



HAL
open science

Évaluation de la formation initiale des internes rennais de médecine générale sur le suivi de grossesse, au cours du troisième cycle des études médicales

Sophie Sentilhes-Graemiger

► **To cite this version:**

Sophie Sentilhes-Graemiger. Évaluation de la formation initiale des internes rennais de médecine générale sur le suivi de grossesse, au cours du troisième cycle des études médicales. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01754783

HAL Id: dumas-01754783

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01754783v1>

Submitted on 6 Jun 2018

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Sophie SENTILHES-GRAEMIGER

née le 28 décembre 1988 à Versailles.

**Evaluation de la formation initiale
des internes rennais de médecine
générale sur le suivi de grossesse,
au cours du troisième cycle des
études médicales.**

Training assessment of the family medicine
residents about pregnancy follow-up during the
postgraduate medical studies in Rennes.

**Thèse soutenue à RENNES
le 7 octobre 2016**

devant le jury composé de :

Jean LEVEQUE

PU-PH – CHU de Rennes / *Président*

Eric BELLISSANT

PU-PH – Doyen – CHU de Rennes / *Juge*

Sidonie CHHOR

Médecin généraliste libéral - Rennes / *Juge*

Loïc SENTILHES

PU-PH – CHU de Bordeaux / *Directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM Prénom	Discipline de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités en surnombre	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BRISSOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard Professeur des Universités émérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DELAVAL Philippe	Pneumologie ; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie

DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie ; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie

GUYADER Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie ; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie ; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation ; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOULINOUX Jacques	Biologie cellulaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie

POULAIN Patrice	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
RAVEL Célia	Histologie ; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie ; addictologie

VERGER Christian Professeur des Universités émérite	Médecine et santé au travail
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM Prénom	Discipline de CNU
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Raphaël	Cardiologie
MASSART Catherine	Biochimie et biologie moléculaire
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric	Médecine générale
MILON Joëlle	Anatomie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
MYHIE Didier	Médecine générale
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion

RENAUT Pierric	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
ROPARS Mickaël	Anatomie
SAULEAU Paul	Physiologie
TADIÉ Jean-Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise	Médecine générale
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
VINCENT Pascal	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean Levêque qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et qui nous a fait ainsi bénéficier de son expérience en tant que spécialiste en gynécologie-obstétrique et en tant qu'enseignant.

A Monsieur le Professeur Éric Bellissant, Doyen de la faculté de Médecine de Rennes, qui a accepté de juger ce travail dans l'intérêt de la formation des internes.

A Madame le Docteur Sidonie Chhor qui a également accepté de juger ce travail, ainsi qu'à Madame le Docteur Agnès Banâtre qui ne pouvait être présente pour la soutenance de ce travail mais qui a activement participé à son élaboration. Je les remercie pour leur collaboration et leur regard de médecin généraliste.

A Monsieur le Professeur Loïc Sentilhes, rattaché au CHU de Bordeaux, qui a accepté de diriger cette thèse, pour son apport en tant qu'expert dans le domaine de l'obstétrique et surtout son aide précieuse et son accompagnement tout au long de ce travail. Sans ses remarques précises et pertinentes, je n'aurai pas pu le mener correctement à son terme.

Aux internes qui ont accepté de participer à cette étude et qui ont donné de leur temps pour permettre à ce travail d'aboutir et d'être interprétable.

Aux médecins généralistes et spécialistes que j'ai rencontré tout au long de mon parcours et qui ont participé à mon orientation professionnelle vers la médecine générale.

A mon mari, Jean-Edouard, pour son soutien sans faille et sa patience, parfois soumise à rude épreuve, et surtout son amour qui me portent tant dans mes engagements personnels que professionnels.

A mes parents pour leur présence constante, leur soutien tout au long de mes études et de ma vie personnelle et tout ce qu'ils m'ont apporté et qu'ils continuent de me donner.

A mes frères pour cette complicité au-delà des frontières.

A ma sœur pour sa présence discrète et bienveillante, à qui je souhaite de passer d'aussi belles années d'externat et d'internat que celles qui viennent de s'écouler pour moi et de trouver la voie professionnelle qui lui convienne.

A ma belle-famille qui a supporté mes sautes d'humeur pendant les derniers mois de ce travail.

A Astrid et Vincent pour leurs conseils et leur aide à la réalisation de ce travail, principalement pour les statistiques pour lesquelles ils m'ont orientée.

A Manem pour son oreille toujours attentive et pour tous les moments partagés au cours de nos études et voyages qui ont forgé une belle amitié.

A tous les internes côtoyés pendant ces trois dernières années à Rennes et tout particulièrement à Séverine et Babeth, angevines elles aussi expatriées en Bretagne, pour nos partages professionnels et personnels.

Et à tous mes amis, de médecine et surtout d'ailleurs, qui m'ont entourée pendant toutes ces années, à qui je tiens et que je ne peux citer tant la liste est longue.

TABLE DES MATIERES

Liste des documents annexés	p 15
Liste des illustrations	p 16
Résumé français	p 17
Abstract	p 18
Liste des mots clés – Keywords	p 19
Liste des abréviations	p 20
1. Introduction	p 21
2. Matériel et Méthodes	p 23
2.1. <i>Participants</i>	p 23
2.2. <i>Mise en œuvre</i>	p 23
2.3. <i>Analyses statistiques</i>	p 24
3. Résultats	p 25
3.1. <i>Population</i>	p 25
3.2. <i>Etat des lieux des connaissances acquises suite à la réalisation du stage de gynécologie-obstétrique</i>	p 29
3.3. <i>Etat des lieux des connaissances acquises selon le terrain de stage de l'interne</i>	p 32
3.4. <i>Activité clinique au cours du stage de gynécologie-obstétrique et répercussions</i>	p 35
4. Discussion	p 39
5. Conclusion	p 45
Références Bibliographiques	p 46
Annexes	p 48

LISTE DES DOCUMENTS ANNEXES A LA THESE

Annexe 1. Enoncé du questionnaire adressé par voie électronique aux internes. (p 48)

Annexe 2. Acquisition des compétences en Gynécologie et Obstétrique pour les internes de médecine générale au cours de leur stage de 3^e cycle de DES. (p 51)

Annexe 3. Réponses justifiées du questionnaire, envoyées aux internes demandeurs. (p 54)

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1. Diagramme de flux. (p 25)

Tableau 1. Caractéristiques démographiques générales des internes interrogés. (p 27)

Tableau 2. Caractéristiques démographiques des internes interrogés selon le terrain de stage de gynécologie-obstétrique. (p 28)

Tableau 3. Comparaison des résultats de la population générale des internes avant et après leur stage de gynécologie-obstétrique. (p 30)

Tableau 4. Taux de bonnes réponses au questionnaire selon les caractéristiques démographiques. (p 31)

Tableau 5. Comparaison des résultats des internes au questionnaire selon leur terrain de stage. (p 34)

Tableau 6. Répartition de l'activité clinique des internes au cours de leur stage de gynécologie-obstétrique selon leur terrain de stage. (p 37)

Tableau 7. Raisons évoquées par les internes envisageant une formation complémentaire sur le suivi de grossesse. (p 38)

RESUME FRANÇAIS

Contexte : La formation des internes de médecine générale en gynécologie-obstétrique doit tenir compte des besoins et modalités de la pratique clinique en ambulatoire.

Objectifs : Evaluer les acquisitions des internes rennais sur le suivi de grossesse au cours de leur formation initiale, notamment au cours de leur stage de gynécologie-obstétrique, ainsi que les déterminants de ces acquisitions.

Matériel et méthodes : Un questionnaire portant sur les connaissances du suivi de grossesse physiologique et sur les modalités du stage de gynécologie-obstétrique a été établi, puis validé par un médecin généraliste et un obstétricien. Les principaux champs du suivi de grossesse ont été couverts par 9 catégories d'items. Les internes ont répondu préalablement au stage de gynécologie-obstétrique puis de nouveau en fin de stage. Les lieux de stage ont été répartis en groupe A pour les maternités de niveau 3 et groupe B pour les maternités de niveau 1 ou 2.

Résultats : Parmi les 56 internes interrogés, 47 (84%) ont répondu aux deux questionnaires. Il n'y a eu aucune donnée manquante pour les questions fermées. Les questions étaient maîtrisées à plus de 66% en global en pré et post test (939/1410 (67%) versus 985/1410 (70%) ; $p=0,12$). Les connaissances sur les données administratives autour de la grossesse étaient moins bonnes en fin de stage en comparaison au début de stage (112/188 (60%) versus 96/188 (51%) ; $p=0,04$), notamment pour les internes du groupe A (57/96 (59%) versus 42/96 (44%) ; $p<0,01$). Les questions de la préparation à la naissance et des conseils concernant le risque d'infection virale étaient mieux maîtrisées en fin de stage (128/188 (68%) versus 143/188 (76%) ; $p=0,03$ et 93/141 (66%) versus 116/141 (82%) ; $p<0,01$). L'accès aux consultations était plus important dans le groupe B en comparaison avec le groupe A (10/23 (43%) versus 0/24 (0%) ; $p<0,001$). Les internes du groupe B se sentaient plus à l'aise que ceux du groupe A pour effectuer des suivis de grossesse en ambulatoire (13/23 (57%) versus 4/24 (17%) ; $p<0,01$).

Conclusion : Les acquis sur le suivi de grossesse au cours de la formation initiale en TCEM des étudiants en médecine rennais sont satisfaisants mais leur formation clinique au cours du stage de gynécologie-obstétrique semble insuffisante pour près de deux tiers d'entre eux qui ne se sentent pas suffisamment à l'aise en fin de stage pour assurer le suivi de grossesse en ambulatoire.

ABSTRACT

Background: Obstetrics training of the family medicine residents should consider the needs and particularities of gynecological practice in general medicine.

Objectives: Assessment of the family medicine residents in Rennes concerning the pregnancy follow-up during the initial training, particularly during the obstetrics clerkship.

Material and methods: A survey concerning the knowledge about the pregnancy follow-up and the terms of the obstetrics clerkship was sent under electronic form to the residents. The main fields of pregnancy follow-up were covered by 9 groups. Residents answered a first time before and a second time again after their obstetrics clerkship. The traineeship places were divided into group A for grade 3 maternity hospitals and group B for grade 1 or 2 maternity hospitals.

Results: Among the 56 residents concerned by the study, 47 (84%) answered both surveys. There were no missing values for any of the closed questions. The residents had overall more than 66% good answers on pretest and posttest (939/1410 (67%) versus 985/1410 (70%); $p=0,12$). The knowledges for administrative data were worst after the clerkship than before (112/188 (60%) versus 96/188 (51%); $p=0,04$), particularly for group A residents (57/96 (59%) versus 42/96 (44%); $p<0,01$). The data for birth and parenthood preparation and for the guidelines about the risk of viral infection were better known at the end of the clerkship than at the beginning (128/188 (68%) versus 143/188 (76%); $p=0,03$ and 93/141 (66%) versus 116/141 (82%); $p<0,01$). Access to consultations was more important in group B than in group A (10/23 (43%) versus 0/24 (0%); $p<0,001$) and the residents of group B felt more comfortable than those from group A in following pregnancies in general practice (13/23 (57%) versus 4/24 (17%); $p<0,01$).

Conclusion: The knowledge about pregnancy follow-up during the initial training of the family medicine residents in Rennes is acceptable but their clinical training during the obstetrics clerkship seems to be inadequate for close to two thirds of the residents who don't feel enough comfortable with ambulatory care of pregnancies.

LISTE DES MOTS CLES**KEYWORDS**

Suivi de grossesse	Pregnancy follow-up
Internes	Residents
Médecine générale	Family Medicine
Formation initiale	Training
Stage de formation clinique	Clinical clerkship
Evaluation	Assessment
Enseignement	Teaching
Connaissances	Health knowledge

LISTE DES ABREVIATIONS

CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMV	Cytomégalovirus
DCEM	Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DMG	Département de Médecine Générale
ECBU	Examen Cyto-Bactériologique des Urines
EIPP	Entretien Individuel Prénatal Précoce
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
FMC	Formation Médicale Continue
GAJ	Glycémie A Jeun
HAS	Haute Autorité de Santé
HGPO	Hyper Glycémie Provoquée Orale
PU-PH	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier
RAI	Recherche d'Agglutinines Irrégulières
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SETQ	Systematic Evaluation of the Teaching Qualities
TCEM	Troisième Cycle des Etudes Médicales
VIH	Virus de L'Immunodéficience Humaine

1. Introduction

La France a un indicateur conjoncturel de fécondité qui reste élevé à 1,96 enfants par femme en 2015 (contre 2,00 enfants par femme en 2014) et elle est le seul pays d'Europe à avoir une fécondité stable et élevée depuis 2006, malgré la crise économique. En 2015, 800000 enfants sont nés en France, la natalité étant globalement stable depuis les années 1980 (1).

Pour assurer le suivi de leur grossesse, les femmes peuvent faire appel à un gynécologue-obstétricien, un médecin généraliste ou une sage-femme. L'enquête nationale périnatale réalisée en 2010 a mis en évidence que la personne consultée principalement au cours de la grossesse était un médecin généraliste dans seulement 4,7% des cas (2). L'enquête constate une diminution importante du rôle des médecins généralistes et une augmentation parallèle du rôle des sages-femmes, malgré l'augmentation du nombre de femmes en médecine générale. Ceci questionne sur un défaut d'information des patientes ou bien des médecins généralistes s'estimant insuffisamment à l'aise avec le suivi de grossesse. Une étude réalisée à Lille en 2012 a montré que seul le quart des médecins généralistes des patientes interrogées se déclarait compétent dans le suivi de grossesse tandis que trois quarts ne se déclaraient pas comme compétents auprès de leur patiente (3).

En France, au 1^{er} janvier 2015, 60,5% des gynécologues-obstétriciens exercent en libéral et 23,8% ont une activité mixte, à la fois libérale et salariée, mais seuls 2,8 % des gynécologues-obstétriciens nouvellement inscrits au Conseil de l'Ordre s'installent en libéral en première intention et 2,4 % ont une activité mixte (4). Les effectifs en gynécologie médicale et obstétrique ont diminué de 31,3 % entre 2008 et 2015, les gynécologues libéraux de 40 ans et moins ne représentant que 2,8% des effectifs (4). Ajoutons que la densité médicale diminue dans de nombreux départements, les médecins étant concentrés principalement dans les grandes agglomérations (5). Le médecin généraliste reste un intervenant important auprès des patientes, du fait de son rôle de premier recours et du délai de consultation court. Ceci est d'autant plus manifeste lorsqu'il exerce en milieu rural où l'offre de soin s'amointrit, dans la mesure où les médecins spécialistes se concentrent principalement en secteur urbain à proximité des plateaux techniques (6). Sa formation doit donc être suffisante pour lui permettre de répondre aux demandes des femmes enceintes.

La formation initiale au cours des études médicales assure la formation théorique et pratique des étudiants en médecine et comporte au minimum un stage obligatoire en gynécologie-obstétrique au cours du deuxième cycle des études médicales (DCEM) (7, 8). Pour les internes de médecine générale, la formation dans ce domaine au cours du troisième cycle des études médicales (TCEM) diffère selon les facultés. Certaines facultés proposent en effet un stage de 6 mois au choix en gynécologie-obstétrique ou bien en pédiatrie, alors que d'autres facultés comme celle de Rennes imposent en revanche depuis une dizaine d'années un stage couplé de 6 mois, incluant 3 mois de gynécologie-obstétrique et 3 mois de pédiatrie. Les internes rennais ont donc en théorie tous la possibilité de se former au suivi de grossesse. Une étude menée en novembre 2011 auprès des internes rennais montrait pourtant que seuls 32% d'entre eux s'estimaient totalement aptes à effectuer un suivi de

grossesse physiologique (9). En pratique, l'activité clinique des internes diffère selon le terrain de stage, ce qui nous fait suggérer que les acquisitions peuvent donc être variables.

Concernant la formation théorique des internes toutes spécialités confondues, une enquête réalisée par l'InterSyndicat National des Internes publiée en mars 2014 montre que seuls 50% des internes ont la possibilité de prendre leurs deux demi-journées hebdomadaires de formation universitaire et que près de la moitié des internes suivent une formation complémentaire car ils considèrent les enseignements du Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) insuffisants (10). A Rennes, la formation théorique proposée aux internes de médecine générale dans le domaine de l'obstétrique est dispensée actuellement au cours de deux journées complémentaires d'enseignement en ce qui concerne le suivi de grossesse physiologique, le suivi de grossesse pathologique et le post-partum ainsi qu'une journée complète dédiée à l'allaitement maternel et ses complications.

Du fait de la diminution du nombre de gynécologues-obstétriciens qui se poursuit (4) et du rôle de premier recours du médecin généraliste, la formation initiale dans ce domaine est primordiale afin de permettre aux femmes enceintes d'accéder facilement et rapidement à un suivi de grossesse de qualité. Nous avons donc voulu évaluer les acquis des internes rennais sur le suivi de grossesse au cours de leur formation initiale du TCEM, notamment au cours de leur stage de gynécologie-obstétrique, ainsi que les déterminants de leurs acquisitions.

2. Matériel et méthodes

2.1. Participants

L'étude a été réalisée au sein de la faculté de médecine de Rennes. Nous avons inclus tous les internes choisissant d'effectuer leur stage couplé de gynécologie-pédiatrie au cours du semestre d'hiver 2015-2016, de début novembre 2015 à début mai 2016. L'étude ainsi que ses modalités ont été présentées à l'ensemble des internes présents à la réunion des choix de stage, organisée par la faculté de médecine et le Département de Médecine Générale (DMG) de Rennes, en octobre 2015. Les internes concernés par l'étude ont fourni leurs coordonnées à cette occasion ainsi que le moment et le lieu de réalisation de leur stage de gynécologie-obstétrique au cours du semestre.

Les internes ont tous donné leur accord verbal pour l'inclusion dans l'étude.

2.2. Mise en œuvre

Il s'agissait d'une analyse descriptive comparative monocentrique.

Le questionnaire (*Annexe 1*), incluant trente items concernant le suivi de grossesse non compliquée en ambulatoire, a été établi sur la base des thématiques abordées lors de l'enseignement à la faculté de médecine de Rennes ainsi que sur les recommandations de certains organismes de référence tels que le collège national des gynécologues-obstétriciens français ou la Haute Autorité de Santé (HAS).

Le questionnaire a été validé à la fois par le Professeur Loïc Sentilhes pour son avis d'expert en obstétrique et par le Docteur Sidonie Chhor pour son avis de médecin généraliste impliqué dans l'enseignement de la gynécologie-obstétrique au sein du DMG de Rennes.

Le regroupement thématique des items a été effectué à l'aide des objectifs pédagogiques en gynécologie-obstétrique, récemment rédigés par le DMG de Rennes, validés par le Professeur Jean Levêque, chef du service de gynécologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes, et transmis fin septembre 2014 aux médecins référents encadrant les internes en stage de gynécologie-obstétrique (*Annexe 2*). Les 9 thèmes ainsi définis étaient les suivants : 1) données administratives autour de la grossesse, 2) préparation à la naissance et à la parentalité, 3) suivi clinique, 4) dépistage de la trisomie 21, 5) conseils concernant le risque d'infection virale, 6) dépistage du diabète gestationnel, 7) examens biologiques complémentaires au cours de la grossesse, 8) prévention de l'allo-immunisation foeto-maternelle, 9) conseils de prévention et recommandations.

Des questions subsidiaires ont été posées dans le questionnaire post test, visant à déterminer certaines caractéristiques de l'organisation du stage de gynécologie-obstétrique.

A la fin du questionnaire post test, les internes ont eu la possibilité de laisser leur adresse email pour obtenir les réponses au questionnaire et leur justification (*Annexe 3*).

Les internes ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire standardisé en ligne sur le logiciel *Google Drive* sous forme d'un *Google Docs*. Les réponses ont été rendues anonymes a posteriori et recueillies sur le logiciel *Google Drive* sous forme d'un *Google Sheets* puis Excel.

L'étude étant comparative, deux questionnaires ont été envoyés à l'ensemble des internes inclus dans

l'étude, l'un avant le début de leur stage de gynécologie-obstétrique et le second dès la fin de leur stage. Nous avons inclus l'ensemble des internes ayant choisi d'effectuer leur stage de gynécologie-obstétrique au cours du semestre d'hiver 2015-2016. Ont été exclus les internes n'ayant pas répondu aux deux questionnaires.

L'envoi du questionnaire pré test à l'ensemble des internes par voie électronique a été effectué courant octobre 2015. Une unique relance a été effectuée 15 jours après le premier envoi et le questionnaire a été clôturé début novembre 2015.

Un premier envoi du questionnaire post test a été effectué début février 2016 aux internes ayant débuté le semestre d'hiver par leur stage de gynécologie-obstétrique, de novembre à février. Trois relances ont été effectuées à raison d'une par semaine.

Un second envoi du questionnaire post test a été effectué début mai 2016 aux internes ayant réalisé leur stage de gynécologie-obstétrique de février à mai. Trois relances ont été effectuées à raison d'une par semaine.

Le critère de jugement principal était une maîtrise des connaissances de plus de 66% en global et par item, seuil défini arbitrairement. Une analyse secondaire des déterminants de ces acquisitions a été réalisée. Les critères de jugement secondaires étaient notamment les suivants : influence du lieu de stage de gynécologie-obstétrique, du stage ambulatoire en médecine générale, des formations réalisées dans le domaine de l'obstétrique, de l'activité clinique au cours du stage de gynécologie-obstétrique.

Les internes ont été secondairement regroupés selon leur lieu de stage pour certaines analyses, le groupe A correspondant à ceux ayant effectué leur stage dans une maternité de niveau 3 (CHU de Rennes, CH de Saint Briec, CH de Vannes) et le groupe B à ceux ayant effectué leur stage dans une maternité de niveau 1 (CH de Redon, Ploermel, Vitré) ou 2 (clinique de la Sagesse, CH de Lorient, Saint Malo, Fougères, Dinan).

2.3. Analyses statistiques

Seules les réponses reçues pour les deux questionnaires ont été analysées. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel ainsi que du logiciel en ligne BiostaTGV avec un risque d'erreur de première espèce de 5%. Les variables sont présentées sous forme d'effectifs accompagnés des pourcentages. Les comparaisons ont été réalisées par le test de Student pour les variables quantitatives et par le test du chi deux ou le test exact de Fisher selon les effectifs pour les variables qualitatives.

3. Résultats

3. 1. Population

Quarante-sept réponses complètes (pré et post tests) (84%) ont été recueillies pour cinquante-six internes sollicités. Le diagramme de flux est présenté en *Figure 1*.

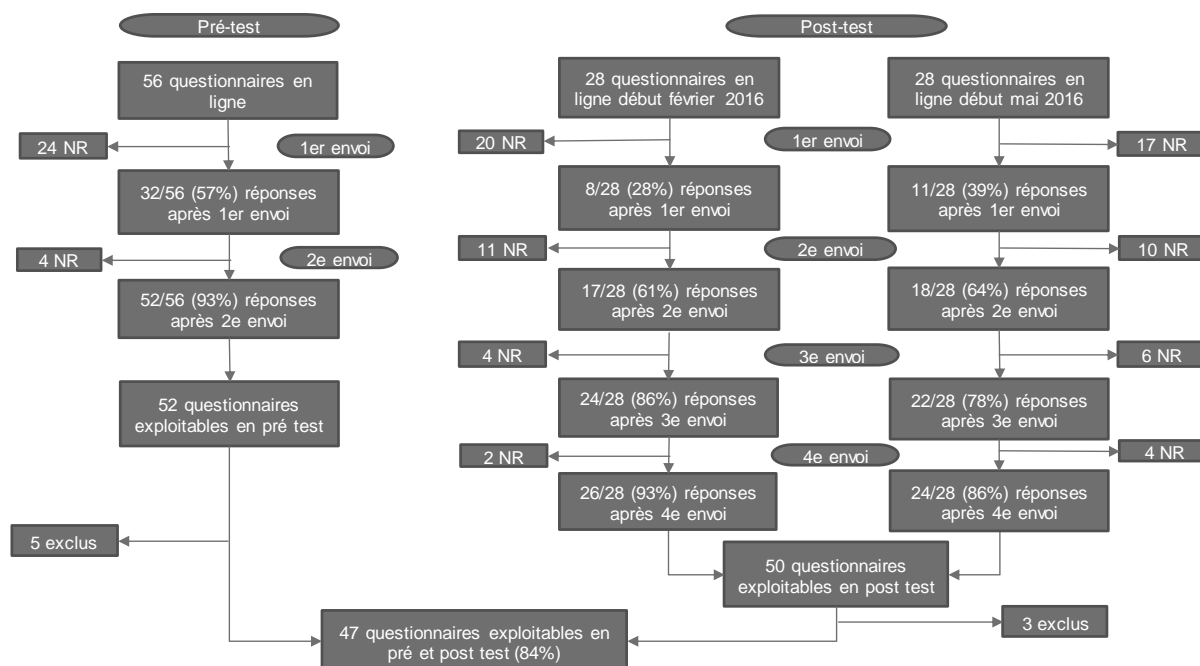


Figure 1. Diagramme de flux.

NR : non répondus

Les caractéristiques générales descriptives de la population sont présentées dans le *Tableau 1*. La population générale était comparable sur le pré test et le post test.

La population a été répartie en deux sous-groupes, groupe A (n=24) et groupe B (n=23) selon le terrain de stage, dont les caractéristiques sont présentées dans le *Tableau 2*. Les populations de ces groupes étaient comparables entre elles, mis à part pour l'activité de consultations en lien avec le suivi de grossesse auxquelles les internes ont pu assister (0/24 (0%) versus 10/23 (43%) ; $p < 0,001$) ou qu'ils ont pu réaliser (0/24 (0%) versus 8/23 (35%) ; $p < 0,01$) au cours de leur stage et pour leur ressenti en fin de stage sur leurs habiletés à effectuer des suivis de grossesse en ambulatoire (4/24 (17%) versus 13/23 (57%) ; $p < 0,01$) qui étaient plus élevés dans le groupe B par rapport au groupe A pour ces trois catégories.

Notons que les internes ayant validé précédemment leur stage praticien de niveau 1 étaient tous en troisième année de TCEM, sans exception, et que l'ensemble des internes de troisième année

interrogés avait déjà effectué ce stage. Sachant que 2/3 d'entre eux (10/15, 66%) étaient dans le groupe B, sans différence significative de répartition entre les deux groupes selon l'année d'internat ($p=0,23$).

Concernant l'enseignement dispensé par le DMG, sur les 10 internes ayant pu y participer avant le stage, 7 d'entre eux étaient en troisième année de TCEM. Seuls 2 internes ont pu bénéficier de cet enseignement au cours du semestre, un dans le groupe A et un dans le groupe B. Sur les 37 internes n'y ayant pas participé en début d'étude, 30 internes ont fourni une explication. La majorité de ces internes ($n=24$, 80%) exprimait l'impossibilité de s'inscrire par manque de place au cours. Seule une minorité en avait été empêchée par des contraintes de service ($n=4$, 13%) et les autres internes ayant répondu à cette question exprimaient ne pas en avoir eu envie jusque-là ($n=2$, 7%). Notons que 16 internes (38%) étaient en premier semestre de l'internat au cours de l'étude, expliquant leur absence de participation à cet enseignement. En fin de stage, il a été demandé aux internes ayant participé à cet enseignement de définir l'utilité qu'ils y avaient trouvée. Seuls 2 internes (15%) l'ont trouvée peu utile, les autres l'ayant tous trouvée utile ($n=4$, 31%) ou très utile ($n=7$, 54%). Aucun ne l'a estimée inutile.

Seuls 9 internes sur les 47 interrogés (19%) ont répondu avoir bénéficié d'enseignements sur le suivi de grossesse dispensés sur le lieu de stage, 4 d'entre eux étant dans le groupe A (dont un avait également participé à l'enseignement du DMG) et 5 dans le groupe B.

Concernant la Formation Médicale Continue (FMC), un interne y avait participé avant le stage (groupe B) et un autre interne y avait participé pendant le stage (groupe A).

Tableau 1. Caractéristiques démographiques générales des internes interrogés.

Paramètres	Pré test (n=47)	Post test (n=47)	p
Sexe			1
Femme	37 (79)	37 (79)	
Homme	10 (21)	10 (21)	
Age médian	26 [23;28]	26 [23;28]	1
Année d'internat / médiane	2 [1;3]	2 [1;3]	1
1ère année	16 (34)	16 (34)	
2ème année	16 (34)	16 (34)	
3ème année	15 (32)	15 (32)	
Maternité / Lieu de stage			1
Groupe A	24 (51)	24 (51)	
Groupe B	23 (49)	23 (49)	
Stage de gynécologie-obstétrique	0 (0)	47 (100)	<0,0001
Stage praticien de niveau 1			1
Effectué	15 (32)	15 (32)	
Non effectué	32 (68)	32 (68)	
Stage SASPAS			1
Effectué	1 (2)	1 (2)	
Non effectué	46 (98)	46 (98)	
Participation à l'enseignement du DMG			0,63
Oui	10 (21)	12 (26)	
Non	37 (79)	35 (74)	
DIU de gynécologie-obstétrique			1
En cours	1 (2)	1 (2)	
Non réalisé	46 (98)	46 (98)	
FMC			1
Oui	1 (2)	2 (4)	
Non	46 (98)	45 (96)	
Projet de suivi de grossesse dans l'exercice futur			0,47
Oui	37 (79)	34 (72)	
Non	10 (21)	13 (28)	

Les données sont présentées avec n (%).

Tableau 2. Caractéristiques démographiques des internes interrogés selon le terrain de stage de gynécologie-obstétrique.

Paramètres	Groupe A	Groupe B	p
	(n=24)	(n=23)	
Sexe			0,49
Femme	20 (83)	17 (74)	
Homme	4 (17)	6 (26)	
Age médian	25,5 [23;27]	26 [24;28]	
Année d'internat / médiane	2 [1;3]	2 [1;3]	0,23
1ère année	10 (42)	6 (26)	
2ème année	9 (37)	7 (30)	
3ème année	5 (21)	10 (44)	
Maternité / Lieu de stage			<0,0001
Groupe A	24 (100)	0 (0)	
Groupe B	0 (0)	23 (100)	
Stage praticien de niveau 1			0,1
Effectué	5 (21)	10 (44)	
Non effectué	19 (79)	13 (56)	
Stage SASPAS			0,5
Effectué	0 (0)	1 (4)	
Non effectué	24 (100)	22 (96)	
Participation à l'enseignement du DMG			0,5
Oui	4 (17)	6 (26)	
Non	20 (83)	17 (74)	
DIU de gynécologie-obstétrique			0,5
En cours	0 (0)	1 (4)	
Non réalisé	24 (100)	22 (96)	
FMC			1
Oui	1 (4)	1 (4)	
Non	23 (96)	22 (96)	
Projet de suivi de grossesse dans l'exercice futur			1
Oui	19 (79)	18 (78)	
Non	5 (21)	5 (22)	
Participation à plus de 10 consultations par semaine			<0,001
Oui	0 (0)	10 (43)	
Non	24 (100)	13 (57)	
Réalisation de plus de 5 consultations par semaine			<0,01
Oui	0 (0)	8 (35)	
Non	24 (100)	15 (65)	
Participation à des consultations complémentaires			<0,001
Oui	1 (4)	12 (52)	
Non	23 (96)	11 (48)	
Ressenti à l'aise en ambulatoire			<0,01
Oui	4 (17)	13 (57)	
Non	20 (83)	10 (43)	

Les données sont présentées avec n (%).

3. 2. *Etat des lieux des connaissances acquises suite à la réalisation du stage de gynécologie-obstétrique*

Les résultats au questionnaire pour la population générale (n=47) sont présentés dans le *Tableau 3*. La maîtrise globale des connaissances étudiées était satisfaisante à plus de 66%, ceci indépendamment du stage de gynécologie-obstétrique (939/1410 (67%) en pré test versus 985/1410 (70%) en post test ; p=0,12). Les deux catégories les moins maîtrisées sur les neuf définies étaient celles des *données administratives autour de la grossesse* et du *diabète gestationnel*, avec l'obtention de moins de 66% de bonnes réponses, sans amélioration suite au stage.

Les résultats différaient significativement dans trois catégories sur les neuf évaluées. Ils étaient moins bons après le stage de gynécologie-obstétrique qu'avant le début du stage en ce qui concerne les *données administratives autour de la grossesse* (112/188 (60%) versus 96/188 (51%) ; p=0,04) avec une tendance non significative à moins bien répondre aux questions portant sur les organismes à qui il faut déclarer la grossesse (25/47 (53%) versus 16/47 (34%) ; p=0,06) et sur les modalités du congé pathologique (42/47 (89%) versus 35/47 (74%) ; p=0,06), ce dernier item étant cependant bien maîtrisé à plus de 66%. Parallèlement, l'étude mettait en évidence une amélioration des connaissances autour de la *préparation à la naissance et à la parentalité* après le stage de gynécologie-obstétrique par rapport au début du stage (128/188 (68%) versus 143/188 (76%) ; p=0,03) et notamment en ce qui concerne le remboursement par l'Assurance Maladie des séances de préparation à la naissance (27/47 (57%) versus 37/47 (79%) ; p=0,03). Les internes avaient en effet eu pour certains la possibilité d'assister à ce type de consultations au cours de leur stage (*Tableau 2*). Les *conseils concernant le risque d'infection virale au cours de la grossesse* étaient mieux maîtrisés en fin de stage qu'avant le stage (93/141 (66%) versus 116/141 (82%) ; p<0,01), plus particulièrement concernant les recommandations de vaccination des femmes enceintes contre la grippe (24/47 (51%) versus 39/47 (83%) ; p<0,001). Isolément, les internes avaient de moins bons résultats en fin de stage qu'au début sur l'obligation de prescription de la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) au premier trimestre de grossesse (39/47 (83%) versus 28/47 (60%) ; p=0,01) ainsi que sur la non obligation de confirmation diagnostique de la trisomie 21 lorsque le dépistage est à risque (38/47 (81%) versus 29/47 (62%) ; p=0,04) mais de meilleurs résultats en fin de stage qu'au début sur les modalités de soutien au sevrage tabagique chez la femme enceinte (34/47 (72%) versus 44/47 (94%) ; p<0,01).

Notons par ailleurs que la validation du stage praticien, l'enseignement du DMG et l'activité de consultations au cours du stage influençaient peu l'obtention de meilleurs résultats au questionnaire (*Tableau 4*). Cependant, tous les internes qui avaient pu assister à plus de 10 consultations de suivi de grossesse par semaine au cours de leur stage ont obtenu plus de 2/3 de bonnes réponses au questionnaire post test (10/10 (100%) versus 25/37 (68%) ; p=0,046). Peu d'internes (n<10) ont obtenu plus de 80% de bonnes réponses au questionnaire. La validation du stage praticien de niveau 1 et/ou la participation à l'enseignement du DMG sur le suivi de grossesse ont significativement impacté l'obtention d'un taux de bonnes réponses supérieur à 80% au pré test pour ces internes (6/15 (40%) versus 2/32 (6%) ; p<0,01 et 6/10 (60%) versus 2/37 (5%) ; p<0,001), cette différence n'étant cependant plus retrouvée à la fin du stage de gynécologie-obstétrique.

Tableau 3. Comparaison des résultats de la population générale des internes avant et après leur stage de gynécologie-obstétrique.

	Pré test (n=47)	Post test (n= 47)	p
Total de bonnes réponses	939 (67)	985 (70)	0,12
1/ Données administratives	112 (60)	96 (51)	0,04
Déclaration de grossesse	25 (53)	16 (34)	0,06
Remboursement des échographies	3 (6)	1 (2)	0,31
Congé pathologique	42 (89)	35 (74)	0,06
Congé maternité	42 (89)	44 (94)	0,47
2/ Préparation à la naissance et à la parentalité	128 (68)	143 (76)	0,03
Population concernée par l'EIPP	42 (89)	45 (96)	0,24
EIPP réalisé au cours d'une consultation dédiée	19 (40)	20 (43)	0,84
Professionnel réalisant l'EIPP	40 (85)	41 (87)	0,77
Remboursement des séances de préparation à la naissance	27 (57)	37 (79)	0,03
3/ Suivi clinique	142 (76)	143 (76)	0,86
Toucher vaginal en cours de grossesse	33 (70)	38 (81)	0,23
Hauteur utérine	23 (49)	28 (60)	0,31
Examen des seins	43 (91)	38 (81)	0,21
Frottis cervico vaginal au cours de la grossesse	43 (91)	39 (83)	0,22
4/ Dépistage de la trisomie 21	72 (77)	65 (69)	0,22
Test combiné recommandé mais non obligatoire	34 (72)	36 (77)	0,64
Confirmation diagnostique non obligatoire	38 (81)	29 (62)	0,04
5/ Conseils concernant le risque d'infection virale	93 (66)	116 (82)	<0,01
Dépistage du VIH	34 (72)	35 (74)	0,82
Dépistage du CMV	35 (74)	42 (90)	0,06
Vaccination contre la grippe	24 (51)	39 (83)	<0,001
6/ Diabète gestationnel	68 (48)	78 (55)	0,17
Conditions de la glycémie à jeun au premier trimestre	28 (60)	36 (77)	0,08
Seuil de confirmation pour la glycémie à jeun	18 (38)	25 (53)	0,15
Indication de l'HGPO 75g	22 (47)	17 (36)	0,3
7/ Examens biologiques au cours de la grossesse	84 (60)	93 (66)	0,22
Hémoglobinémie	23 (49)	29 (62)	0,22
ECBU	24 (51)	25 (53)	0,84
Albuminurie	37 (79)	39 (83)	0,61
8/ Prévention de l'allo immunisation foeto maternelle	101 (72)	99 (70)	0,81
RAI obligatoire au 1er trimestre	39 (83)	28 (60)	0,01
Prévention par Rhophylac	33 (70)	41 (87)	0,04
Contrôle RAI après injection de Rhophylac non nécessaire	29 (62)	30 (64)	0,83
9/ Conseils de prévention et recommandations	139 (74)	152 (81)	0,12
Supplémentation en folates	33 (70)	40 (85)	0,08
Activité physique	43 (91)	42 (90)	0,73
Sevrage tabagique	34 (72)	44 (94)	<0,01
Consommation d'alcool	29 (62)	26 (55)	0,54

Les données sont exprimées en n (%).

Le questionnaire comportait 30 items évalués, répartis en 9 catégories.

Tableau 4. Taux de bonnes réponses au questionnaire selon les caractéristiques démographiques.

	≥ 66%		≥ 80%	
	Pré test (n=26)	Post test (n=35)	Pré test (n=8)	Post test (n=7)
Stage praticien niveau 1				
oui (n*=n**=15)	9 (60)	10 (67)	6 (40)	4 (27)
non (n*=n**=32)	17 (53)	25 (78)	2 (6)	3 (9)
p	0,66	0,48	<0,01	0,19
Cours du DMG				
oui (n*=10, n**=12)	7 (70)	9 (75)	6 (60)	2 (17)
non (n*= 37, n**=35)	19 (51)	26 (74)	2 (5)	5 (14)
p	0,48	1	<0,001	1
Participation à plus de 10 consultations/semaine				
oui (n**=10)		10 (100)		1 (10)
non (n**=37)		25 (68)		6 (16)
p		0,046		1
Réalisation de plus de 5 consultations/semaine				
oui (n**=8)		8 (100)		2 (25)
non (n**=39)		27 (69)		5 (13)
p		0,09		0,58
Participation à des consultations complémentaires				
oui (n**=13)		12 (92)		1 (8)
non (n**=34)		23 (68)		6 (18)
p		0,14		0,65
Enseignement ou formation sur le lieu de stage				
oui (n**=8)		6 (75)		0 (0)
non (n**=39)		29 (74)		7 (18)
p		1		0,33
Ressenti à l'aise en obstétrique en ambulatoire				
oui (n**=17)		15 (88)		3 (18)
non (n**=30)		20 (67)		4 (13)
p		0,17		0,69

n* : effectif en pré test.

n** : effectif en post test.

Les données sont exprimées en n (% de n* ou n**).

3. 3. Etat des lieux des connaissances acquises selon le terrain de stage de l'interne

Les résultats au questionnaire selon le type de maternité, groupe A (niveau 3) ou groupe B (niveaux 1 et 2), sont présentés dans le *Tableau 5*. La maîtrise globale des connaissances étudiées était satisfaisante à plus de 66% en fin de stage de gynécologie-obstétrique, sans différence entre les deux groupes (491/720 (68%) groupe A versus 494/690 (72%) groupe B ; $p=0,18$).

Nous avons constaté plus d'erreurs concernant les *données administratives autour de la grossesse* à la suite du stage qu'avant le stage pour les internes du groupe A (57/96 (59%) en pré test versus 42/96 (44%) en post test ; $p<0,01$) notamment en ce qui concerne les modalités du congé pathologique de grossesse (21/24 (88%) en pré test versus 15/24 (63%) en post test ; $p=0,047$) et de ce fait de meilleures connaissances administratives chez les internes du groupe B comparativement à ceux du groupe A à la fin de leur stage de gynécologie-obstétrique (42/96 (44%) groupe A en post test versus 54/92 (59%) groupe B en post test ; $p<0,01$). En ce qui concerne les modalités du congé pathologique, il existait une tendance non significative à moins bien répondre à la fin du stage pour les internes du groupe A comparativement à ceux du groupe B (15/24 (63%) groupe A en post test versus 20/23 (87%) groupe B en post test ; $p=0,06$). Notons que les internes ne connaissaient pas les modalités de remboursement des échographies obstétricales, avec moins de 10% de bonnes réponses, sans distinction selon le lieu de stage. L'étude mettait par contre en évidence une amélioration des connaissances autour de la *préparation à la naissance et à la parentalité* après le stage de gynécologie-obstétrique par rapport au début pour les internes du groupe A (64/96 (67%) en pré test versus 74/96 (77%) en post test ; $p=0,03$), sans différence cependant entre les deux groupes. A noter une tendance non significative à une meilleure connaissance de la prise en charge des séances de préparation à la naissance pour les internes du groupe A à la fin de leur stage comparativement au début (14/24 (58%) en pré test versus 20/24 (83%) en post test ; $p=0,06$).

Dans la catégorie du *suivi clinique*, les internes du groupe A avaient moins bien répondu que ceux du groupe B à la question concernant le frottis cervico-vaginal (FCV) avant le début du stage de gynécologie-obstétrique (20/24 (87%) groupe A en pré test versus 23/23 (100%) groupe B en pré test ; $p=0,04$) avec cependant plus d'erreurs à cette même question chez les internes du groupe B à la fin du stage comparativement au début du stage (23/23 (100%) en pré test versus 18/23 (78%) en post test ; $p=0,02$). Cet item était cependant maîtrisé à plus de 66% par les internes des deux groupes.

A propos des *conseils concernant le risque d'infection virale au cours de la grossesse*, les internes du groupe B avaient acquis de meilleures connaissances en fin de stage par rapport au début du stage (47/69 (68%) en pré test versus 59/69 (86%) en post test ; $p=0,02$) avec une tendance non significative d'amélioration des réponses à cette catégorie également pour les internes du groupe A en fin de stage comparativement au début (46/72 (64%) en pré test versus 57/72 (79%) en post test ; $p=0,06$). Les recommandations concernant la vaccination contre la grippe chez la femme enceinte étaient mieux acquises en fin de stage qu'au début pour le groupe A (12/24 (50%) en pré test versus 19/24 (79%) en post test ; $p=0,04$) comme pour le groupe B (12/23 (52%) en pré test versus 20/23 (87%) en post test ; $p<0,01$).

Dans la catégorie concernant les *examens biologiques complémentaires au cours de la grossesse*, la question portant sur l'anémie était mieux maîtrisée en fin de stage qu'au début du stage par les internes du groupe B (9/23 (39%) en pré test versus 17/23 (74%) en post test ; $p=0,02$) avec une maîtrise de moins de 66% de cet item pour les internes du groupe A, aussi bien avant qu'après le stage de gynécologie-obstétrique. La question portant sur les modalités de surveillance par ECBU dans les suites d'une infection urinaire gravidique était insuffisamment maîtrisée, à moins de 66%, à la fois pour les internes du groupe A et pour ceux du groupe B, sans amélioration à la suite du stage (13/24 (54%) groupe A en post test versus 12/23 (52%) groupe B en post test ; $p=0,9$).

Parmi les *conseils de prévention et recommandations autour de la grossesse* qui ont été évalués, la question des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique était mieux maîtrisée à la fin du stage qu'au début du stage par les internes du groupe A (17/24 (71%) en pré test versus 23/24 (96%) en post test ; $p=0,02$). La seule question de cette catégorie qui restait insuffisamment maîtrisée en fin de stage avec moins de 66% de bonnes réponses, tant pour les internes du groupe A que pour ceux du groupe B, était celle concernant les modalités de surveillance échographique suite à une consommation d'alcool au 1^{er} trimestre de la grossesse (14/24 (58%) groupe A en post test versus 12/23 (52%) groupe B en post test ; $p=0,68$).

Tableau 5. Comparaison des résultats des internes au questionnaire selon leur terrain de stage.

	Groupe A			Groupe B			p *	p**
	Pré test	Post test	p	Pré test	Post test	p		
	(n=24)	(n=24)		(n=23)	(n=23)			
Total de bonnes réponses	470 (65)	491 (68)	0,34	469 (68)	494 (72)	0,21	0,41	0,18
1/ Données administratives	57 (59)	42 (44)	<0,01	55 (60)	54 (59)	0,84	0,94	<0,01
Déclaration de grossesse	12 (50)	6 (25)	0,08	13 (57)	10 (43)	0,39	0,66	0,19
Remboursement des échographies	2 (8)	0 (0)	0,15	1 (4)	1 (4)	1	0,59	0,31
Congé pathologique	21 (88)	15 (63)	0,047	21 (91)	20 (87)	0,64	0,68	0,06
Congé maternité	22 (92)	21 (88)	0,65	20 (87)	23 (100)	0,08	0,61	0,08
2/ Préparation à la naissance et à la parentalité	64 (67)	74 (77)	0,03	64 (70)	69 (75)	0,32	0,6	0,65
Population concernée par l'EIPP	21 (88)	23 (96)	0,31	21 (91)	22 (96)	0,56	0,68	0,98
EIPP réalisé au cours d'une consultation dédiée	9 (38)	8 (33)	0,77	10 (43)	12 (52)	0,57	0,68	0,2
Professionnel réalisant l'EIPP	20 (83)	23 (96)	0,16	20 (87)	18 (78)	0,45	0,73	0,07
Remboursement séances de préparation à la naissance	14 (58)	20 (83)	0,06	13 (57)	17 (74)	0,22	0,9	0,44
3/ Suivi clinique	70 (73)	72 (75)	0,68	72 (78)	71 (77)	0,76	0,23	0,62
Toucher vaginal en cours de grossesse	17 (71)	19 (79)	0,52	16 (70)	19 (83)	0,31	0,93	0,77
Hauteur utérine	12 (50)	13 (54)	0,78	11 (48)	15 (65)	0,24	0,88	0,45
Examen des seins	21 (88)	19 (79)	0,45	22 (96)	19 (83)	0,28	0,33	0,53
Frottis cervico vaginal au cours de la grossesse	20 (87)	21 (88)	0,69	23 (100)	18 (78)	0,02	0,04	0,41
4/ Dépistage de la trisomie 21	36 (75)	34 (71)	0,63	36 (78)	31 (67)	0,21	0,69	0,7
Test combiné recommandé mais non obligatoire	16 (67)	17 (71)	0,76	18 (78)	19 (83)	0,72	0,39	0,35
Confirmation diagnostique non obligatoire	20 (83)	17 (71)	0,31	18 (78)	12 (52)	0,07	0,67	0,2
5/ Conseils concernant le risque d'infection virale	46 (64)	57 (79)	0,06	47 (68)	59 (86)	0,02	0,63	0,32
Dépistage du VIH	16 (67)	17 (71)	0,76	18 (78)	18 (78)	1	0,39	0,57
Dépistage du CMV	18 (75)	21 (88)	0,28	17 (74)	21 (91)	0,13	0,93	0,68
Vaccination contre la grippe	12 (50)	19 (79)	0,04	12 (52)	20 (87)	<0,01	0,88	0,49
6/ Diabète gestationnel	34 (47)	38 (53)	0,41	34 (49)	40 (58)	0,27	0,79	0,45
Conditions de la glycémie à jeun au premier trimestre	14 (58)	19 (79)	0,12	14 (61)	17 (74)	0,36	0,86	0,68
Seuil de confirmation pour la glycémie à jeun	8 (33)	10 (42)	0,56	10 (43)	15 (65)	0,15	0,49	0,11
Indication de l'HGPO 75g	12 (50)	9 (38)	0,39	10 (43)	8 (35)	0,56	0,66	0,85
7/ Examens biologiques au cours de la grossesse	45 (63)	47 (65)	0,71	39 (57)	46 (67)	0,18	0,4	0,86
Hémoglobinémie	14 (58)	12 (50)	0,57	9 (39)	17 (74)	0,02	0,2	0,1
ECBU	13 (54)	13 (54)	1	11 (48)	12 (52)	0,77	0,67	0,9
Albuminurie	18 (75)	22 (92)	0,13	19 (83)	17 (74)	0,49	0,53	0,11
8/ Prévention de l'allo immunisation foeto maternelle	48 (67)	48 (67)	1	43 (77)	51 (74)	0,7	0,26	0,35
RAI obligatoire au 1er trimestre	19 (79)	13 (54)	0,07	20 (87)	15 (65)	0,09	0,49	0,45
Prévention par Rhophylac	15 (63)	19 (79)	0,21	18 (78)	22 (96)	0,08	0,25	0,09
Pas de contrôle RAI après injection de Rhophylac	14 (58)	16 (67)	0,56	15 (65)	14 (61)	0,77	0,64	0,69
9/ Conseils de prévention et recommandations	70 (73)	79 (82)	0,13	69 (75)	73 (79)	0,5	0,75	0,63
Supplémentation en folates	17 (71)	21 (88)	0,16	16 (70)	19 (83)	0,31	0,93	0,65
Activité physique	22 (92)	21 (88)	0,65	21 (91)	21 (91)	1	0,97	0,07
Sevrage tabagique	17 (71)	23 (96)	0,02	17 (74)	21 (91)	0,13	0,82	0,54
Consommation d'alcool	14 (58)	14 (58)	1	15 (65)	12 (52)	0,38	0,64	0,68

Les données sont exprimées en n (%).

p* : comparaison du pré test entre les deux groupes.

p** : comparaison du post test entre les deux groupes.

3. 4. *Activité clinique au cours du stage de gynécologie-obstétrique et répercussions*

Afin d'évaluer les conditions de stage et donc de formation, il avait été demandé aux internes de répartir en pourcentage leur activité clinique au cours du stage. Tous les internes (n=47) ont répondu à la question mais seules 19 réponses (40%) ont été interprétées. 21 réponses ont été exclues du fait d'un taux d'activité estimé à plus de 100% et 7 réponses ont été exclues du fait d'un taux d'activité estimé à moins de 100%. Les résultats interprétables sont présentés dans le *Tableau 6*. Nous avons constaté des variabilités de répartition d'activité selon le terrain de stage dans les secteurs des consultations d'obstétrique plus fréquentes pour les internes du groupe B que pour ceux du groupe A ($p=0,03$), des consultations de gynécologie en proportion plus importante pour les internes du groupe B que pour ceux du groupe A ($p<0,001$) et de la participation aux consultations du planning familial ($p=0,02$). Notons que la majorité des internes n'avait effectué que 10% ou moins de consultations d'obstétrique et que ceux ayant pu en effectuer plus de 20% étaient tous en maternité de niveau 1 ou 2 (groupe B). Concernant l'activité au planning familial, elle représentait moins de 20% de l'activité totale des internes et était plus fréquente dans les maternités de niveau 3 (groupe A).

Les autres types d'activité clinique rapportés par les internes ont été : la participation à des consultations d'allaitement pour une interne du groupe B, l'activité en salle de naissance, la participation aux consultations des 8^e et 9^e mois de grossesse avec les sages-femmes, les échographies morphologiques pour une autre interne du groupe B, la participation à des accouchements pour un autre interne du groupe B et la gestion de problèmes médicaux tels que fièvres isolées, douleurs, phlébites, contraception pour un interne du groupe A.

Cinq internes s'étaient exprimés librement sur les modalités de leur stage :

- Une interne de Saint Briec, maternité de niveau 3, estimait avoir eu « *trop peu de temps en consultation avec sage-femme et gynécologue par manque de temps pour nous libérer des urgences et du service. Bien dommage pour notre future pratique de médecine générale...* »
- Une autre interne de Saint Briec expliquait que « *le stage était réparti entre le service de gynécologie-obstétrique et les urgences gynécologiques avec une activité de bloc lors des gardes, 2-3 demi-journées au planning familial et peu de temps pour aller en consultation* »
- Une interne de Vannes, maternité de niveau 3, estimait que « *l'enseignement pratique et théorique était insuffisant à Vannes, les chefs non présents. Nous devons apprendre par nous-même...* »
- Une interne de l'Hôpital Sud, maternité de niveau 3, rapportait que « *les consultations de gynécologie ne sont pas séniorisées, essentiellement des poses et retrait de Nexplanon ou de Dispositif Intra Utérin* »
- Une interne de Ploermel, maternité de niveau 1, rapportait une activité avec « *beaucoup d'urgences gynécologiques avec peu de formation à l'échographie, peu de consultation sans caractère d'urgence* »

Seuls 10 internes sur les 47 interrogés (21%) estimaient avoir pu assister à plus de 10 consultations de suivi de grossesse par semaine au cours de leur stage et tous étaient dans le groupe B. 8 internes sur les 47 concernés (17%) estimaient avoir pu réaliser plus de 5 consultations de suivi de grossesse par semaine, également tous dans le groupe B, dont 6 d'entre eux avaient également pu assister à plus de 10 consultations par semaine. Parmi les 13 internes (28%) ayant pu assister à des consultations complémentaires proposées aux femmes enceintes (tels que l'entretien individuel prénatal précoce ou encore les séances de préparation à la naissance et à la parentalité), un seul était dans le groupe A et 8 des internes concernés avaient également assisté à plus de 10 consultations par semaine (*Tableau 2*).

En fin de stage de gynécologie-obstétrique, 36% des internes interrogés (n=17) se déclaraient à l'aise pour assurer le suivi de grossesse en ambulatoire (*Tableau 2*). Notons que la proportion d'internes s'estimant à l'aise était plus élevée dans les maternités de niveau 1 et 2 que dans les maternités de niveau 3. De plus, les internes en première année s'estimaient moins à l'aise en fin de stage que ceux en troisième année (2/16 (13%) versus 9/15 (60%) p=0,02).

A la fin de leur stage, 36 internes sur les 47 interrogés (77%) envisageaient de réaliser des formations complémentaires sur le suivi de grossesse, sans distinction entre les terrains de stage (20/24 (83%) groupe A versus 16/23 (70%) groupe B ; p=0,27). Les raisons évoquées sont présentées dans le *Tableau 7*.

Malgré tout, plus de 70% des internes (n=34) projetaient de développer une activité de gynécologie-obstétrique dans le futur (*Tableau 1*), indépendamment du type de maternité dans laquelle ils avaient effectué leur stage de gynécologie-obstétrique (*Tableau 2*).

Tableau 6. Répartition de l'activité clinique des internes au cours de leur stage de gynécologie-obstétrique selon leur terrain de stage.

	Groupe A (n=10)	Groupe B (n=9)	p
Consultations d'obstétrique			0,03
≤ 10%	10	5	
20-50%	0	4	
Consultations de gynécologie			<0,001
≤ 10%	8	0	
20-50%	2	7	
70-90%	0	2	
Urgences obstétricales			0,09
≤ 10%	3	2	
20-40%	4	0	
NC	3	7	
Urgences gynécologiques			0,28
≤ 10%	1	2	
20-40%	5	2	
50-60%	3	1	
NC	1	4	
Suites de couches			0,26
≤ 10%	5	2	
20-50%	2	5	
90%	1	0	
NC	2	2	
Planning familial			0,02
≤ 10%	8	2	
20%	0	3	
NC	2	4	
Bloc opératoire			0,11
≤ 10%	7	3	
20%	1	0	
NC	2	6	
Autre			0,44
< 10%	0	2	
20%	1	1	
NC	9	6	

Les données sont exprimées en effectif.

NC : non concerné.

Tableau 7. Raisons évoquées par les internes envisageant une formation complémentaire sur le suivi de grossesse.

	Effectif d'internes (n=36)
Connaissances théoriques acquises considérées comme insuffisantes en fin de stage	19 (53)
En vue de consolider les connaissances acquises au cours du stage	15 (42)
Souhait d'améliorer sa pratique clinique du suivi de grossesse	29 (81)
Eventuel projet professionnel d'un exercice médical axé plus spécifiquement sur la gynécologie-obstétrique	17 (47)

Les données sont exprimées en n (%).
Plusieurs réponses étaient possibles.

4. Discussion

Cette étude fait l'état des lieux en 2016 des acquisitions des internes de médecine générale de Rennes sur le suivi de grossesse au cours de leur troisième cycle et plus particulièrement au cours de leur formation pratique.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence dans le résultat global au questionnaire après réalisation du stage de gynécologie-obstétrique comparativement à avant ni selon le type de maternité où le stage a été réalisé. La maîtrise globale des items par les internes était de 70% en fin de stage ce qui pouvait être considéré comme satisfaisant.

Les forces de notre étude sont la participation élevée des internes avec plus de 85% de répondants et l'absence de donnée manquante. En effet, concernant les questions fermées du questionnaire, tous les internes ont répondu à l'ensemble des items. Le questionnaire post test a été envoyé dans des délais similaires aux internes selon le moment où ils avaient terminé leur stage, afin de limiter le biais de mémorisation. Nous avons eu un faible nombre d'exclusions ce qui nous a permis d'exploiter plus de 80% des réponses, ce qui nous semble satisfaisant pour ce type d'étude réalisée auprès d'internes.

Les limites de notre étude sont tout d'abord le faible nombre de sujets recrutés, cette limite étant induite par les modalités de l'étude qui était réalisée sur un mode comparatif et sur un unique semestre, ainsi que le regroupement thématique des items a posteriori ce qui n'a cependant pas empêché de mettre en évidence des disparités d'acquisitions. Il aurait malgré tout été préférable de mieux équilibrer les catégories au préalable. Le seuil de maîtrise des connaissances considéré comme satisfaisant au-delà de 66% de bonnes réponses, représentant le critère de jugement principal, a été fixé de manière arbitraire ce qui constitue également un facteur limitant. Par ailleurs, nous ne pouvons totalement exclure que la significativité retrouvée soit liée au hasard du fait du nombre de tests réalisés (erreur de première espèce). Nous aurions voulu évaluer également l'impact du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) mais une seule interne avait pu effectuer ce stage avant l'étude donc il n'a pas été possible de comparer les acquisitions selon ce critère. Il en est de même concernant la validation du diplôme inter universitaire (DIU) de gynécologie-obstétrique, une seule interne étant en cours de réalisation de ce diplôme, et de la participation à des FMC dans le domaine de l'obstétrique qui ne concernaient que deux internes dont un au cours du stage. Nous n'avons pas non plus évalué la culture générale des internes, celle-ci pouvant influencer les résultats. De même, un facteur limitant est la non connaissance de l'utilisation d'internet par les internes pour répondre au questionnaire. M. Ascencio et al. ont effectivement montré dans leur étude auprès des internes de gynécologie-obstétrique de Lille en 2005 que 98% des internes consultaient internet pour accéder à l'information médicale (11). Nous pouvons supposer qu'il en est de même des internes des autres spécialités. Il a pu également exister un biais de compréhension des questions qui a pu fausser les résultats. Notons pourtant que nous n'avons aucune donnée manquante. Pour finir, précisons que nous n'avons ici qu'une vue parcellaire de l'ensemble de la formation en gynécologie-obstétrique des internes rennais car nous avons évalué spécifiquement le suivi de grossesse sans tenir compte des autres acquisitions dans le domaine de l'obstétrique ou du suivi gynécologique.

Nous pouvons nous interroger sur la pertinence de la méthode utilisée dans notre étude pour évaluer les internes rennais sur le suivi de grossesse. J. Jouquan dans son article sur l'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale a évoqué plusieurs pistes de réflexion (12). Selon lui, deux approches existent. L'approche docimologique postule que les compétences sont décomposables en connaissances élémentaires, que la somme des évaluations élémentaires fournit des informations significatives pour l'évaluation du tout ; elle admet également que les connaissances sont des entités fixes et stables. Une seconde approche estime qu'on ne devrait pas évaluer les connaissances en dehors des compétences attendues ni dans des contextes qui ne seraient pas significatifs ; les apprentissages des étudiants sont ainsi appréciés à partir des tâches complexes qu'ils sont capables d'exécuter. De nombreux instruments d'évaluation existent et J. Jouquan précise que les meilleurs outils peuvent perdre tout ou partie de leurs qualités intrinsèques lorsqu'ils sont utilisés de façon inadéquate, par exemple avec des ressources humaines insuffisantes, et que ce n'est pas tant la mesure qui doit être valide que le jugement qui est fait à partir d'elle. Si nous basons notre étude sur l'approche docimologique explicitée ci-dessus, nous pouvons en tirer des conclusions intéressantes. Notons que le manque de moyens dont nous disposions pour mener cette étude ne nous permettait pas d'envisager l'utilisation d'autres instruments de mesures notamment de mises en situation clinique, celles-ci mobilisant trop de ressources humaines.

Nous ne pouvons pas conclure par notre étude sur les compétences des internes rennais de médecine générale à réaliser des suivis de grossesse ambulatoires. P. Mauff et al. dans leur article sur l'évaluation des compétences des internes de médecine générale expliquent que, pour être authentique, l'évaluation des compétences doit être faite en situation professionnelle et que les compétences spécifiques à l'exercice de la médecine générale ne peuvent être évaluées qu'en contexte ambulatoire car il existe en hospitalier un biais sociologique, épidémiologique et environnemental (13). Notre étude est limitée de ce fait car réalisée en milieu hospitalier et n'ayant pas évalué les internes dans une tâche professionnelle. Nous n'avons obtenu que des données déclaratives ainsi que l'expression du ressenti des internes, celui-ci étant cependant important à prendre en compte car si le praticien ne se sent pas suffisamment à l'aise, il ne se lancera pas dans cette activité, même si en réalité il en a les compétences.

Les variables étudiées n'ont pas été influencées par un meilleur taux de réponses, sauf pour les internes ayant pu assister à plus de 10 consultations d'obstétrique par semaine. Les connaissances administratives avaient diminué en fin de stage pour les internes du groupe A tandis que les connaissances autour de la préparation à la naissance et à la parentalité avaient augmenté en fin de stage pour ces mêmes internes. Ceci s'explique peut-être par la population de femmes enceintes recrutées par les maternités de niveau 3, vues majoritairement en fin de grossesse lorsque celle-ci est physiologique, notamment pour les séances de préparation à la naissance et les consultations des 8^e et 9^e mois. Concernant les déclarations de grossesse, celles-ci se font principalement auprès des spécialistes en ville (46%) ou du médecin généraliste (23%) et un peu plus d'un quart seulement par les professionnels de maternité (14).

Les conseils concernant le risque d'infection virale étaient mieux connus en fin de stage, principalement pour les internes du groupe B mais avec une tendance à l'amélioration également pour les internes du

groupe A. La meilleure connaissance des recommandations vaccinales contre la grippe a sans doute été influencée par la réalisation du stage en période hivernale. Les internes du groupe B avaient de meilleures connaissances administratives en fin de stage que ceux du groupe A, seule distinction de résultat entre les deux groupes pour les neuf catégories étudiées. Les intervenants des maternités de niveau 1 et 2, suivant plus fréquemment des grossesses physiologiques, sont-ils plus sensibilisés à ces questions que peuvent poser les femmes enceintes ?

Les questions portant sur le dépistage du diabète gestationnel étaient insuffisamment maîtrisées, tant avant qu'après le stage de gynécologie-obstétrique. Les modifications des recommandations datent pourtant de 2010. Les internes interrogés étant à moins de trois ans de la fin de leur DCEM, nous pouvons imaginer qu'ils ont tous eu connaissance au cours de leur formation de DCEM de ces nouvelles recommandations. Il est possible cependant qu'ils n'aient pas été suffisamment confrontés à cette problématique au cours de leur cursus de TCEM et notamment de leur stage de gynécologie-obstétrique, celui-ci étant court sur trois mois et ces questions se posant essentiellement au cours des consultations de suivi, auxquelles peu d'internes interrogés dans cette étude ont pu participer. Nous pouvons raisonner de la même manière pour les trois autres items qui étaient insuffisamment maîtrisés par les internes à savoir les recommandations sur la prise en charge de l'anémie au cours de la grossesse, les recommandations concernant la surveillance par ECBU dans les suites d'une infection urinaire gravidique et la conduite à tenir en cas de consommation d'alcool par la mère au premier trimestre de la grossesse.

L'accès aux consultations était plus élevé dans les maternités de niveau 1 et 2, ce qui a une répercussion sur l'aisance estimée par les internes dans le suivi de grossesse. Les consultations sont un lieu plus adapté à l'acquisition de connaissances et compétences utiles à l'exercice ambulatoire de médecine générale car elles représentent l'activité principale d'un médecin généraliste. Ceci pourrait expliquer les disparités de résultats rencontrées entre les deux groupes car l'accès aux consultations pour les internes semble être facilité dans les maternités de niveau 1 et 2. Cette différence de participation aux consultations dépend peut-être de l'investissement des internes dans le stage ou bien de la possibilité laissée à l'interne de moduler son activité clinique au cours du stage, données que nous n'avons pas évaluées. F. Bidault et al. mettaient déjà en évidence dans leur étude sur l'expérience rennaise en 2002 que la participation à la consultation restait le poste pédagogique le plus efficient pour les externes, correspondant au mieux au futur mode d'exercice de l'étudiant, permettant d'atteindre 47% des besoins pédagogiques (15). Il en est probablement de même pour les internes.

Une piste d'amélioration serait de proposer la réalisation de ce stage auprès de professionnels libéraux spécialisés dans le domaine de la gynécologie-obstétrique. L'arrêté du 10 août 2010 a modifié les conditions de réalisation du stage de pédiatrie et/ou gynécologie qui peut être effectué « dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline de médecine générale » non obligatoirement hospitalier (16). Cet arrêté ouvre donc déjà la possibilité de réaliser ce stage en milieu libéral, avec une plus grande part de consultations, celles-ci ayant une place importante dans les apprentissages.

Notons cependant l'absence de possibilité d'effectuer le stage de gynécologie-obstétrique en libéral au cours du semestre étudié, ce qui nous a empêché d'analyser l'impact de ce lieu de stage sur la formation des internes.

Le rapport final des assises hospitalo-universitaires de 2008 sur « Les nouveaux outils de formation », dont l'extension des lieux de stage d'étudiants et d'internes en dehors des hôpitaux publics, mettait en exergue le nombre croissant des étudiants à former et appuyait le fait que la formation dans le TCEM doit se renforcer pour les enseignements théoriques et leur évaluation. Ce rapport mettait en évidence la non connaissance de l'activité libérale, d'où la volonté de formation en secteur libéral, plébiscitée par plus de 70% des internes (17). Il précisait l'importance d'un cahier des charges avec les objectifs des apprentissages (ou référentiel formation) mais stipulait que l'hôpital universitaire doit rester le « noyau dur » de la formation médicale, l'un des arguments étant qu'une formation particulière à la pédagogie en matière de santé est nécessaire à la responsabilité d'enseignant et de tuteur.

Dans notre étude, le lieu de réalisation hospitalier du stage de gynécologie-obstétrique n'a qu'une faible influence sur les connaissances analysées. Les données administratives et concernant la préparation à la naissance sont certes utiles à connaître pour pouvoir renseigner les patientes mais non indispensables à une prise en charge médicale satisfaisante de la grossesse.

S. Le Villain Jamoteau avait, au cours de son travail auprès des internes rennais de troisième année de TCEM en 2011, mis en évidence l'absence de différence dans l'acquisition globale des connaissances en gynécologie-obstétrique entre le fait d'avoir réalisé ou non un stage praticien de niveau 1 (9), ce qui est également le cas dans notre étude pour la partie spécifique du suivi de grossesse. Sauf pour l'obtention d'un taux de réussite à plus de 80% au questionnaire avant le stage de gynécologie-obstétrique, où les internes ayant réalisé leur stage praticien de niveau 1 et/ou ayant participé à l'enseignement du DMG sur le suivi de grossesse étaient avantagés. Ceci n'est cependant pas retrouvé en fin de stage de gynécologie-obstétrique dans notre étude. Au cours de son travail, S. Le Villain Jamoteau a renseigné que 33% des internes de troisième année se déclaraient totalement aptes à remplir une déclaration de grossesse et 32% pour organiser un suivi physiologique de la grossesse, ces chiffres étant concordants avec ceux de notre étude, bien que nous ayons également évalué les internes de première et deuxième année de TCEM.

Peut-être aurions-nous eu des résultats plus pertinents et plus représentatifs pour évaluer les capacités des internes à assurer le suivi de grossesse ambulatoire en interrogeant uniquement les étudiants en troisième année de TCEM car ceux-ci sont plus proches de leur futur exercice professionnel et ils ont dans la majorité des cas déjà pu effectuer au moins un stage en médecine générale, notamment le stage praticien de niveau 1. Ils peuvent dans ce cadre être confrontés aux situations cliniques rencontrées couramment en médecine générale, ce qui génère souvent des acquisitions différentes au cours des stages suivants. L'interne souhaite acquérir des connaissances qui lui permettront d'atteindre son objectif personnel, c'est-à-dire qui pourront lui être utiles dans sa pratique future de la médecine générale. Ceci est en effet confirmé par P. Le Mauff et al. qui expriment que « *dans la pédagogie centrée sur les apprentissages, l'apprenant est moteur de sa formation donc actif : il participe à la détermination de ses objectifs (auto-évaluation) et à leur réalisation (auto-formation)* » (13). Dans son travail de thèse

de 2011 réalisé auprès des internes de Paris, E. Soufache-d'Hose montrait une amélioration de la formation au cours du TCEM concernant le suivi de grossesse du premier et du deuxième trimestre (18). Elle mettait également en avant que 37% des étudiants avaient déjà envisagé un moyen d'améliorer leur formation, contre 77% dans notre étude. Certains internes de notre étude ont pu évoquer le projet d'un exercice médical axé plus spécifiquement sur la gynécologie-obstétrique, ce qui les amène sans doute à envisager d'approfondir leurs connaissances dans ce domaine. J.C. Faivre et al. ont montré dans leur étude récente de 2015, évaluant l'enseignement théorique du TCEM au niveau national, la nécessité ou le souhait pour l'interne de compléter sa formation théorique par des formations complémentaires (19). Les raisons invoquées dans leur étude étaient notamment un projet professionnel (54,9%) et/ou une formation insuffisante ou absente du DES (43,7%), tendance que nous retrouvons dans notre étude à l'échelle des internes de médecine générale rennais.

Depuis plusieurs années, les médecins généralistes réfléchissent sur les compétences requises pour exercer ce métier et tentent de les définir. Une compétence est un savoir-agir complexe, modulable et adaptable, qui résulte de la combinaison de ressources internes et externes (20). La méthode de Guy Le Boterf met l'accent sur la distinction à faire entre « être compétent » et « avoir des compétences », le premier point correspondant à ce savoir-agir complexe qui consiste à pouvoir mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente et adaptée face à des situations cliniques variables en mobilisant des ressources et le second point référant justement au fait d'avoir des ressources, dont des connaissances (mais aussi des savoir-faire, des gestes...). Avoir des ressources est donc une condition nécessaire mais non suffisante pour être qualifié de compétent. Ces ressources sont notamment acquises lors des enseignements mais aussi lors des stages réalisés au cours de la formation initiale. Elles s'étoffent avec l'expérience clinique et les mises en situation ainsi que lors des recherches documentaires du médecin en formation.

Dans notre étude, moins de 30% des internes se sentait à l'aise pour réaliser des suivis de grossesse. M. Maire-Gury montrait dans son travail de thèse sur l'enseignement du « suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste » à Nancy en 2006 que 4 étudiants sur 5 attendaient de leur stage de gynécologie-obstétrique d'y apprendre un examen clinique pertinent (21) d'autant plus que 75% des internes interrogés qui avaient déjà effectué des remplacements en médecine générale avaient déjà rencontrés une fois des difficultés à gérer une consultation avec une femme enceinte. De façon globale, les étudiants estimaient leur niveau de compétence faible à 3 sur une échelle de 10 dans ce domaine. Ceci semble se confirmer dans notre étude. Mais les internes sont-ils objectifs sur leurs compétences réelles ?

J.C. Massonnetto et al. ont mis en évidence au cours de leur étude brésilienne de 2004 que les étudiants en médecine étaient réceptifs à l'enseignement de la gynécologie-obstétrique via des échanges de situations cliniques, 86% estimant avoir eu un bon apprentissage dans ce domaine contre 56% via la méthode des cours magistraux (22). L'apprentissage de techniques de résolution de problèmes à l'aide de discussions autour de cas cliniques semble donc avoir été bénéfique dans l'apprentissage des étudiants. Ceci se confirme dans notre étude, les internes évaluant l'enseignement du DMG de Rennes

utile voire très utile pour 85% d'entre eux, sachant que cet enseignement utilise ce mode d'apprentissage autour de situations cliniques et d'échanges de pratiques.

Notre étude offre cependant des pistes de réflexion sur la formation hospitalière à Rennes, notamment sur l'intérêt d'une plus grande ouverture d'accès aux consultations au cours du stage de gynécologie-obstétrique des internes de médecine générale car elles correspondent mieux à leur futur exercice professionnel. P. Mauff et al. évoquent également d'autres pistes de formation telles que des groupes d'échange de pratique pour l'acquisition de méthodes d'analyse de situation-problème, de synthèse d'information médicale (13). Si ces groupes d'échanges semblent difficiles à mettre en place au cours des stages notamment du fait de la courte durée du stage de gynécologie-obstétrique, ils sont par contre déjà mis en pratique lors des enseignements proposés par le DMG de Rennes comme évoqué précédemment. Plusieurs internes ont évoqué cependant les difficultés d'inscription à cet enseignement. Ne pourrait-on pas réfléchir à des modalités d'accès différentes, en rendant certains enseignements obligatoires au cours du cursus de manière prédéfinie ?

Une étude complémentaire serait intéressante afin d'évaluer plus précisément les modalités d'encadrement et d'enseignement offertes aux internes au cours du stage. Prenons l'exemple d'un système d'évaluation. Van der Leeuw et al. ont démontré dans leur étude hollandaise en 2010 la fiabilité et la validité du SETQ (Systematic Evaluation of the Teaching Qualities c'est-à-dire un système d'évaluation des qualités pédagogiques) en gynécologie-obstétrique (23). Ce système comporte trois phases : la collecte des données par voie électronique concernant d'une part l'évaluation de la faculté par les étudiants et d'autre part l'auto-évaluation de la faculté elle-même, puis une seconde phase rapportant les réactions individuelles mises en évidence qui sont ensuite envoyées par email aux facultés, et enfin une troisième phase au sein de la faculté où les pairs se réunissent pour discuter des résultats et réfléchir aux améliorations envisageables. Deux cotations des facultés étaient évaluées au cours de cette étude : faculté considérée comme un modèle de référence en gynécologie-obstétrique ou bien faculté d'enseignement général. Cette étude multicentrique a mis en évidence cinq facteurs d'analyse importants de l'enseignement : le climat d'apprentissage, l'attitude professionnelle et le comportement envers les internes, la communication des objectifs, l'évaluation des internes, les réactions ou impressions des internes. Elle démontre que l'attitude professionnelle et le comportement envers les internes constituent le facteur prédictif principal pour que la faculté soit considérée comme un modèle en gynécologie-obstétrique. Elle montre également que l'enseignement clinique s'améliore lorsque les enseignants ont connaissance des réactions de leurs étudiants, ce qui est facilité par le système SETQ. Ceci ouvre des perspectives de réflexion pour l'évaluation des pratiques au sein de nos facultés françaises.

5. Conclusion

Les acquis sur le suivi de grossesse au cours de la formation initiale en TCEM des étudiants en médecine rennais sont satisfaisants mais leur formation clinique au cours du stage de gynécologie-obstétrique semble insuffisante pour près de deux tiers d'entre eux qui ne se sentent pas suffisamment à l'aise en fin de stage pour assurer le suivi de grossesse en ambulatoire.

Notre étude permet d'obtenir un état des lieux actualisé des connaissances des internes de médecine générale rennais sur le suivi de grossesse en fin de stage ainsi qu'une auto-évaluation de leurs conditions de stage et de formation théorique.

La mise en place d'un système d'évaluation au sein de notre faculté se rapprochant du système SETQ pourrait peut-être permettre d'aider à améliorer la formation proposée aux internes sur les lieux de stage.

Comme exprimé par P. Mauff et al., « *le défi reste de proposer aux internes des apprentissages qui correspondent au mieux aux situations courantes de leur future vie professionnelle, en offrant à tous les internes les mêmes chances* » (13).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Natalité – Fécondité [en ligne]. Insee Références ; 2016 [consulté le 21 mars 2016]. Disponible : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=4507
- 2 Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [en ligne]. INSERM ; 2011 [consulté le 20 février 2015]. 132 p. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
- 3 Tesse-Skaf M. Déterminants conditionnant le choix du praticien pour le suivi de grossesse [en ligne]. 48 f. Thèse d'exercice : Médecine : Lille : 2013 [consulté le 24 février 2015]. Disponible : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/8b80519d-de73-4444-ae98-53c347d05916>
- 4 Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2015 [en ligne]. Paris ; 2015 [consulté le 10 mai 2016]. 322 p. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
- 5 Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans 5 pays européens [en ligne]. Volume 1. 2015 [consulté le 20 août 2016]. 101 p. Disponible : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_en_France_et_dans_5_pays_europeens.pdf
- 6 Agence Régionale de Santé Bretagne. Analyse de l'Offre en Santé en Bretagne [en ligne]. Rennes ; 2010 [consulté le 20 août 2016]. 62 p. Disponible : http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Politique_regionale_de_sante/Diagnostic_sante_bretagne/2010-09_-_Analyse_de_l_offre_de_sante_en_Bretagne.pdf
- 7 ANEMF. Le statut de l'externe [en ligne]. Paris ; 2012 [consulté le 20 février 2015]. Disponible : <http://www.anemf.org/en/etudes-medicales/deuxieme-cycle-dfasm/statut-de-l-externe.html>
- 8 France. Legifrance. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. Article 8. JORF n°72 du 26 mars 1997, page 4684.
- 9 Le Villain Jamoteau S. Etat des lieux des habiletés en gynécologie et obstétrique chez les internes en 5^e et 6^e semestre de DES de médecine générale à la Faculté de Médecine de Rennes en novembre 2011. Thèse d'exercice : Médecine : Rennes : 2012.
- 10 InterSyndicat National des Internes. Résultats de l'enquête nationale sur l'état de l'enseignement théorique des internes [en ligne]. Paris : ISNI ; 2014 [consulté le 20 février 2015]. 34 p. Disponible : http://isni.fr/wp-content/uploads/2014/03/Rapport_Formation_ISNI_lowres.pdf
- 11 Ascencio M, Subtil D, Cosson M, Didier M, Deruelle P. État des lieux de l'utilisation professionnelle d'Internet dans une promotion d'internes en gynécologie obstétrique à Lille en 2005. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2007 dec ; 36(8) :799-806.
- 12 Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie médicale. 2002 fev ;3(1) : 38-52.

- 13 Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, Huez JF. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. *La Revue Exercer*. 2005 avr ;73 : 63–9.
- 14 Scheidegger S, Vilain A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. DREES. *Études et Résultats*. 2007 janv ;552 : 1-8.
- 15 Bidault F, Leveque J, Broux PL, Grall JY, Honnorat C. Création d'objectifs d'apprentissage rapides et leur confrontation à la réalité pédagogique d'une unité de gynécologie : l'expérience rennais. *Pédagogie Médicale*. 2002 mai ;3(2) : 74-80.
- 16 France. Legifrance. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. *JORF n°0199 du 28 août 2010 page 15668 ; texte n° 38*.
- 17 Deteix P. L'extension des lieux de stage d'étudiants et d'internes en dehors des hôpitaux publics ou participant au service public hospitalier : un nouvel outil de formation ? [en ligne]. In : *Assises Hospitalo-Universitaires 2008. Rapport final. Les Nouveaux Outils de Formation*. p.19-31 [consulté le 9 mars 2016]. Disponible : http://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/docs/1863/Rapport_NOUVEAUX_OUTILS_DE_FORMATION_FINAL.pdf
- 18 Soufache-d'Hose E. Opinion des internes du DES de médecine générale de l'Université Paris Descartes à propos de leurs formation et compétences en gynécologie [en ligne]. 97 f. Thèse d'exercice : Médecine : Paris : 2011 [consulté le 9 mars 2016]. Disponible : <http://multimedia.medecine.parisdescartes.fr/STOCK/theses/Soufache2011.pdf>
- 19 Faivre JC, Agopiantz M, Loeb E, Cassinari K, Wack M, Catoire P, et al. Evaluation nationale de l'enseignement théorique du troisième cycle des études médicales en France. *La revue de médecine interne*. 2015 mai ;36:579-587.
- 20 Frappé P, Attali C, Matillon Y. Socle historique des référentiels métiers et compétences en médecine générale. *La Revue Exercer*. 2010 ;21(91):41-6.
- 21 Maire-Gury M. L'enseignement sur « Le suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste » dans le troisième cycle de médecine générale à la faculté de médecine de Nancy en 2005/2006 : contenu pédagogique et évaluation par les étudiants [en ligne]. Thèse d'exercice : Médecine : Nancy : 2007 [consulté le 30 mars 2016]. Disponible : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2007_MAIRE_GURY_MELANIE.pdf
- 22 Massonnetto JC, Marcellini C, Ribeiro Assis PS, de Toledo SF. Student responses to the introduction of case-based learning and practical activities into a theoretical obstetrics and gynaecology teaching programme. *BMC Medical Education* [en ligne]. 2004 nov ;4:26 [consulté le 14 juillet 2016]. Disponible : <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-4-26>
- 23 Van der Leeuw R, Lombarts K, Heineman MJ, Arah O. Systematic Evaluation of the Teaching Qualities of Obstetrics and Gynecology Faculty: Reliability and Validity of the SETQ Tools. *PLoS ONE* [en ligne]. 2011 mai; 6(5) [consulté le 6 janvier 2016]. Disponible : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0019142>.

ANNEXES

Annexe 1. Enoncé du questionnaire adressé par voie électronique aux internes** réponse obligatoire**Questions préalables correspondant à vos caractéristiques*

* Renseignez les deux premières lettres de votre Nom : ..

* Renseignez les deux premières lettres de votre Prénom : ..
(les données seront ensuite rendues anonymes dans l'étude)

* Votre sexe : Homme/Femme

* Votre âge :

* Quel lieu de stage de gynécologie-obstétrique avez-vous choisi ?

CHU/ Vannes/ St Briec/ Clinique de la Sagesse/ Dinan/ Fougères/ Lorient/ St Malo/ Ploermel/ Redon/ Vitré

* Combien de semestres avez-vous validé jusque-là? (en incluant celui que vous terminez actuellement)

0-1-2-3-4-5

* Envisagez-vous de réaliser des suivis de grossesse dans votre pratique future ? Oui/Non/Je ne sais pas

* Avez-vous déjà réalisé les stages suivants au cours de votre internat ?

- Le stage praticien de niveau 1
- Le stage SASPAS

A propos de votre formation théorique, passée ou en cours

* Avez-vous assisté aux deux journées de cours sur le suivi de grossesse dispensées par la faculté de médecine de Rennes? Oui / Non

Si non, pourquoi ?

- Je n'en avais pas envie jusque là
- Je n'ai pas eu la possibilité de m'inscrire par manque de place
- Je n'ai pas eu la possibilité de me libérer pour des contraintes de service

* En ce qui vous concerne, un DIU ou DU de gynécologie-obstétrique est-il : Validé / En cours / Non réalisé

* Avez-vous déjà participé à une FMC sur le thème de l'obstétrique : Oui / Non

Nous commençons l'étude proprement dite. Merci de répondre si selon vous les propositions suivantes sont vraies ou fausses. Cochez celles qui vous semblent vraies. Si aucune réponse ne vous semble exacte, ne cochez rien et passez à la question suivante.

* Concernant la déclaration de grossesse, selon vous la proposition suivante est-elle exacte ?

- Elle est à envoyer à la caisse d'assurance maladie et à l'employeur avant la fin de la 14^e semaine de grossesse : Vrai/ Faux

Concernant le remboursement par l'assurance maladie, quelles sont selon vous les propositions exactes ?

- Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont prises en charge à 100%
- Une échographie par trimestre est prise en charge à 100%

A propos des congés légaux entrant dans le cadre de la maternité, selon vous est-il exact que :

- Le congé pathologique ne peut être pris que dans les 15 jours précédant le congé maternité
- 6 semaines de congé prénatal et 10 semaines de congé post-natal sont prévues pour le 1^{er} enfant

A propos de l'Entretien Individuel Prénatal Précoce, quelles sont selon vous les propositions exactes ?

- Il ne s'adresse qu'aux femmes présentant des vulnérabilités
- Il est parti intégrante de l'une des 7 consultations prénatales
- Il peut être réalisé uniquement par une sage-femme au cours d'une consultation dédiée

Concernant les données de l'examen clinique, selon vous lesquelles sont exactes ?

- Le toucher vaginal fait partie de l'examen clinique prénatal obligatoire tous les mois chez la femme enceinte
- La hauteur utérine de référence correspond à SA – 2 cm jusqu'à 32 SA
- L'examen des seins doit être réalisé une fois pendant la grossesse, uniquement si antécédents familiaux ou si âge \geq 35 ans

* A propos du dépistage du cancer du col utérin par Frottis Cervico-Vaginal (FCV), est-il vrai selon vous que :

- Le FCV de dépistage du cancer du col utérin ne doit pas être proposé pendant une grossesse du fait du risque hémorragique : Vrai /Faux

A propos du dépistage de la trisomie 21 au cours de la grossesse, quelles sont selon vous les propositions exactes ?

- Il est obligatoire, effectué dans l'idéal entre 11 SA et 13 SA + 6 jours, par test combiné associant mesure de la clarté nucale et dosage des marqueurs sériques
- Un risque \leq 1/250 impose de réaliser soit une amniocentèse soit une biopsie de trophoblaste

A propos des examens biologiques au cours de la grossesse, selon vous quelles sont les propositions exactes ?

- Un dépistage du VIH par une sérologie doit être obligatoirement réalisé au 1^{er} trimestre
- Au 1^{er} trimestre de la grossesse, la RAI est obligatoire uniquement pour les femmes Rhésus négatif
- Une albuminurie sur échantillon \geq 30 mg/l nécessite la réalisation d'une protéinurie des 24H et d'un ECBU qui seront réalisés en ambulatoire en l'absence d'hypertension artérielle
- Une hémoglobinémie \leq 10,5 g/dL nécessite de doser la ferritinémie avant de débiter une supplémentation martiale
- Un ECBU mensuel jusqu'à la fin de la grossesse est recommandé uniquement dans les suites d'une pyélonéphrite aiguë gravidique

A propos du dépistage du diabète gestationnel, selon vous quelles sont les propositions exactes ?

- Un dosage de la glycémie à jeûn (GAJ) est systématique au 1^{er} trimestre dans la population générale
- Le seuil de confirmation d'un diabète gestationnel correspond à une GAJ \geq 0,95 g/L au 1^{er} trimestre
- Une HGPO 75g est recommandée entre 24 et 28 SA uniquement pour les populations à risque n'ayant pas bénéficié du dépistage par la GAJ au 1^{er} trimestre

Dans le cadre de la prévention de l'allo-immunisation foeto-maternelle, selon vous quelles affirmations sont exactes?

- Une prévention systématique est recommandée autour de 28 SA par injection de 300 μ g de Rhophylac IntraMusculaire à toutes les femmes Rhésus D négatif, après contrôle RAI préalable de moins d'une semaine
- Après injection de Rhophylac, le contrôle RAI est à poursuivre dans tous les cas tous les mois jusqu'à l'accouchement

Dans la population générale des femmes enceintes, quelles sont selon vous les recommandations qui s'appliquent?

- Chez les femmes sans facteur de risque spécifique, une supplémentation en folates à 0,4 mg par jour est recommandée en péri-conceptionnel et pendant toute la durée de la grossesse
- Le dépistage du CMV par la sérologie est obligatoire en début de grossesse pour toute population
- Chez les femmes sans facteur de risque spécifique, la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée au cours de la grossesse quel que soit le terme

Selon vous, quelles recommandations s'appliquent aux femmes enceintes ?

- En l'absence de complications, il est conseillé aux femmes enceintes de maintenir une activité physique tout au long de la grossesse
- Dans le cadre du sevrage tabagique, un traitement substitutif nicotinique (patch, gommes...) est utilisable tout au long de la grossesse
- Une consommation d'alcool au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse, même ponctuelle ou modérée, nécessite de proposer une surveillance échographique anticipée, sans attendre l'échographie morphologique de 22 SA

En post test

Cette dernière partie a pour objectif d'évaluer vos conditions de stage et donc de formation.

A la louche, merci de répartir en pourcentage (et il faut que cela fasse 100%) quelle a été votre activité lors de votre stage : (NC si non concerné)

Grille avec proposition à cocher pour chaque catégorie : <10%, 10%, 20%.....90%, >90%, NC

- Consultations de suivi de grossesse
- Consultations de gynécologie
- Urgences gynécologiques
- Urgences obstétricales
- Suites de couche
- Centre de planification familiale
- Bloc opératoire
- Autre

Si autre, préciser (exemple PMA) :

* Estimation du nombre de consultations de suivi de grossesse auxquelles vous avez assisté :

- < 10/semaine
- > 10/semaine

* Estimation du nombre de consultations de suivi de grossesse que vous avez réalisées

- < 5/semaine
- > 5/semaine

* Avez-vous assisté à des consultations complémentaires proposées aux femmes enceintes (EIPP, séances de préparation à la naissance et à la parentalité, etc)

- Oui
- Non

* A la fin du stage, vous sentez-vous à l'aise pour le suivi de grossesse en ambulatoire ?

Echelle : de 1 à 4 (1 pas du tout – 4 oui totalement)

* Avez-vous à la fin du stage envie de développer une activité de gynécologie-obstétrique ? Oui/Non

Si non pourquoi?

Avez-vous bénéficié de certaines des formations suivantes pendant le stage ?

- Enseignements dispensés sur le lieu de stage sur la thématique du suivi de grossesse
- Participation aux deux journées de cours sur le suivi de grossesse dispensées à la faculté
- FMC sur la thématique de l'obstétrique

Si vous avez participé à l'enseignement dispensé par la faculté, estimez-vous qu'il ait été :

Echelle : de 1 à 4 (1 inutile – 4 très utile)

* A la fin de votre stage, envisagez-vous de réaliser des formations complémentaires sur le suivi de grossesse ?

Oui/Non

Si oui pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Connaissances théoriques acquises considérées comme insuffisantes en fin de stage
- En vue de consolider les connaissances acquises au cours du stage
- Souhait d'améliorer sa pratique clinique du suivi de grossesse
- Par intérêt personnel uniquement
- Eventuel projet professionnel d'un exercice médical axé plus spécifiquement sur la gynécologie-obstétrique
- Autre :

* Si le DIU de gynécologie-obstétrique était accessible aux internes à Rennes, souhaiteriez-vous vous y inscrire ?

Oui/Non

Si vous souhaitez obtenir les réponses au questionnaire, merci de renseigner votre adresse email ...

Annexe 2. Acquisition des compétences en Gynécologie et Obstétrique pour les internes de médecine générale au cours de leur stage de 3^e cycle de DES

Acquisition des compétences en Gynécologie et Obstétrique Pour les internes de médecine générale Au cours de leur stage de 3^e cycle du DES

Futur spécialiste en Médecine Générale, l'interne réalise tout au long de sa formation des apprentissages qui lui permettent d'acquérir les compétences génériques et spécifiques nécessaires à l'exercice de son métier de médecin généraliste.

Chaque stage, hospitalier ou ambulatoire, contribue aux apprentissages nécessaires à l'acquisition de ces compétences et au niveau de compétences permettant un exercice autonome et responsable.

6 Compétences transversales sont schématiquement décrites :

1. **Soins de premier recours et d'urgence** ; gestion des situations complexes, au stade indifférencié ou en incertitude.
2. **Soins centrés sur la personne** dans toutes ses dimensions individuelles, familiales et communautaires (modèle bio-psycho-social).
3. **Utiliser un mode de consultation spécifique** construisant dans la durée une relation médecin / patient basée sur une communication appropriée.
4. **Intégrer la dimension de prévention** et d'éducation thérapeutique.
5. **Assurer la continuité des soins** et le suivi des pathologies chroniques. Utiliser de manière efficiente toutes les ressources du système de santé (travail en réseau, multi-professionnel ou interdisciplinaire) en s'adaptant aux besoins de la personne.
6. **Professionnalisme** (gestion de l'outil de travail, déontologie, formation, responsabilité et cadres légaux)

Les compétences sont un savoir agir qui associe des connaissances (savoirs mémorisés, expérience), des habiletés ou capacités (stratégies d'action, gestes techniques) et un savoir être (intuitions, éthique, morale, ressentis).

Les compétences = SAVOIR AGIR = savoirs + savoir-faire + savoir être

Le stage gynécologie-obstétrique lui permettra de mettre en place des apprentissages particuliers qui visent à améliorer ses compétences transversales génériques et acquérir des compétences spécifiques pour prendre en charge de manière efficace et respectueuse les patientes et leur entourage.

1- Savoir conduire un examen gynécologique

- Technique : examen au spéculum, TV, examen des seins
- Acquérir un savoir-faire permettant d'en tirer des conclusions diagnostiques aussi en situations particulières (obésité, vaginisme, utérus rétroversé, 1^o examen...)
- Savoir aborder cet examen avec tact en donnant si besoin les explications nécessaires, et en faisant face aux situations particulières liées à l'âge, aux inquiétudes, aux pathologies, aux différences culturelles ou sociales, aux motifs de consultation « cheval de Troie »...
- L'équipement matériel du cabinet et les dispositions règlementaires.

[...]

4. La grossesse

- Pouvoir assurer une consultation pré-conceptionnelle en identifiant au travers de la demande les situations complexes (infertilité, addictions, carences, violences, troubles nutritionnels,...) pour mettre en place une démarche préventive, les dispositifs adaptés ou simplement accompagner dans la démarche et favoriser l'accès à la parentalité.
- Connaître et expliquer le déroulement physiologique de la grossesse. Savoir assurer le suivi d'une grossesse à bas risque du diagnostic jusqu'au 7^o mois avec vigilance et accompagner la femme enceinte sans excès de médicalisation.
- Savoir donner les conseils de prévention et/ou éducationnels de manière adaptée en tenant compte du contexte psycho-social du couple.
- Savoir dépister les principales pathologies de la grossesse et bien orienter
- Savoir identifier, aider et accompagner une situation de déni de grossesse.
- Savoir répondre aux « petits maux » de la grossesse
- Savoir conseiller l'entretien prénatal précoce et la préparation à la naissance
- Connaître les compétences des différents interlocuteurs du suivi médical et social de la grossesse (sages-femmes, échographistes, SAFED, PMI, DAN, réseau périnatalité,...). Savoir orienter les patientes vers ces professionnels en conséquence.

5. Le post-partum

- Donner les conseils adaptés pour l'allaitement maternel ou artificiel
- Savoir reconnaître et traiter les pathologies du post-partum (endométrite, lymphangite,...)
- Savoir faire la visite post-natale.
- La rééducation abdomino-périnéale (indication, prescription)
- Savoir prescrire une contraception en post-partum, adaptée aux désirs de la patiente ou du couple.
- Intégrer la dimension psychologique ou psycho-sociale et repérer les facteurs de vulnérabilité.

De nombreux objectifs et apprentissages ont été ainsi décrits ou cités. **La validation de l'ensemble** de ces objectifs peut se révéler difficile à réaliser dans le seul cours du stage de gynécologie – obstétrique (3 mois). C'est pourquoi le développement et l'acquisition des compétences peut aussi se dérouler sur d'autres temps de stage (stage ambulatoire de niveau 1, stage SASPAS, stage de pédiatrie, autre stage hospitalier).

Ces objectifs atteints participent chacun à l'acquisition de compétences car chacun est un savoir, une habileté, un savoir être ou une capacité. C'est leur association ensemble et à des procédures réflexives avec la confrontation répétée à des situations cliniques authentiques qui permet de les transformer en compétences pour la pratique professionnelle.

L'existence d'une supervision, directe ou indirecte selon les cas, est un temps fondamental

pour permettre à l'interne (en stage hospitalier ou ambulatoire) une réflexion sur ses prises en charge et une progression vers l'acquisition des compétences nécessaires.

L'interne devra être confronté de manière répétitive à des familles de situations cliniques authentiques sur ces thèmes:

- 1- Informer, prescrire et suivre une **contraception** adaptée aux différents âges de la vie, de l'adolescence à la ménopause.
- 2- Informer autour d'un **projet de grossesse**, suivre cette grossesse normale
- 3- Suivre une femme à **l'approche de la ménopause ou en ménopause** ou venant consulter de manière indifférenciée pour un « bilan de santé ».
- 4- Prendre en charge, en premier recours, une **plainte indifférenciée** dont l'origine gynécologique est probable.
- 5- Répondre à une **demande d'IVG** dans le cadre réglementaire
- 6- Informer sur le **dépistage** des cancers féminins, assurer l'organisation et la prise en charge
- 7- Repérer des signes suspects de **violences faites à la femme** et savoir l'accompagner sur les plans thérapeutique et social.
- 8- Savoir proposer et réaliser les **divers gestes techniques** gynécologiques en situation réelle.

L'ensemble de ces familles de situations doit permettre à l'interne, guidé par l'enseignant, de construire ses compétences au travers des prises en charge des patientes:

- Poser un diagnostic global de la situation
- Élaborer un projet d'intervention négocié avec la patiente et/ou son entourage
- Mettre en œuvre un projet thérapeutique
- Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge
- Effectuer un suivi en temps différé

Ces situations cliniques authentiques sont issues de la vie réelle. Elles sont le plus souvent complexes et floues. C'est pour les résoudre ou accompagner leurs patientes confrontées à des situations chroniques et variées que les futurs médecins se forment.

GRILLE D'ÉVALUATION

(Cocher la case correspondante selon le niveau de capacité ou compétence
Cette grille est remplie en début de stage, à mi stage et fin de stage)

	THEMES et COMPETENCES	non acquis	En cours	Acquis
1	Réaliser un examen gynécologique			
2	Réaliser un frottis cervical et l'expliquer			
3	Prise en charge d'une patiente et sa demande			
4	S'adapter aux demandes selon les âges			
5	Intégrer la démarche de prévention dans la consultation			
6	Examen et prise en charge d'un problème mammaire			
7	Annonce d'une mauvaise nouvelle			
8	La consultation de l'adolescente ; vaccin HPV			
9	Reconnaître et traiter une infection gynécologique			
10	Donner les éléments d'information et de prévention des IST			
11	Faire et suivre un bilan d'infertilité			
12	En expliquer les divers examens et leur intérêt			
13	Prescrire une contraception hormonale			
14	Réaliser et commenter un frottis cervical			
15	Poser ou retirer un DIU			
16	Poser et retirer un implant			
17	Prise en charge d'une demande d'IVG			
18	Expliquer le cadre et les techniques avec tact			
19	Prise en charge d'une douleur pelvienne			
20	Prise en charge d'un trouble du cycle			
21	Prise en charge d'une hémorragie génitale (selon l'âge)			
22	Prise en charge d'un trouble de la sexualité (selon l'âge)			
23	Reconnaître une ménopause, l'expliquer			
24	Traiter une ménopause et ses conséquences			
25	Ostéoporose prévention et traitements			
26	Suivre une grossesse à bas risque			
27	Prise en charge des difficultés de la grossesse			
28	Faire face à une menace d'accouchement			
29	L'entretien prénatal précoce			
30	Les troubles addictifs / nutritionnels au cours de la grossesse			
31	La visite du post-partum			
32	Prescrire de manière appropriée une rééducation spécifique			
33	Conseiller et suivre l'allaitement			
34	Savoir parler des violences aux femmes			
35	Dépister et prendre en charge une violence			

Annexe 3. Réponses justifiées du questionnaire, envoyées aux internes demandeurs

Données administratives

* Concernant la déclaration de grossesse, selon vous la proposition suivante est-elle exacte ?

- Elle est à envoyer à la caisse d'assurance maladie et à l'employeur avant la fin de la 14^e semaine de grossesse = **faux** (à envoyer à l'assurance maladie et à la CAF mais en aucun cas à l'employeur, obligatoire avant la fin de la 14^e semaine de grossesse)

* Concernant le remboursement par l'assurance maladie, quelles sont selon vous les propositions exactes ?

- Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont prises en charge à 100% = **vrai** (pour 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité, incluant l'EIPP)
- Une échographie par trimestre est prise en charge à 100% = **faux** (seule la 3^e échographie est remboursée à 100%, les deux autres le sont à 70%)

* A propos des congés légaux entrant dans le cadre de la maternité, selon vous est-il exact que :

- Le congé pathologique ne peut être pris que dans les 15 jours précédant le congé maternité = **faux** (il peut être posé à n'importe quel moment, y compris dans le post partum, mais seuls 15 jours sont considérés sous ce critère de congé pathologique)
- 6 semaines de congé prénatal et 10 semaines de congé post-natal sont prévues pour le 1^{er} enfant = **vrai** (dépend ensuite du nombre d'enfant déjà à charge (http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-conge-maternite/duree-du-conge-maternite_rhone.php))

Le guide maternité de l'assurance maladie pour vos patientes :
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/guide-maternite.pdf

Suivi clinique de la grossesse

* A propos de l'Entretien Individuel Prénatal Précoce, quelles sont selon vous les propositions exactes ?

- Il ne s'adresse qu'aux femmes présentant des vulnérabilités = **faux** (il doit être proposé à toutes les femmes sans exception ; il recherche effectivement des vulnérabilités mais permet également d'offrir un temps pour répondre aux questions de la femme et/ou du couple)
- Il est partie intégrante de l'une des 7 consultations prénatales = **faux** (c'est une consultation à part de 45 min, dédiée à l'EIPP, plutôt intégrée dans la préparation à la naissance et à la parentalité, en complément des 7 séances de préparation à la naissance ; à noter que 7 consultations prénatales sont effectivement obligatoires, la première devant être réalisée avant la fin du 3^e mois)
- Il peut être réalisé uniquement par une sage-femme au cours d'une consultation dédiée = **faux** (n'importe quel professionnel de santé peut le réaliser, dès l'instant qu'il a bénéficié d'une formation à l'EIPP)

* Concernant les données de l'examen clinique, selon vous lesquelles sont exactes ?

- Le toucher vaginal fait partie de l'examen clinique prénatal obligatoire tous les mois chez la femme enceinte = **faux** (à faire systématiquement une fois en début de grossesse, après un examen au speculum, puis sur point d'appel et en fin de grossesse)
- La hauteur utérine de référence correspond à SA – 2 cm jusqu'à 32 SA = **faux** (SA – 4 cm jusqu'à 32 SA puis augmentation de 0,5 cm par semaine jusqu'au terme)
- L'examen des seins doit être réalisé une fois pendant la grossesse, uniquement si antécédents familiaux ou si âge \geq 35 ans = **faux** (il doit être systématique pour toute femme enceinte)

Dépistages précoces en début de grossesse

* A propos du dépistage du cancer du col utérin par Frottis Cervico-Vaginal (FCV), est-il vrai selon vous que :

- Le FCV de dépistage du cancer du col utérin ne doit pas être proposé pendant une grossesse du fait du risque hémorragique = **faux** (il est recommandé si le dernier FCV date de plus de 2 ans, préférentiellement en début de grossesse mais pouvant théoriquement être réalisé à n'importe quel moment de la grossesse)

* A propos du dépistage de la trisomie 21 au cours de la grossesse, quelles sont selon vous les propositions exactes ?

- Il est obligatoire, effectué dans l'idéal entre 11 SA et 13 SA + 6 jours, par test combiné associant mesure de la clarté nucale et dosage des marqueurs sériques = **faux** (il n'est pas obligatoire mais recommandé et doit être systématiquement proposé ; le consentement est obligatoire, à faire signer après information détaillée sur les modalités du test et la prise en charge envisageable selon le résultat)
- Un risque \leq 1/250 impose de réaliser soit une amniocentèse soit une biopsie de trophoblaste = **faux** (idem, aucune obligation mais ce résultat doit faire proposer un diagnostic anténatal de certitude par détermination du caryotype foetal)

Examens complémentaires

* A propos des examens biologiques au cours de la grossesse, selon vous quelles sont les propositions exactes ?

- Un dépistage du VIH par une sérologie doit être obligatoirement réalisé au 1^{er} trimestre = **faux** (ce n'est pas obligatoire mais recommandé, il doit être systématiquement proposé à la femme enceinte)

- Au 1^{er} trimestre de la grossesse, la RAI est obligatoire uniquement pour les femmes Rhésus négatif = **faux** (elle est obligatoire pour toutes les femmes en début de grossesse)
- Une albuminurie sur échantillon ≥ 30 mg/l nécessite la réalisation d'une protéinurie des 24H et d'un ECBU qui seront réalisés en ambulatoire en l'absence d'hypertension artérielle = **vrai**
- Une hémoglobulinémie $\leq 10,5$ g/dL nécessite de doser la ferritinémie avant de débiter une supplémentation martiale = **faux** (le dosage de la ferritinémie n'est pas indispensable)
- Un ECBU mensuel jusqu'à la fin de la grossesse est recommandé uniquement dans les suites d'une pyélonéphrite aiguë gravidique = **faux** (il est recommandé mensuellement dans plusieurs situations chez la femme enceinte telles que pour la surveillance après traitement d'une bactériurie asymptomatique, dans les suites d'une cystite aiguë gravidique et pour les patientes à haut risque d'infection urinaire gravidique ; cf *spilf* 2015 <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/infections-urinaires-grossesse-spilf-2015.pdf>)

Dépistage des pathologies de la grossesse

* A propos du dépistage du diabète gestationnel, selon vous quelles sont les propositions exactes ?

- Un dosage de la glycémie à jeûn (GAJ) est systématique au 1^{er} trimestre dans la population générale = **faux** (recommandée uniquement s'il existe des facteurs de risque de diabète gestationnel)
- Le seuil de confirmation d'un diabète gestationnel correspond à une GAJ $\geq 0,95$ g/L au 1^{er} trimestre = **faux** (le seuil est désormais fixé à GAJ $\geq 0,92$ g/L)
- Une HGPO 75g est recommandée entre 24 et 28 SA uniquement pour les populations à risque n'ayant pas bénéficié du dépistage par la GAJ au 1^{er} trimestre = **faux** (HGPO 75 g recommandée pour les populations à risque uniquement, même si la GAJ au 1^{er} trimestre était normale et en rattrapage pour les populations à risque qui n'auraient pas bénéficié du dépistage par la GAJ au 1^{er} trimestre ; dans le cas où la GAJ au 1^{er} trimestre était pathologique, le diabète gestationnel est déjà diagnostiqué)

* Dans le cadre de la prévention de l'allo-immunisation foeto-maternelle, selon vous quelles affirmations sont exactes ?

- Une prévention systématique est recommandée autour de 28 SA par injection de 300 µg de Rhophylac IntraMusculaire à toutes les femmes Rhésus D négatif, après contrôle RAI préalable de moins d'une semaine = **vrai**
- Après injection de Rhophylac, le contrôle RAI est à poursuivre dans tous les cas tous les mois jusqu'à l'accouchement = **faux** (la RAI sera nécessairement positive par la suite donc pas de contrôle au décours ; les RAI ultérieures sont à visée transfusionnelle uniquement donc ne pas réaliser avant l'admission pour l'accouchement)

Conseils de prévention et recommandations

* Dans la population générale des femmes enceintes, quelles sont selon vous les recommandations qui s'appliquent ?

- Chez les femmes sans facteur de risque spécifique, une supplémentation en folates à 0,4 mg par jour est recommandée en péri-conceptionnel et pendant toute la durée de la grossesse = **faux** (la supplémentation peut être stoppée autour de 10-12 SA, au moment de la première échographie)
- Le dépistage du CMV par la sérologie est obligatoire en début de grossesse pour toute population = **faux** (il n'y a actuellement pas de bénéfice attendu du dépistage systématique du CMV pendant la grossesse ; les conseils de prévention doivent par contre être dispensés à toute femme enceinte)
- Chez les femmes sans facteur de risque spécifique, la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée au cours de la grossesse quel que soit le terme = **vrai** (les femmes enceintes sont une population à risque de complication)

* Selon vous, quelles recommandations s'appliquent aux femmes enceintes ?

- En l'absence de complications, il est conseillé aux femmes enceintes de maintenir une activité physique tout au long de la grossesse = **vrai** (il faut inciter les femmes à inclure des exercices de conditionnement aérobique (endurance) et musculaire pendant leur grossesse)
- Dans le cadre du sevrage tabagique, un traitement substitutif nicotinique (patch, gommes...) est utilisable tout au long de la grossesse = **vrai**
- Une consommation d'alcool au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse, même ponctuelle ou modérée, nécessite de proposer une surveillance échographique anticipée, sans attendre l'échographie morphologique de 22 SA = **faux** (ne pas culpabiliser la femme ; préciser à l'échographiste la prise d'alcool afin qu'il puisse rechercher des signes échographiques de SAF)

SENTILHES épouse GRAEMIGER, Sophie - Evaluation de la formation initiale des internes rennais de médecine générale sur le suivi de grossesse, au cours du troisième cycle des études médicales.

57 feuilles, 1 illustration, 7 tableaux - Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2016 ; N° .

Résumé français

Contexte : La formation des internes de médecine générale en gynécologie-obstétrique doit tenir compte des besoins et modalités de la pratique clinique en ambulatoire.

Objectifs : Evaluer les acquisitions des internes rennais sur le suivi de grossesse au cours de leur formation initiale, notamment au cours de leur stage de gynécologie-obstétrique, ainsi que les déterminants de ces acquisitions.

Matériel et méthodes : Un questionnaire portant sur les connaissances du suivi de grossesse physiologique et sur les modalités du stage de gynécologie-obstétrique a été établi, puis validé par un médecin généraliste et un obstétricien. Les principaux champs du suivi de grossesse ont été couverts par 9 catégories d'items. Les internes ont répondu préalablement au stage de gynécologie-obstétrique puis de nouveau en fin de stage. Les lieux de stage ont été répartis en groupe A pour les maternités de niveau 3 et groupe B pour les maternités de niveau 1 ou 2.

Résultats : Parmi les 56 internes interrogés, 47 (84%) ont répondu aux deux questionnaires. Il n'y a eu aucune donnée manquante pour les questions fermées. Les questions étaient maîtrisées à plus de 66% en global en pré et post test (939/1410 (67%) versus 985/1410 (70%) ; $p=0,12$). Les connaissances sur les données administratives autour de la grossesse étaient moins bonnes en fin de stage en comparaison au début de stage (112/188 (60%) versus 96/188 (51%) ; $p=0,04$), notamment pour les internes du groupe A (57/96 (59%) versus 42/96 (44%) ; $p<0,01$). Les questions de la préparation à la naissance et des conseils concernant le risque d'infection virale étaient mieux maîtrisées en fin de stage (128/188 (68%) versus 143/188 (76%) ; $p=0,03$ et 93/141 (66%) versus 116/141 (82%) ; $p<0,01$). L'accès aux consultations était plus important dans le groupe B en comparaison avec le groupe A (10/23 (43%) versus 0/24 (0%) ; $p<0,001$). Les internes du groupe B se sentaient plus à l'aise que ceux du groupe A pour effectuer des suivis de grossesse en ambulatoire (13/23 (57%) versus 4/24 (17%) ; $p<0,01$).

Conclusion : Les acquis sur le suivi de grossesse au cours de la formation initiale en TCEM des étudiants en médecine rennais sont satisfaisants mais leur formation clinique au cours du stage de gynécologie-obstétrique semble insuffisante pour près de deux tiers d'entre eux qui ne se sentent pas suffisamment à l'aise en fin de stage pour assurer le suivi de grossesse en ambulatoire.

Rubrique de classement :

MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Suivi de grossesse, internes, médecine générale, formation initiale, stage de formation clinique, évaluation, enseignement, connaissances

Mots-clés anglais MeSH : Pregnancy followup, Residents, Family Medicine, Training, Clinical clerkship, Assessment, Teaching, Health knowledge

	Président :	Monsieur le Pr J. LEVEQUE
JURY :	Assesseurs :	Monsieur le Pr L. SENTILHES [directeur de thèse] Monsieur le Pr E. BELLISSANT, Doyen de Médecine Madame le Dr S. CHHOR