10 ans. Parmi les grossesses non prévues, environ un tiers surviennent chez des femmes n'utilisant pas de moyen de contraception, un tiers chez des femmes utilisant une contraception médicalisée, et un tiers chez des femmes utilisant une contraception non médicalisée (préservatifs ou méthodes naturelles). Les femmes utilisant le préservatif masculin ont recours quasi systématiquement à l'IVG en cas de grossesse non prévue. Celles utilisant la contraception orale y ont recours dans 2/3 des cas. Celles utilisant le DIU y ont recours dans la moitié des cas, de même que les femmes utilisant des méthodes naturelles et les femmes n'ayant pas recours à la contraception. Les femmes ayant recours à des moyens contraceptifs dont l'efficacité théorique est excellente mais dont l'efficacité pratique est moindre ont donc plus recours à l'IVG que les autres. Devant ces données, il apparaît nécessaire d'améliorer l'identification des personnes à risque, la promotion de la contraception, et l'éducation des personnes pour une efficacité optimale.

La prévention des grossesses non souhaitées débute par l'évaluation de leurs risques. Celle-ci comprend la recherche de rapports hétérosexuels, l'absence de projet de parentalité, l'absence de contraception, et l'évaluation du risque d'échec en cas d'utilisation d'une contraception.

Dans notre étude, seuls 77% des internes ont recherché le risque de grossesse, alors qu'ils ont tous prescrit et/ou posé et/ou suivi et renouvelé une contraception. Ce résultat semble étonnamment faible. Il peut s'expliquer par un biais d'interprétation de l'intitulé de la situation : les internes ont pu entendre par « évaluation du risque de grossesse » la recherche de signes cliniques de grossesse. Dans le cas contraire, ces résultats montreraient l'importance de sensibiliser les internes à l'évaluation du risque de grossesse auprès de l'ensemble des patient(e)s, et en particulier dans un contexte de prescription de contraception.

Lorsqu'un risque de grossesse non souhaité est identifié, qu'une contraception soit utilisée ou non, les médecins ont pour rôle de proposer l'ensemble des moyens contraceptifs disponibles, et d'accompagner les patient(e)s dans leur choix. L'objectif est de permettre à chacun d'utiliser le moyen contraceptif qui lui convient le mieux. Pour cela, le médecin devrait s'appuyer sur une démarche de « décision médicale partagée », prenant en compte la balance bénéfice-risque établie à partir des données actuelles de la science, l'expérience du prescripteur, et les préférences des patient(e)s.

Notre étude montre que l'aide au choix d'une contraception a été prise en charge par 95% des internes, ce qui semble très satisfaisant. On note cependant que 17% des internes n'ont pas prescrit de première contraception au cours de leur stage. Or, cette situation concerne essentiellement les jeunes, chez qui le taux d'IVG est plus élevé qu'aux âges plus avancés. L'expérience des internes pour prendre en compte les besoins et attentes spécifiques des adolescents et jeunes adultes pourrait contribuer à l'amélioration de la prévention des grossesses non souhaitées. Certains terrains de stage pourraient être plus favorables à l'exposition à ces situations, notamment le Centre de Planification Familiale.

Concernant les moyens de contraception prescrits, la HAS recommande de privilégier les contraceptifs réversibles, d'efficacité excellentes, de longue durée d'action, et d'effets secondaires limités, c'est à dire les DIU au cuivre, les DIU hormonaux et les implants contraceptifs. En 2011 en France, 30% des femmes déclaraient utiliser ces moyens (dont 85% de DIU), contre 55% pour la contraception orale, 10% pour le préservatif, et 5% pour les autres méthodes. Ces données, combinées aux taux de grossesses non souhaitées et de recours à l'IVG, rappellent l'importance de l'accompagnement des patient(e)s dans leur choix, parmi l'ensemble des moyen disponibles. Quel que soit le moyen contraceptif choisi, les médecins généralistes doivent être en mesure de l'instaurer et d'en assurer la surveillance. La baisse de la démographie des gynécologues de ville renforce le rôle des médecins généralistes pour assurer ces missions. En particulier, ils doivent être en mesure de poser et de retirer des DIU et des implants contraceptifs, alors que ces actes étaient au paravent assuré préférentiellement par les gynécologues.

Dans notre étude, près de 90% des internes ont posé un implant contraceptif, ce qui semble très satisfaisant. En revanche, seuls un peu plus de 50% des internes ont posé un DIU. On note également que seuls 69% des internes ont assuré en autonomie le retrait d'implant contraceptif, et 25% des internes ayant posé un implant n'en ont pas retiré. De même, seuls 67% des internes ont retiré un DIU, et 14% des internes ayant posé un DIU n'en ont pas retiré. Il serait préférable d'apprendre aux internes non seulement à poser, mais également à retirer ces dispositifs.

Les femmes utilisant un mode de contraception pour lequel la prise de risque peut être identifiée (rapport sexuel non ou mal protégé, notamment oubli de contraception orale ou rupture de préservatif) devraient recevoir une information adaptée concernant la contraception d'urgence. Plus de 65% des femmes ayant recours à une contraception utilisent un de ces moyens (55% pour la contraception orale, 10% pour le préservatif), et sont donc susceptibles d'avoir recours à la contraception d'urgence. Deux moyens contraceptifs de rattrapage sont disponibles en France : la contraception orale d'urgence et la pose de DIU en urgence. La contraception orale d'urgence peut être délivrée sans prescription médicale

en contexte d'urgence, et de manière anticipée sur prescription médicale, alors que le DIU nécessite sa pose par un médecin ou une sage-femme. La prescription anticipée d'une contraception orale d'urgence permet d'éviter les difficultés d'accès des femmes à une prise en charge adaptée, et donc de réduire les risques de retard de prise en charge. Cette prescription peut également être réalisée en contexte d'urgence, après une prise de risque identifiée. Les données épidémiologiques montrent que la principale raison de non recours à une contraception d'urgence est l'absence d'identification de la prise de risque, suivie par le manque d'informations concernant les modalités d'accès et d'utilisation.

Dans notre étude, seuls 67% des internes ont assuré l'information et la prescription d'une contraception d'urgence, sans que soit précisé le contexte (anticipé ou en urgence) ni la méthode (contraception orale ou DIU). En l'absence de précisions, il est probable que les internes aient interprété la question comme relative à la contraception orale d'urgence. Ce résultat apparaît insuffisant au regard des besoins des femmes.

En cas de grossesse non prévue, la question de sa poursuite ou de son interruption se pose. Il s'agit d'une situation fréquente, puisqu'en moyenne, une femme française sur deux a recours à l'IVG au cours de sa vie. L'information et l'éducation des femmes concernant les droits de recours à l'IVG et les modalités de prise en charge et d'accès sont essentielles pour permettre aux femmes de décider librement de leur maternité. Seuls les médecins en établissements de santé ont le droit de pratiquer les IVG instrumentales. Le délai légal de réalisation est de 14 semaines d'aménorrhée. Les IVG médicamenteuses peuvent être réalisées par les médecins et sages-femmes en établissement de santé, ou en ville depuis 2004, à condition d'avoir signé une convention avec un établissement de santé. Le délai légal pour la méthode médicamenteuse est de 7 semaines d'aménorrhée en ville, et de 9 en établissement de santé. Lorsque l'IVG n'est pas pratiquée, les femmes doivent être orientées pour être prises en charge dans les délais recommandés. D'après une étude réalisée en 2007 par la DREES, le délai moyen de réalisation des IVG est de 10 jours après la demande, soit 5 jours de plus que le délai maximal recommandé par la HAS. Actuellement, 50% des IVG sont réalisées par méthode médicamenteuse. Parmi les IVG médicamenteuse, 20% sont réalisées en ville, essentiellement par des gynécologues, les médecins généralistes restant minoritaires. L'augmentation du nombre de médecins généralistes pratiquant les IVG représente un levier important pour augmenter l'offre de soins et réduire les délais de prise en charge. Dans son dossier « Prise en charge de l'IVG en France : évolution du droit et réalités d'aujourd'hui » publié en 2011^[36], Lucile Olier, sous directrice de l'observatoire de la santé et de l'assurance maladie, appelle d'ailleurs à « un travail important de sensibilisation, de formation et de valorisation de la prise en charge des IVG en cabinet de ville ». L'objectif affiché est de « lever les freins à l'engagement et à la faible activité des professionnels libéraux et favoriser une prise en charge globale de la femme ». Les moyens préconisés comprennent l'amélioration de la formation des professionnels

et le renforcement des moyens dédiés à la prise en charge psychologique et sociale en amont et en aval de l'IVG. Un rapport publié en 2013 par le Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes^[37] va dans le sens de ces constats et recommandations. Elles sont entendues par le Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, qui publie en 2015 un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG^[38]. Parmi les directives figurent le renforcement de la formation des professionnels, ainsi que l'amélioration de la coordination des soins. Le développement de l'offre de proximité, notamment en rendant possible la pratique des IVG instrumentales dans les maisons médicales pluri-professionnelles, apparaît également dans ce rapport, mais semble actuellement complexe à mettre en œuvre.

Dans notre étude, seuls 66% des internes ont assuré une consultation pour demande d'IVG. Pourtant, cette situation d'urgence est délicate, et l'expérience des internes apparaît nécessaire pour la prendre en charge avec soin dans leur pratique future. De plus, notre étude n'a pas permis d'évaluer la prise en charge en autonomie d'une IVG médicamenteuse et d'une IVG instrumentale. La pratique des IVG par les médecins généralistes étant à développer, l'internat constitue une période privilégiée pour sensibiliser les internes à leur rôle dans l'accès des femmes à l'IVG dans leur pratique future. La formation en stage devrait donc être renforcée pour permettre à l'ensemble des internes d'assurer des consultations pour demande d'IVG, mais également pour pratiquer des IVG médicamenteuses.

Les données épidémiologiques, notamment les travaux de l'Inpes^[39,40] et de l'équipe COCON (Cohorte contraception)^[41], ont donc mis en évidence des insuffisances dans la prévention des grossesses non prévues et dans la prise en charge des grossesses non désirées en France. Les médecins généralistes, en tant qu'acteur de santé de premier recours, ont un rôle important à jouer pour améliorer la qualité du système de soins dans ce domaine. Les résultats de notre étude traduisent la nécessité de développer la place accordée aux questions de contraception dans la formation théorique et pratique des futurs médecins. Les recommandations de l'Inpes publiées en 2009 apparaissent donc toujours d'actualité.

- Interprétation des résultats relatifs aux situations du groupe « Cancers gynécologiques »

Deux cancers gynécologiques sont concernés par le dépistage : le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein. Les données épidémiologiques permettent de prendre la mesure de l'importance la prévention du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein^[42-45]. Elles mettent également en évidence les améliorations du système de soin à apporter pour réduire leur incidence et la morbi-mortalité qui leur est associée. Nous avons utilisé ces données pour mettre en perspective les résultats de notre étude.

Le cancer du col de l'utérus est le 10^e cancer le plus fréquent chez la femme en France. Son incidence est faible (environ 3000 nouveaux cas par an), et en constante diminution. Il touche des femmes jeunes puisque son pic d'incidence se situe à 40 ans. Il est rare après 65 ans et avant 30 ans.

Sa prévention primaire repose sur l'éducation à la santé pour la réduction des risques d'infections HPV et sur la vaccination. Mis sur le marché en France en 2006, le vaccin anti-HPV cible les génotypes 16 et 18, responsables de 70% des cancers du col de l'utérus. Mais actuellement, la couverture vaccinale est seulement de 17% et on observe depuis 2010 une inflexion de la dynamique de vaccination. Cette situation semble s'expliquer essentiellement par des inégalités d'accès, le manque d'implication des professionnels de santé pour sa promotion et la méfiance vis-à-vis des risques d'effets secondaires. Le Plan cancer 2014-2019 comprend des mesures pour réduire ces freins, notamment la prise en charge à 100% du vaccin anti-HPV par la Sécurité Sociale et l'amélioration de sa promotion par les professionnels de santé.

Dans notre étude, l'éducation à la santé pour la réduction des risques de cancers gynécologiques a été prise en charge en autonomie par 70% des internes, tous cancers gynécologiques confondus, et l'information et la prescription d'une vaccination anti-HPV a été prise en charge en autonomie par 63% des internes, ce qui apparaîtrait insuffisant.

Le cancer du col de l'utérus est le plus souvent peu ou pas symptomatique jusqu'à un stade évolué. Son développement est lent puisque 10 à 20 ans s'écoulent entre le stade de lésion précancéreuse et le stade de cancer invasif. Son pronostic dépend du stade de la maladie au moment du diagnostic (la survie à 5 ans est de 66% tous stades confondus, 92% pour le stade le plus précoce, 17% pour le stade métastatique). Ainsi, le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus permet de traiter des lésions avant l'évolution cancéreuse (prévention) et des lésions cancéreuses à un stade précoce. Il repose sur la réalisation d'un frottis cervico-vaginal (FCV). Quarante-vingt-dix pour cent des cancers du col de l'utérus pourraient être évités par la réalisation de cet examen selon les

recommandations. Mais cet objectif est loin d'être atteint, le taux de réalisation de ce dépistage plafonnant à 60%. De plus, d'importantes inégalités existent dans le recours au FCV, notamment socio-économiques et géographiques, responsables d'une morbi-mortalité accrue dans les populations les plus vulnérables. Le plan Cancer 2014-2019 prévoit la mise en place d'un programme national de dépistage, sa prise en charge à 100% par la sécurité sociale, et le renforcement de sa promotion par une plus grande implication des professionnels de santé.

Dans notre étude, l'évaluation des risques de cancers gynécologiques a été prise en charge en autonomie par 70% des internes, la réalisation de FCV a été assurée en autonomie par 89% des internes, et l'interprétation de FCV a été réalisée par 77% des internes. On remarque par ailleurs que 19% des internes ayant réalisé un FCV n'en ont pas interprété.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes en France. Son incidence est de 88 pour 100 000 femmes. Il concerne essentiellement les femmes de plus de 50 ans, et 60% des nouveaux cas surviennent entre 50 et 74 ans. L'âge moyen au diagnostic est de 61 ans, et 78% sont diagnostiqués chez des femmes de plus de 50 ans. Il représente la première cause de décès par cancer chez les femmes, et est associé à de nombreux facteurs de risque, dont le plus important est l'âge supérieur à 50 ans pour une femme.

Sa prévention repose sur l'activité physique régulière et l'alimentation équilibrée, qui sont des facteurs protecteurs, et sur la réduction des facteurs de risques modifiables (limiter strictement la prescription de traitement hormonal substitutif de la ménopause aux recommandations, et lutter contre l'obésité, la consommation d'alcool et la sédentarité).

Dans notre étude, l'éducation à la santé pour la réduction des risques de cancers gynécologiques a été prise en charge en autonomie par 70% des internes, tous cancers gynécologiques confondus.

Le cancer du sein est peu ou pas symptomatique aux premiers stades de la maladie, et son évolution peut être rapide. Son pronostic dépend du stade de la maladie au moment du diagnostic. Le taux de survie à 5 ans est de 82% tous stades confondus, 93% pour le stade le plus précoce, 13% pour le stade métastatique. A 10 ans, il est de 72% tous stade confondu, 87% pour le stade le plus précoce et de 3% pour le stade métastatique. Son dépistage repose sur l'examen clinique des seins et sur la mammographie, qui constitue l'examen de référence. Les modalités du dépistage (âge de début, fréquence, âge d'arrêt) dépendent du niveau de risque de cancer et font l'objet de recommandations. Dans 90% des cas, le cancer du sein est découvert lors d'un dépistage (organisé ou individuel) et dans

10% des cas par un examen clinique faisant suite à des signes d'appel. Le taux de participation au programme national de dépistage du cancer du sein stagne à 53% depuis 2008, alors que l'objectif de 65% devait être atteint en 2013.

Dans notre étude, l'évaluation des risques de cancers gynécologiques a été prise en charge en autonomie par 70% des internes, et la prescription et l'interprétation de mammographie par 63% des internes. L'examen clinique des seins a été réalisé par 89% des internes mais celui-ci a pu être réalisé dans le cadre d'un dépistage ou sur point d'appel clinique.

Depuis 1990, on constate une baisse de la mortalité associée au cancer du sein, qui serait liée à l'amélioration de la précocité du diagnostic et de l'efficacité des traitements. Depuis 2000, l'incidence des cancers diagnostiqués à un stade avancé diminue, et serait liée à la diminution massive de la prescription des traitements hormonaux substitutifs, suspectés d'accélérer l'évolution cancéreuse.

Nous n'avons pas étudié l'évaluation du risque de cancers gynécologiques spécifiquement dans le cadre de la prescription de traitement hormonal de la ménopause, mais 95% des internes ayant prescrit un THS ont également, au cours de leur stage, évalué le risque de cancer gynécologique, tous contextes confondus.

Concernant les cancers du col de l'utérus et du sein, on remarque dans notre étude que 29% des internes ayant prescrit et/ou réalisé et/ou interprété un examen de dépistage n'ont pas évalué en autonomie le risque de cancer gynécologique, et que 29% n'ont pas assuré l'éducation à la santé pour leur réduction.

Les données épidémiologiques rappellent l'importance de la prévention et du dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, et le rôle des médecins généralistes pour assurer ces missions. D'après notre étude, les stages ne semblent pas permettre à l'ensemble des internes de répondre aux objectifs de santé publique pour assurer ces missions dans leur pratique future.

4.2.1.3. Comparaison des résultats avec les études similaires

Une étude nationale a été réalisée en 2013 par l'Isnar (Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) concernant la formation des internes de médecine générale, tous semestres et université confondus^[16]. Dans cette étude, tous semestres confondus, les pourcentages d'internes ayant réalisé les gestes techniques gynécologiques sont de :

- 84% concernant la réalisation d'un frottis cervico-vaginal, contre 89% dans notre étude.
- 68,2% concernant la pose de DIU, contre 55% dans notre étude.
- 49% concernant la pose d'implant contraceptif, contre 89% dans notre étude. Il est possible que le recours à l'implant contraceptif ait augmenté depuis sa commercialisation en 2001, et en particulier ces dernières années, ce qui pourrait expliquer la différence de résultats entre l'étude réalisée par l'Isnar en 2013 et notre étude réalisée en 2016. En cohérence avec les recommandations et pratiques, la formation des internes a également pu s'améliorer au cours de cette période.

Notre étude concernait uniquement des internes ayant réalisé un stage de gynécologie, et majoritairement en fin de cursus. On aurait donc pu s'attendre à ce que nos résultats soient meilleurs que dans l'étude de l'Isnar. Or ce n'est pas le cas concernant la pose de DIU.

Une étude locale a été réalisée en 2011 en Maine et Loire, Mayenne et Sarthe concernant la formation gynécologique pratique des internes de médecine générale^[17]. Il s'agissait d'une étude déclarative concernant la prise en charge de situations gynécologiques par des internes au cours de leur stage ambulatoire de médecine générale de niveau 1 ou de SASPAS. Quarante-huit internes ont participé à cette étude, dont les résultats sont les suivants :

- L'ensemble des internes ont réalisé un toucher vaginal (contre 97% dans notre étude tous stages confondus et 92% dans les stages ambulatoires),
- 98% ont réalisé un frottis cervico-vaginal (contre 89% dans notre étude tous stages confondus et 92% dans les stages ambulatoires),
- 54% ont interprété un frottis cervico-vaginal (contre 77% dans notre étude tous stages confondus et 83% en stages ambulatoires)
- 54% ont posé un DIU (contre 55% dans notre étude tous stages confondus et 46% en stages ambulatoires),
- 77% ont posé un implant contraceptif (contre 89% dans notre étude tous stages confondus et 83% en stages ambulatoires)

- 54% ont retiré un implant contraceptif (contre 69% dans notre étude tous stages confondus et 79% en stages ambulatoires) Cette différence est probablement liée au recours plus important de ce mode de contraception en 2016 comparé à 2011
- 96% ont initié une contraception orale (dans notre étude, la prescription d'une première contraception, toutes contraceptions confondues, a été prise en charge par 83% des internes tous stages confondus, et par l'ensemble des internes en stages ambulatoires)
- L'ensemble des internes ont pris en charge le renouvellement d'une contraception orale (dans notre étude, le suivi et le renouvellement d'une contraception ont été pris en charge par 94% des internes tous stages confondus, et par l'ensemble des internes en stages ambulatoires)
- L'ensemble des internes ont réalisé une palpation des seins (dans notre étude, l'examen clinique des seins a été réalisé par 89% des internes tous stages confondus, et par 92% des internes en stages ambulatoires)
- 81% des internes ont réalisé un bilan d'IST (dans notre étude, 92% des internes ont prescrit et interprété des sérologies d'IST tous stages confondus et 96% dans les stages ambulatoires ; 87% des internes ont prescrit et interprété un prélèvement endo-vaginal tous stages confondus et 92% des internes en stages ambulatoire)
- 56% des internes ont assuré d'explication des traitements substitutifs de la ménopause (Nous n'avons pas étudié cette situation)
- 40% ont prescrit un traitement hormonal substitutif de la ménopause (19% dans notre étude tous stages confondus, et 17% des internes en stages ambulatoires). Le faible taux de prise en charge dans ces deux études pourrait être lié à l'évolution des pratiques, avec un moindre recours aux THS de la ménopause depuis la publication des nouvelles recommandations en 2004. La différence entre les deux études peut s'expliquer par la diminution du recours aux THS entre 2011 et 2016.
- 48% des internes ont assuré une consultation pour demande d'IVG (66% des internes dans notre étude tous stages confondus, et 71% des internes en stages ambulatoires. Le recours à l'IVG étant stable en France ces dernières années, on peut émettre l'hypothèse que la pratique des médecins généralistes a évolué positivement entre 2011 et 2016 vis-à-vis de la prise en charge de cette situation. La diminution du nombre de gynécologues, la politique de santé publique encourageant les médecins généralistes à assurer les consultations pour demande d'IVG et à réaliser des IVG, et les efforts d'information auprès du public pourraient expliquer ces résultats.

Une étude locale a été réalisée en 2011 concernant la formation gynécologique pratique des internes de médecine générale de l'université Paris Diderot^[21]. Il s'agissait d'une étude déclarative, rétrospective, concernant les compétences gynécologiques acquises au cours de l'internat par les internes en 4^e, 5^e et 6^e semestre de D.E.S. de médecine générale ou ayant terminé leur cursus depuis moins de 3 ans. Parmi les 83 internes ayant participé à cette étude :

- 79% ont prescrit une contraception (contre 94% dans notre étude)
- 79% ont assuré le dépistage de cancers gynécologiques (FCV et mammographie) : (dans notre étude, 89% des internes ont réalisé un FCV et 66% des internes ont prescrits et l'interprété une mammographie)
- 24% ont pris en charge la ménopause (dans notre étude, les situations relatives à la ménopause ont été prises en charge par 19 à 38% des internes selon les situations)
- 41% ont posé et retiré un implant contraceptif (dans notre étude, 89% des internes ont posé un implant contraceptif, 69% des internes en ont retiré, et 67% en ont posé et retiré). Cette différence peut s'expliquer par l'augmentation du recours à ce moyen contraceptif, dont la commercialisation est récente.
- 30% ont posé et retiré un DIU (dans notre étude, 55% des internes ont posé un DIU, 67% en ont retiré, et 47% en ont posé et retiré)
- 51% des internes ont prescrit, surveillé et suivi une IVG médicamenteuse (dans notre étude, 66% des internes ont assuré une consultation pour demande d'IVG, mais l'intitulé moins précis de la situation rend difficile la comparaison des résultats).

Les résultats observés concernant les gestes techniques et l'IVG semblent meilleurs dans notre étude. La densité de gynécologues à Paris étant forte, contrairement à la densité en Aquitaine, on peut se demander si le besoin de formation des IMG n'est pas perçue comme de moindre importance à Paris concernant ces situations.

Une étude locale a été réalisée en 2014 concernant la formation des internes de médecine générale de l'université de Nantes à la pose des DIU^[46]. Cette étude concernait la réalisation de ce geste en autonomie, supervisée ou non, par les internes de médecine générale de la faculté de Nantes au cours du semestre d'hiver 2011-2012 et par les anciens internes ayant terminé leur semestre en novembre 2011. Dans cette étude, 55% des 159 répondants ont posé un DIU en autonomie au cours de leur stage. Nous avons retrouvé le même pourcentage dans notre étude.

Une étude locale a été réalisée en 2014 concernant les connaissances et savoir-faire déclarés en matière de contraception auprès des internes de médecine générale de l'université de Poitiers en fin de cursus d'internat^[47]. Dans cette étude, parmi les 41 répondants, le pourcentage d'internes déclarant savoir prendre en charge les situations relatives à la contraception était de :

- 41% concernant la prescription d'une contraception orale (dans notre étude, 94% des internes ont prescrit une contraception, orale et autres)
- 37% concernant la prescription d'une contraception d'urgence (dans notre étude, 67% des internes ont prescrit une contraception d'urgence, orale ou autre)
- 61% pour la pose d'implant contraceptif (dans notre étude, 89% des internes ont posé un implant contraceptif)
- 51% concernant le retrait d'implant contraceptif (dans notre étude, 69% des internes ont retiré un implant contraceptif)
- 37% concernant la pose de DIU (dans notre étude, 55% des internes ont posé un DIU)
- 46% concernant le retrait de DIU (dans notre étude, 67% des internes ont retiré un DIU)

Les meilleurs résultats retrouvés dans notre étude pourraient s'expliquer par la différence entre prise en charge en autonomie et sentiment de compétence.

Tableau 13. Comparaison de nos résultats avec les données de la bibliographie. Pour chaque situation, pourcentage d'internes l'ayant prise en charge

	1	2	3	4	5	6
Prescription d'une première contraception	83		96			
Suivi et renouvellement d'une contraception	94		100	79		
Pose d'implant contraceptif*	89	49	77			61
Retrait d'implant contraceptif	69		54			51
Pose de DIU	55	68	54		55	37
Retrait de DIU	67					46
Contraception d'urgence : information et prescription	67					37
Consultation pour demande d'IVG	66		48			
Examen clinique des seins	89		100			
Réalisation de frottis cervico-vaginal	89	84	98			
Interprétation de frotti cervico-vaginal	77		54			
Prescription et interprétation de sérologies IST	92		81			
Prescription d'un traitement hormonal de la ménopause	19		40			
Toucher vaginal	97		100			

1 : notre étude ; 2 : étude nationale^[16] ; 3 : étude locale n°1^[17] ; 4 : étude locale n°2^[21] ; 5 : étude locale n°3^[46] ; 6 : étude locale n°4^[47]

4.2.2. Interprétation des résultats relatifs aux objectifs secondaires

4.2.2.1. *Interprétation des résultats relatifs aux objectifs secondaires d'après les besoins spécifiques de formation des internes de médecine générale*

Les stages ambulatoires relèvent essentiellement des soins primaires, alors que les stages hospitaliers relèvent plutôt des soins secondaires et tertiaires. On aurait donc pu s'attendre à ce que les internes de médecine générale en stages ambulatoires aient pris en charge plus de situations en autonomie que les internes en stages hospitaliers. On aurait également pu s'attendre à ce que le besoin d'un meilleur accompagnement pédagogique soit plus exprimé par les internes en stages hospitaliers qu'en stages ambulatoires. Or dans notre étude, les différences entre stages ambulatoires et stages hospitaliers apparaissent à première vue peu importantes. Mais l'analyse détaillée des résultats révèle des différences notables.

Concernant le nombre de situations prises en charge par les internes, la différence entre stages ambulatoires et stages hospitaliers n'est pas significative. Les résultats obtenus pour chaque situation permettent de préciser les différences entre ces deux types de stages :

Seules deux situations ont davantage été prises en charge en stages ambulatoires qu'en stages hospitaliers : la prescription d'une première contraception, et l'information et la prescription d'une vaccination anti-HPV. L'absence de différence pour la plupart des situations pourrait s'expliquer par la présence, dans les stages hospitaliers, de structures dédiées à la prévention, notamment le centre de planification familial et le service de protection maternelle et infantile. Les deux situations pour lesquelles il existe une différence significative concernent préférentiellement des adolescentes et jeunes femmes en bonne santé, ayant le plus souvent recours aux soins de ville. Ces résultats rappellent donc l'importance des stages ambulatoires et des structures dédiées à la prévention, notamment hospitalières, pour former les internes de médecine générale au suivi des patients en bonne santé.

Deux gestes techniques ont été plus souvent pris en charge en stage hospitaliers qu'en stages ambulatoires : le prélèvement endo-vaginal et le retrait de dispositif intra-utérin. Ces deux situations ont été prises en charge significativement plus souvent en consultations qu'en hospitalisation parmi les internes en stages hospitaliers. On s'attendait cependant à ce que la réalisation de prélèvements endo-vaginaux de dépistage soit davantage réalisée en consultations ambulatoires qu'en consultations hospitalières. Il est possible que les internes aient indiqué avoir réalisé ce geste sans tenir compte du contexte de réalisation. Les compétences mobilisées au cours d'une consultation de dépistage et au cours d'une consultation sur point d'appel clinique étant différentes, cette donnée sera à éclaircir. Le résultat

relatif au retrait de DIU, plus fréquent en consultations hospitalière qu'en consultations ambulatoires dans notre étude, peut s'expliquer par le recrutement plus important de patients pour ce motif en soins secondaires ou tertiaire, notamment en contexte d'urgence. Ce résultat traduit l'importance des consultations en stages hospitaliers : le recrutement plus ciblé des patients en consultations hospitalières par rapport aux consultations ambulatoires permettrait d'augmenter l'exposition des internes à certaines situations, notamment pour la réalisation des gestes techniques.

Concernant les 25 autres situations, la différence entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers n'est pas significative. Mais cette absence apparente de différence est à préciser :

Pour la majorité des situations, les internes en stages hospitaliers ont pris en charge chaque situation significativement plus en consultations qu'en hospitalisations. La différence n'est pas significative pour seulement 3 situations : la pose l'implant contraceptif, la prescription et l'interprétation d'une ostéodensitométrie, et la prescription d'un traitement hormonal de la ménopause. Les effectifs concernant ces 2 dernières situations relatives à la ménopause sont trop faibles pour interpréter les résultats. Les résultats relatifs à la pose d'implant contraceptif montrent que la différence entre la prise en charge de cette situation en stages ambulatoires, en consultations en stages hospitaliers, et en hospitalisations n'est pas significative. Ces résultats montrent que la prise en charge de la plupart des situations n'est pas significativement différente entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers grâce à la présence de structures de consultations dans les stages hospitaliers.

Notre étude a donc permis de mettre en évidence le rôle central des structures de consultations (en stages ambulatoires et en stages hospitaliers) pour la prise en charge en autonomie par les internes des situations étudiées. Il aurait été intéressant de déterminer, pour chaque situation, la ou les structures de consultations les plus favorables à leur prise en charge. En effet, l'activité de soins dans les différentes structures de consultations étant variable, la prise en charge en autonomie des situations est susceptible de varier selon les structures incluses dans les stages. Notre étude n'a pas été construite pour répondre à cette question, mais nous avons tenté d'approcher cette notion en recherchant si la multiplication des structures de stage augmentait le nombre de situations prises en charge par les internes.

Concernant les internes en stages ambulatoire, nous avons montré que le nombre de situations prises en charge en autonomie n'était pas significativement différent selon du nombre de structures de stage. Ce résultat pourrait s'expliquer par une réelle absence de différence entre les structures vis-à-vis de la prise en charge en autonomie des situations. Il est également possible que les structures les moins formatrices soient associées à des structures plus formatrices, gommant ainsi les différences entre les structures.

Concernant les internes en stages hospitaliers, nous avons montré que le nombre de situations prises en charge en autonomie était significativement plus important lorsque les stages comprenaient 2 ou 3 structures de consultations, comparé aux stages qui ne comprenaient qu'une structure de consultations. Ce résultat pourrait s'expliquer par le manque de temps dédié aux consultations dans les stages ne comprenant qu'une structure de consultation, la formation en hospitalisation se faisant au détriment de la formation en consultations. Il est également possible que la spécialisation des structures de consultations comprises dans les stages hospitaliers nécessite la multiplication des structures pour couvrir les objectifs de formation.

Au-delà de la prise en charge en autonomie des situations, il est intéressant de comparer les raisons évoquées par les internes comme responsables de leur manque de formation ressenti, pour une ou plusieurs situations, qu'elles aient été prises en charge en autonomie ou non au cours de leur stage.

Le manque de motivation n'a été cité que par un interne, ce qui est positif et reflète l'engagement des internes dans leur formation à la gynécologie.

Le manque de fréquence des situations a été cité par 44% des internes. Il s'agit de la raison la plus citée, et il n'existe pas de différence significative entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers. Ce résultat peut traduire le manque ressenti d'expérience des internes, lié à l'absence ou au manque d'exposition à certaines situations dans les stages.

Le manque de variété des situations a été cité par 25% des internes, sans différence entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers. Il est possible que ces internes regrettent de prendre en charge de manière répétée des situations similaires, ne leur permettant pas de se sentir à l'aise.

Le manque de similitude des situations avec la médecine générale a été cité par 30% des internes en stages hospitaliers, et seulement par un interne en stage ambulatoire. Malgré le manque de différence significative entre stages ambulatoires et stages hospitaliers concernant la prise en charge des situations, de nombreux internes en stages hospitaliers soulèvent donc le problème du manque d'adéquation entre l'exercice médical en stages hospitaliers (en hospitalisations et/ou en consultations) et l'exercice en médecine générale ambulatoire.

Le manque d'accompagnement pédagogique a été cité par 33% des internes, et il n'existe pas de différence significative entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers. Ces internes ont pu exprimer un manque relatif à un ou plusieurs de ces aspects de l'accompagnement pédagogique : le manque de définition des objectifs de formation et/ou le manque de définition des moyens de les atteindre et/ou le manque d'accompagnement nécessaire à l'acquisition des compétences visées par les internes.

Le manque d'accompagnement pédagogique ressenti est susceptible de varier selon les opportunités de formation des internes à l'exercice de la médecine générale ambulatoire, en particulier vis-à-vis des différents aspects de la prise en charge (aspects clinique, paraclinique, relationnels, psycho-socio-culturel, médico-légaux et de coordination des soins). Nous avons donc interrogé les internes sur leur besoin d'accompagnement pédagogique en stage pour ces différents aspects.

Tous stages confondus, les résultats montrent qu'un interne sur 2 a exprimé le besoin d'un meilleur accompagnement pédagogique pour les aspects relationnels, et qu'environ 2 internes sur 3 ont exprimé besoin d'un meilleur accompagnement pédagogique pour les autres aspects de la prise en charge. Le fort besoin d'un meilleur accompagnement pédagogique concerne, par ordre décroissant de citation : les aspects cliniques, médico-légaux, paracliniques, de coordination des soins, psycho-socio-culturels et enfin relationnels.

En comparant le besoin d'accompagnement pédagogique des internes en fonction du type de stage, on aurait pu s'attendre à ce que les internes en stages hospitaliers expriment un plus grand besoin d'accompagnement pédagogique que les internes en stages ambulatoires. En effet, les internes en stages hospitaliers ont relevé le manque de similitude des situations rencontrées en stages par rapport à celles qu'ils pensent rencontrer en médecine générale ambulatoire. Or les résultats de notre étude ne montrent pas de différence significative entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers vis-à-vis du besoin d'accompagnement pédagogique pour les aspects cliniques, paracliniques, relationnels, médico-légaux et la coordination des soins. Ce résultat pourrait suggérer que l'accompagnement pédagogique ne dépend pas du type de stage, malgré des situations perçues comme moins adaptées aux objectifs de formation en stages hospitaliers. Ce résultat surprenant pourrait être dû à un biais d'interprétation de la question par les internes : il est possible qu'ils aient répondu en fonction de l'importance perçue des aspects de la prise en charge dans leur stage, et non pour l'exercice en médecine générale ambulatoire. Les différences entre stages ambulatoires et hospitaliers ont pu ainsi être dissimulées.

Le seul aspect de la prise en charge pour lequel on relève une différence significative concerne le fort besoin d'accompagnement pédagogique pour les aspects psycho-socio-culturels. Celui-ci a été significativement plus cité par les internes en stages ambulatoires que par les internes en stages hospitaliers. Ce résultat pourrait traduire l'importance perçue de cet aspect de la prise en charge dans les stages ambulatoires, et le manque d'accompagnement pédagogique nécessaire à l'acquisition des compétences en rapport. Autrement dit, les internes en stages ambulatoires auraient particulièrement conscience de leur besoin de formation concernant cet aspect de la prise en charge, et l'accompagnement pédagogique n'y répondrait pas suffisamment.

Notre interprétation des résultats est confortée par les pistes d'améliorations évoquées par les internes dans la question ouverte du questionnaire.

Concernant les caractéristiques des stages, les internes ont relevé l'importance de privilégier des structures de stages permettant une exposition suffisante aux situations d'apprentissage, et d'associer plusieurs structures afin de couvrir la diversité des situations rencontrées en médecine générale. Les structures de consultations, notamment les consultations libérales (gynécologue, sage-femme, médecin généraliste ayant une forte activité gynécologique) et le centre de planification familiale ont été citées par plusieurs internes comme essentielles à la formation des IMG.

Concernant l'accompagnement pédagogique, les internes ont relevé le manque de prise en compte de la spécificité de la médecine générale dans leur formation en stage. Le manque d'adéquation entre les rôles qui leurs sont attribués en stage et leurs objectifs de formation a été soulevé. Le souhait d'une meilleure définition des objectifs d'apprentissage et d'un meilleur accompagnement vers l'autonomie a été cité par plusieurs internes.

Les internes ont également insisté sur l'importance d'un accompagnement pédagogique coordonné entre formation pratique en conditions réelles, formation pratique simulée et formation théorique. Les ateliers de formation aux gestes techniques et les séances d'enseignement au sein des stages ont été cités comme des moyens de répondre à leurs attentes.

4.2.2.2. *Comparaison des résultats relatifs aux objectifs secondaires avec les études similaires*

A notre connaissance il n'existe pas de données bibliographiques concernant la différence entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers. Certaines études ont montré que les stages hospitaliers, et plus particulièrement les consultations hospitalières, répondaient à l'ensemble des objectifs de formation gynécologique des internes de médecine générale, notamment pour l'apprentissage des gestes techniques^[20;21]. Les résultats de notre étude sont cohérents avec ces conclusions.

L'opinion des internes concernant la qualité du dispositif de formation en stage a fait l'objet de plusieurs études. Deux études complémentaires ont été réalisées au niveau national en 2015.

La première de ces études concernait l'opinion et les attentes des internes vis-à-vis du D.E.S. de médecine générale idéal^[48]. Cette étude montrait que :

- 46,4% des répondants, toutes universités confondues, souhaitaient diminuer le nombre et la durée des stages hospitaliers (51% des internes de l'université de Bordeaux). Les facteurs associés à ce souhait étaient l'âge plus élevé, le sexe féminin, l'ancienneté dans le cursus, avoir réalisé son stage pôle mère-enfant ambulatoire, et avoir un projet d'exercice libéral en médecine générale. Ces résultats sont cohérents avec les conclusions de notre étude, dans laquelle nous avons montré l'intérêt, mais aussi les limites des stages hospitaliers validant la gynécologie pour l'exercice futur en médecine générale.
- 68,7% des répondants, toutes universités confondues, souhaitaient augmenter la formation ambulatoire en incluant le pôle mère-enfant (65,2% des internes de l'université de Bordeaux). Les facteurs associés à ce souhait étaient le sexe féminin, avoir réalisé un stage en médecine adulte et/ou son stage ambulatoire de niveau 1 et/ou son SASPAS, et avoir un projet d'exercice libéral de la médecine générale. Notre étude a montré l'intérêt des stages ambulatoires validant la gynécologie, et le ressenti des internes corrobore les résultats de cette étude.
- 9,3% des répondants, toutes universités confondues, estimaient le stage en CHU nécessaire à leur formation. Dans notre étude, un interne a exprimé le souhait de supprimer le stage de gynécologie au CHU.

La deuxième de ces études concernait l'opinion et les attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale actuel^[12]. Cette étude montrait que :

- 58,7% des répondants, toutes universités confondues, estimaient le stage de gynécologie nécessaire.
- 16,4% des répondants, toutes universités confondues, considéraient le stage de gynécologie en hospitalier nécessaire (13,5% des internes de l'université de Bordeaux). Le facteur associé à ce souhait était d'avoir réalisé un stage hospitalier en pôle mère-enfant.
- 58,7% des répondants, toutes universités confondues, considéraient le stage de gynécologie ambulatoire nécessaire (58,7% des internes de l'université de Bordeaux). Les facteurs associés à ce souhait étaient l'ancienneté dans le cursus, et la réalisation d'un stage ambulatoire ou un stage hospitalier de médecine adulte.
- Les répondants, toutes universités confondues, évaluaient la contribution de la formation à la construction des compétences « Relation, communication, approche centrée sur le patient » à 5 à 8 /10, « Education, Prévention, Dépistage » à 5 à 7 /10, « Continuité, Suivi, Coordination des Soins » à 5 à 7 /10 (Concernant les internes de l'université de Bordeaux : Relation, communication, approche centrée sur le patient : 7/10 ; Education, prévention, dépistage : 6/10 ; Continuité des soins, suivi, coordination des soins : 6/10). Dans notre étude, le besoin d'un meilleur accompagnement pédagogique a été cité par 69% des internes pour les aspects psycho-socio-culturels, 66% pour la coordination des soins, et 50% pour les aspects relationnels. Notre étude a également mis en évidence un manque de formation des internes concernant l'éducation, la prévention et le dépistage dans le domaine de la gynécologie.
- 61,4% des répondants, toutes universités confondues, étaient favorables à un 3^e stage ambulatoire. (62,6% des internes de l'université de Bordeaux). Parmi eux, 62,2% le justifient par le besoin d'augmenter leur temps de formation ambulatoire, et 16,9% souhaiteraient que ce stage corresponde au stage « pôle mère-enfant ». Les internes n'étant pas favorables à un 3^e stage ambulatoire au cours du D.E.S. de médecine générale le justifient par la mauvaise qualité des stages ambulatoire ou la préférence pour les remplacements pour 21% d'entre eux, par l'intérêt de l'hôpital pour la formation pour 19,8% d'entre eux.
- 44,5% des répondants, toutes universités confondues, souhaitaient que le SASPAS soit généralisé (43,9% des internes de l'université de Bordeaux).

5. Conclusion

L'objectif principal de notre étude était de réaliser un état des lieux de la prise en charge en autonomie des situations relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes par les internes de médecine générale au cours de leur stage validant la gynécologie en Aquitaine. Cette étude a permis d'évaluer la proportion d'internes susceptibles d'acquérir, en stage validant la gynécologie, les compétences pratiques nécessaires pour assurer ces missions en médecine générale ambulatoire. Les résultats obtenus montrent de fortes disparités selon les situations et les groupes de situations. La prise en charge en autonomie des situations relatives aux infections sexuellement transmissibles apparaît satisfaisante, bien que l'importance de la prévention et l'éducation à la santé dans la prise en charge semble à renforcer. A l'opposé, la prise en charge en autonomie des situations relatives à la ménopause apparaît très insuffisante, et révèle un manque de formation à la fois pratique et théorique dans ce domaine. La prise en charge en autonomie des situations relatives à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse d'une part, et aux cancers gynécologiques d'autre part, est plus contrastée.

Si la prise en charge en autonomie des situations apparaît comme une condition nécessaire à l'acquisition des compétences, elle ne saurait toutefois en constituer la garantie. Des études ultérieures pourront préciser si les compétences visées sont réellement mobilisées lors des prises en charge par les internes.

Les objectifs secondaires de notre étude avaient pour but de rechercher si la formation des internes était liée aux caractéristiques des stages.

Concernant la prise en charge en autonomie des situations, nos résultats ont montré, pour la plupart des situations étudiées, la forte supériorité des structures de consultations par rapport aux structures d'hospitalisations, et l'absence de différence significative entre les structures de consultations ambulatoires et hospitalières.

Concernant les raisons du manque de compétences ressenti, nos résultats n'ont pas montré de différence significative entre les stages ambulatoires et hospitaliers, sauf pour le manque de similitude avec la médecine générale, presque exclusivement cité par des internes en stages hospitaliers. Les internes en stages ambulatoires ont principalement cité le manque de fréquence et de variété des situations. Les internes en stages hospitaliers ont principalement cité le manque de fréquence des situations, le manque d'accompagnement pédagogique, et le manque de similitude des situations avec la médecine générale. Des études ultérieures permettraient de préciser les structures concernées, en distinguant en particulier dans les stages hospitaliers les structures de consultations et d'hospitalisation.

Les résultats de notre étude rappellent par ailleurs l'importance de l'adéquation entre les objectifs de formation des internes, l'activité des structures de stages, et l'accompagnement

pédagogique. L'absence ou le manque de situations dans les stages, le manque d'exposition des internes à ces situations, et le manque d'accompagnement pédagogique dans le processus d'apprentissage et d'autonomisation représentent dans notre étude les principales causes du manque de compétences ressenti par les internes. La réalisation d'un état des lieux de la présence des situations d'apprentissage dans les différentes structures de stage, de leur fréquence, leur variété et leur similitude avec la médecine générale pourraient constituer une base solide pour améliorer les opportunités de formation des internes en stages. Les structures ne permettant pas de couvrir l'ensemble des objectifs de formation pourraient être couplées à d'autres structures complémentaires au sein d'un même stage. Le temps dédié à chaque structure pourrait être défini, autant que possible, en fonction des opportunités de formation de chaque structure. Il apparaît également nécessaire d'évaluer la qualité de l'accompagnement pédagogique et d'en rechercher les déterminants. A ce titre, l'évaluation de la connaissance des objectifs de formation par les internes et les formateurs apparaît centrale. La prise en compte de ces données dans le dispositif de formation et d'évaluation des internes permettrait aux internes de mieux tirer profit de la présence des situations d'apprentissage en stages.

Ces conclusions sont cohérentes avec les données de la littérature en France. Cependant, notre étude est de faible puissance et ne ciblait que des situations relatives à la prévention gynécologique. Il apparaît donc souhaitable de réaliser des études similaires de plus grande ampleur couvrant les situations gynécologiques et obstétricales de médecine générale non abordées dans notre étude. Celles-ci concernent notamment les situations relatives à la grossesse normale et au post-partum, aux douleurs pelviennes, aux pathologies mammaires, à la sexualité, aux troubles de la fertilité et aux cancers gynécologiques.

Notre étude a permis de préciser les besoins et les attentes des internes vis-à-vis de leur formation. Elle pourrait être utile à l'amélioration et à la planification de l'offre de stage validant la gynécologie, en particulier pour les internes de médecine générale de l'université de Bordeaux.

Références

1. CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger Levrault; 2010.
2. Le Goaziou M.F. Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie. La revue du Praticien-Médecine Générale. 1999;13:1645-6.
3. Observatoire de la médecine générale. Les diagnostics les plus fréquents. SFMG; 2009 [cited 2017 July 28]. Available from: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
4. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé publique. 2005;17:109-19.
5. Desmond L. Analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre. Th. d'exercice de médecine, Tours: Université de Tours; 2013.
6. Diaz S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France. Th. d'exercice de médecine, Paris: Université Paris VII; 2010.
7. CNGO. La prise en charge des femmes françaises. [cited 2017 July 28]. Available from: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm#haut
8. Cohen J, Madelenat P, Levy Toledano R. Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir en France ? Paris: Eska Editions; 2010.
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^e janvier 2016. [cited 2017 July 28]. Available from: https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
10. CNGE. Concepts et principes pédagogiques. CNGE; 2013 [cited 2017 July 28]. Available from: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques
11. Legifrance. Arrêté du 27 octobre 2001 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF [cited 2017 July 28]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000773722>

12. Landry C. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale actuel. Th. d'exercice de médecine, Paris: Université de Paris Est Créteil; 2015.
13. CNGE. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale. CNGE; 2016 [cited 2017 July 28]. Available from:
https://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/
14. Colchen M. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du Diplôme d'Etudes spécialisées de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie. Th. d'exercice de médecine, Amiens: Université d'Amiens; 2016.
15. Legifrance. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF [cited 2017 July 28]. Available from:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id>
16. Isnar. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale. Isnar; 2013 [cited 2017 July 28]. Available from: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
17. Baranger L. Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire : Enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS de mai à octobre 2010. Th. d'exercice de médecine, Angers: Université d'Angers; 2011.
18. Delsalle C. L'acquisition de la compétence professionnelle des étudiants de troisième cycle des études médicales pour la pratique de la gynécologie obstétrique en médecine générale. Th. d'exercice de médecine, Lille: Université de Lille; 2005.
19. Champion Leroy J. Etat des lieux des habiletés en gynécologie des internes de fin de D.E.S. de médecine générale à Angers en octobre 2010. Th. d'exercice de médecine, Angers: Université d'Angers; 2011.

20. Bidault F, Leveque J, Broux PL, Grall JY, Honnorat C. Création d'objectifs d'apprentissage pratique et leur confrontation à la réalité pédagogique d'une unité de gynécologie : l'expérience rennaise. *Pédagogie médicale*. 2002;3:74-80.
21. Jules-Clement M. La formation gynécologique au cours du D.E.S. de médecine générale, étude sur la faculté Paris Diderot Paris 7. Th. d'exercice de médecine, Paris: Université Paris Diderot; 2011.
22. Metaire L. Encadrement pédagogique de l'interne de médecine générale au cours des stages hospitaliers à la faculté d'Angers. Th. d'exercice de médecine, Angers: Université d'Angers; 2011.
23. Casaux-Voroniuc I. Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale, enquête par focus group auprès des internes et jeunes remplaçants de la faculté de Rouen. Th. d'exercice de médecine, Rouen: Université de Rouen; 2012.
24. Parrain M. Formation des futurs médecins généralistes d'Aquitaine à la gynécologie obstétrique. Etat des lieux de l'exposition des internes aux consultations présentant un motif gynécologique lors du stage ambulatoire validant la gynécologie-pédiatrie. Th. d'exercice de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016.
25. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr-Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*. 2013;108:65-9.
26. Belkebir R. Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus. La gynécologie en soins primaires. Th. d'exercice de médecine, Poitiers: Université de Poitiers; 2004.
27. OMS. Infections sexuellement transmissibles. Aide-mémoire N°110. OMS; 2016 [cited 2017 July 28]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/>
28. InVS. Point épidémiologique-Infection par le VIH/SIDA et les IST. InVS; 2015 [cited 2017 July 28]. Available from:http://www.corevih-alsace.fr/userfiles/JMLS_SDD_2015/point_vih_sida_231115.pdf

29. Viriot D, Fournet N, Ndeikoundam N, Lot F. Epidémiologie des IST en France et en Europe. InVS; 2015 [cited 2017 July 28]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/s2_m_epidemiologie_des_ist_france_et_europe_f_lot.pdf
30. Invs. Bulletins des réseaux de surveillance des IST. InVS; 2015 [cited 2017 July 28]. Available from: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
31. Inserm. Dossier d'information : Ménopause. Inserm; 2012 [cited 2017 July 28]. Available from: <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/menopause>
32. Institut National du Cancer. Traitements hormonaux de la ménopause et risques de cancers. Fiches repères; 2015 [cited 2017 July 28]. Available from: www.e-cancer.fr/.../Traitements-hormonaux-de-la-menopause-et-risques-de-cancers.
33. Inserm. Dossiers d'information : Ostéoporose. Inserm; 2016 [cited 2017 July 28]. Available from: <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/osteoporose>
34. Scarabin PY. Oestrogènes et risques cardio-vasculaires chez les femmes ménopausées. Inserm; 2012. [cited 2017 July 28]. Available from: <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/aestrogenes-et-risques-cardiovasculaires-chez-les-femmes-menopausees>
35. Fontana A, Delmas PD. L'ostéoporose : épidémiologie, clinique et approches thérapeutiques. *Med Sci.* 2001;17:1297-1305.
36. Olier L. Présentation du dossier. La prise en charge de l'IVG en France : évolution du droit et réalités d'aujourd'hui. France: La Documentation française;2011.
37. Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes. Rapport n°2013-0912-HCE-008 relatif à l'accès à l'IVG. HCE fn; 2013. [cited 2017 July 28]. Available from: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce-rapport_ivg_et_internet_20130912_version_adoptee-3.pdf

38. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Améliorer l'accès à l'IVG. Programme national d'action. [cited 2017 July 28]. Available from: <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/01/160115-DP-Programme-national-daction-IVG.pdf>
39. Aubin C, Jourdain Menninger. La prévention des grossesses non désirée : contraception et contraception d'urgence. Inspection générale des affaires sociales; 2009 [cited 2017 July 28]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>
40. Inpes. Contraception : Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Inpes; 2011 [cited 2017 July 28]. Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
41. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N et al. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. 2003;18(5):994-999.
42. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratique de l'examen périodique de santé (EPS). HAS; 2013 [cited 2017 July 28]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
43. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. [cited 2017 July 28]. Available from: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/action/piece-jointe/2014/07/2014-02-03_plan_cancer.pdf
44. HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. HAS; 2015 [cited 2017 July 28]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
45. Institut National du Cancer. Survie attendue des patients atteints de cancers en France : Etat des lieux 2010. Les Données; 2010.

46. De Castelbajac de la Croix. Evaluation de la formation des internes de médecine générale de Nantes à la pose des dispositifs intra-utérins. Th. d'exercice de médecine, Nantes: Université de Nantes; 2014.
47. Grancolin S, Du Breuillac J, Birault F, Gomes J, Chapuis AL. Connaissances et savoir-faire déclarés des internes de médecine générale en matière de contraception : une étude menée en subdivision d'internat de Poitou-Charente (France). *Pédagogie Médicale*. 2014;15(1):53–60.
48. Cathalan T. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal ». Th. d'exercice de médecine, Paris: Université Paris Est Créteil; 2015.

Annexe

Questionnaire de thèse - Autonomie des IMG en stage de gynécologie pour les activités de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé des femmes

Introduction au questionnaire

Bonjour,

Mon travail de thèse (directeur Pr JP Joseph) cherche à préciser les activités que vous avez réalisées en autonomie au cours du stage de gynécologie-obstétrique dans les domaines de la prévention, du dépistage et de l'éducation à la santé des femmes.

Par autonomie j'entends les actes que vous avez réalisés seuls ou sous la supervision d'un sénior.

Il repose sur un questionnaire adressé à l'ensemble des IMG qui terminent leur stage validant la gynécologie-obstétrique (semestre de l'été 2016).

C'est votre cas! Je vous invite donc à y répondre, cela ne prendra pas plus de 5 minutes. Il comporte 12 questions.

Votre anonymat sera garanti par anonymisation des questionnaires et analyse groupée des résultats. Vous n'êtes donc ni jugés, ni surveillés, sentez-vous libres, et soyez objectifs!

Je vous communiquerai personnellement les résultats par mail, et ma thèse sera en libre accès sur internet courant 2017.

Merci de votre contribution à l'amélioration de la qualité de l'enseignement!

Nathalie Deseille

I- Coursus d'internat

1. En quel semestre êtes-vous? *

 1 2 3 4 5 6

2. Etes-vous : *

 Une femme Un homme

3. Dans quelle(s) structure(s) se déroule votre stage actuel? *

- Consultations de gynécologie (hospitalières ou libérales)
- Consultations sage-femme (hospitalières ou libérales)
- Urgences gynécologiques
- Service d'hospitalisation en gynécologie
- Service d'hospitalisation en chirurgie gynécologique
- Maternité
- Stage chez le praticien validant la gynéco-pédia
- SASPAS validant la gynéco-pédia
- PMI
- Planning familial

4. Avant ce stage, avez-vous réalisé un stage d'internat en médecine générale? *

- Oui un stage chez le praticien de niveau 1
- Oui un SASPAS
- Non

II- Autonomie en stage et contexte de prise en charge

Important :

"en consultation" comprend les consultations en ambulatoire et hospitalières.

"réalisé en autonomie" signifie pris en charge seul, avec ou sans supervision directe.

5. Avez-vous réalisé en autonomie les gestes suivants au cours de votre stage? Dans quel(s) contexte(s) *

	Non	Oui en hospitalisation	Oui en consultation
Examen clinique des seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toucher vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FCV (frottis cervico-vaginal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvement endo-vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pose d'implant contraceptif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrait d'implant contraceptif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pose de DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrait de DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. A propos des IST : Parmi ces situations, lesquelles avez-vous prises en charge en autonomie au cours de votre stage? Dans quel(s) contexte(s) *

	Non	Oui en hospitalisation	Oui en consultation
Evaluation des risques d'IST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Education à la santé pour la réduction des risques d'IST et leur dépistage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription et interprétation de sérologies IST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription et interprétation de prélèvement endo-vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. A propos des grossesses non désirées : Parmi ces situations, lesquelles avez-vous prises en charge en autonomie au cours de votre stage? Dans quel(s) contexte(s)? *

	Non	Oui en hospitalisation	Oui en consultation
Evaluation du risque de grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide au choix d'une contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Première prescription de contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi et renouvellement d'une contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contraception d'urgence : information et prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation pour demande d'IVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. A propos de la ménopause : Parmi ces situations, lesquelles avez-vous prises en charge en autonomie au cours de votre stage? Dans quel(s) contexte(s) *

	Non	Oui en hospitalisation	Oui en consultation
Evaluation des risques de complication de la ménopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Education à la santé pour la réduction des risques de complication de la ménopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription et interprétation d'une ostéodensitométrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription d'un traitement non hormonal de la ménopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription d'un TSH (traitement hormonal substitutif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi et renouvellement d'un THS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. A propos des cancers gynécologiques : Parmi ces situations, lesquelles avez-vous prises en charge en autonomie au cours de votre stage? Dans quel(s) contexte(s) *

	Non	Oui en hospitalisation	Oui en consultation
Evaluation des risques de cancers gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Education à la santé pour la réduction des risques de cancers gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interprétation de FCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription et interprétation de mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccination anti-HPV : information et prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III - Pistes d'amélioration de la formation en stage pour l'exercice de la médecine générale en ambulatoire

10. Si vous estimez que votre stage ne vous permet pas d'assurer certaines missions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé des femmes en médecine générale ambulatoire, d'après vous, quelles en sont les raisons? *

- Les situations n'étaient pas assez fréquentes
- Les situations n'étaient pas assez variées
- Les situations n'étaient pas assez proches de la médecine générale ambulatoire
- L'accompagnement pédagogique était insuffisant
- Vous n'étiez pas assez motivé
- Autre(s) :

11. D'après vous, ces aspects de la prise en charge d'un motif gynécologique en médecine générale ambulatoire nécessiteraient ils un meilleur accompagnement pédagogique en stage? *

	Oui ++	Oui +	Non
Cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paracliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relationnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico- légaux (certificats, législation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycho- socio- culturels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Avez-vous des pistes d'amélioration de la formation des IMG en stage à proposer?

Merci de votre participation!

Les résultats de l'étude vous seront communiqués personnellement début 2017

Le sondage est terminé. Merci beaucoup pour votre participation.

La fenêtre peut être fermée.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Contexte et objectif : Les stages de médecine générale validant la gynécologie ont pour but de permettre aux internes d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice gynécologique en médecine générale, mais aucune étude n'a évalué leur qualité pédagogique en Aquitaine. Les situations relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes étant centrales dans l'activité gynécologique des médecins généralistes, notre objectif était de réaliser un état des lieux de leur prise en charge en autonomie par les internes au cours de ces stages.

Méthode : Un questionnaire a été adressé aux 78 internes de médecine générale de l'université de Bordeaux en stages validant la gynécologie au cours du semestre de l'été 2016. Pour les 29 situations étudiées, nous avons décrit les pourcentages d'internes les ayant prises en charge. Nous avons décrit les obstacles à la formation en stage d'après les internes, et recherché leurs liens avec les caractéristiques des stages.

Résultats : Le taux de réponse était de 82%. Seuls 6% des internes ont pris en charge en autonomie l'ensemble des situations, et 27% plus de 80% des situations. Chaque situation relative aux IST a été prise en charge par plus de 80% des internes, et chaque situation relative à la ménopause a été prise en charge par moins de 40% des internes. Concernant les situations relatives à la contraception et à l'IVG et aux cancers gynécologiques, les résultats sont contrastés. Sur l'ensemble des situations, les internes ont très largement pris en charge les situations en consultations, sans différence significative entre les stages ambulatoires et les stages hospitaliers.

Conclusion : Nos résultats montrent comme dans d'autres universités certaines insuffisances de la formation pratique des internes de médecine générale en stages validant la gynécologie. La meilleure prise en compte des objectifs de formation dans les stages pourrait permettre d'y remédier.

Mots clés :

Pédagogie ; Stage d'internat ; Médecine Générale ; Autonomie ; Gynécologie ; Prévention ; Aquitaine