Quelles sont les attentes des internes du DES de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie ?

France Daillencourt

▶ **To cite this version:**

France Daillencourt. Quelles sont les attentes des internes du DES de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02142408

HAL Id: dumas-02142408

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02142408

Submitted on 3 Sep 2019

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.

N° d'ordre : **ANNÉE 2018**

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

France DAILLENCOURT

Née le 27/03/1989 à Reims

Quelles sont les attentes des internes du DES de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie?

Thèse soutenue à Rennes le 29/06/2018

devant le jury composé de :

Pr Patrick PLADYS
Professeur, CHU de Rennes / *Président*

Pr Vincent LAVOUÉ
Professeur, CHU de Rennes / *Juge*

Dr Sidonie CHHOR-QUENIART
Maitre de conférence associé des universités de médecine générale de Rennes / *Juge*

Dr Cloé GUICHETEAU
Docteur en médecine générale / *Invité*

Dr Agnès BANÂTRE
Chef de clinique universitaire de médecine générale de Rennes / *Directrice de thèse*

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; 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	Professeur des Universités en surnombre Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick	Professeur des Universités Emérite Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Professeur des Universités Emérite Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre	Professeur des Universités Emérite Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

Nom Prénom	Sous-section CNU
CHALES Gérard	Professeur des Universités Emérite 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 Emérite Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves	Professeur des Universités en surnombre + Consultanat 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

Nom Prénom	Sous-section CNU
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 Emérite Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUSSON Jean-Louis	Professeur des Universités Emérite Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis	Professeur des Universités Emérite 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, RETRAITE	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 Mariannick	Professeur des Universités en surnombre + consultanat Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence

Nom Prénom	Sous-section CNU
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain	Professeur des Universités Emérite Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick	Professeur des Universités Emérite Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MENER Eric (Professeur associé)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Professeur des Universités en surnombre Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie

Nom Prénom	Sous-section CNU
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillisement; addictologie
SOULAT Louis	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie

Nom Prénom	Sous-section CNU
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

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
ANSELMI Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINE Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAULT	Hématologie; transfusion

Nom Prénom	Sous-section CNU
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale;
ZIELINSKI Agata	Pharmacologie clinique; addictologie

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Patrick PLADYS,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Vincent LAVOUÉ,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury et pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

Madame le Docteur Sidonie CHHOR-QUENIART,

Pour avoir accepté sans hésitation de faire partie de ce jury et de juger ce travail.

Merci pour votre encadrement et votre investissement dans la formation des internes.

Madame le Docteur Cloé GUICHETEAU,

Tu m'as fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury.

Merci pour ton encadrement et ta disponibilité en tant que maître de stage au planning, c'était un plaisir de travailler avec toi ! Je te souhaite le meilleur pour l'avenir.

À ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Agnès BANÂTRE,

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse.

Merci pour ton encadrement, ton aide, tes précieux conseils, tes nombreuses relectures et ton soutien lors de ce travail.

Merci pour ton investissement en tant que référente pédagogique dans la formation des internes.

Aux internes ayant acceptés de participer aux entretiens,

Merci de vous être portés volontaires, ce travail n'aurait pas pu avoir lieu sans vous !

Aux référents pédagogiques du DMG de Rennes,

Monsieur le Docteur Pierric Renaut,

pour avoir accepté de réaliser un entretien exploratoire.

Madame le Docteur Laure Fiquet,

pour m'avoir orientée dans la rédaction de mon guide d'entretien.

Monsieur le Docteur Emmanuel Allory,

pour avoir accepté d'animer mon premier focus group.

À ma famille,

À mes parents, merci pour tout votre amour, pour votre soutien et pour avoir cru en moi lors de ces longues années d'études. Maman, pour m'avoir donné envie de faire ce si beau métier. Papou, pour ta force et ton investissement dans le travail, pour ton amour de la Bretagne.

À mon frère, pour tous ces bons moments et souvenirs de notre enfance.

À mes grands parents, pour toutes ces vacances à Cannes, pour nous avoir autant gâtés. Ma ptite mamy, pour avoir toujours 29 ans et pour tes pensées quotidiennes.

À Édouard,

Pour ton soutien, pour avoir tenu la distance et pour ton amour au quotidien. C'est une nouvelle vie qui commence, et elle s'annonce riche en émotion !

À ta famille, pour votre accueil toujours chaleureux.

À mes plus vieilles amitiés,

À la triade, pour cet humour que tout le monde ne comprend pas ! Ma Anne, pour cette amitié qui dure depuis 25 ans maintenant. Mon Titi, pour ces nombreux fous rires.

Ma Lo, pour ton écoute et ta confiance, parce qu'on aurait pu être soeur. À Pedro et à votre petite Ombeline dont je suis fière d'être la marraine.

Aux parisiens, Albane Sophie Victor, pour être toujours là.

Aux amis de Reims et d'ailleurs,

Camille et Alexis, Momo et PG, Hugues et Ingrid, Juju et Riri, Xavier, Guigui, Hugo, Pinou, Hélène et Édouard, ma Bintang…

Pour tous ces bons moments, ces soirées, ces voyages, ces mariages, ces révisions… pour avoir gardé contact malgré la distance !

À mon PHD et ma Fafa,

Mon papa et ma maman du bloc, pour ces nombreuses années d'aide d'op, pour être toujours aussi accueillants et bienveillants, pour avoir réussi à me faire douter entre la médecine générale et la gynéco !

Au Docteur Patricia Travers,

Pour ce qui a sûrement été un des meilleurs stages de mon internat, pour votre encadrement, votre confiance et votre reconnaissance.

Aux amis bretons,

À la fine équipe de Pontivy : Alexia, Anna, Zoé, Amandine, Samia, Whitney.

Pour ce premier semestre bien rythmé par les soirées potins, le Tavaillon, les bonnes recettes italiennes d'Anna, et j'en passe. Un seul regret… le Missyl !

Aux rencontres vannetaises et rennaises : Mathilde, Noémie, Claire, Camille, Elena, Marie, Hélène, Arthur, Aurélie, Alice, Caroline…

Pour toutes ces soirées, ces week-ends de folie, ces nombreux resto « oooooh on va bien se prendre un ptit verre !!! », pour les médailles et la hygge attitude…

Aux sportifs du dimanche : Rebecca, Thibault, Pierrick, Fred, Jeremy.

Pour votre bonne humeur, les apéros en terrasse, les soirées au Pubgall, notre passion commune pour Céline…!!!

Reims n'est pas si loin, on se reverra!

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs connaissances. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Table des matières

Liste des documents annexés 15

Liste des illustrations 15

Introduction 17

Matériel et méthodes 18

1. Choix de la méthode 18

2. Choix de la population 18

3. Recueil des données 18

4. Analyse des données 18

Résultats 19

1. Caractéristiques de l'échantillon et des FG 19

2. Résultats de l'analyse thématique 20

A. Formation et compétences en gynécologie et pédiatrie 20

B. Spécificités du stage couplé gynécologie-pédiatrie au cours du DES 21

C. Terrains de stage proposés en gynécologie et pédiatrie 22

Discussion 24

1. Points forts et limites de l'étude 24

A. Points forts 24

B. Les biais de l'étude 24

2. Synthèse critique des résultats principaux 24

A. Les points positifs actuels 24

B. Les difficultés actuelles 25

C. Les objectifs proposés par le DMG non abordés par les participants 25

D. Les attentes des IMG vis-à-vis du SAFE 25

3. Perspectives et ouverture 26

Conclusion 27

Bibliographie 28

Abréviations 30

Annexes 31

Annexe 1 : Objectifs pédagogiques du SAFE 31

Annexe 2 : Guide d'entretien semi directif 37

Liste des documents annexés

1. *Annexe 1 :* Grille des objectifs pédagogiques spécifiques aux stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie **31**

2. *Annexe 2 :* Guide d'entretien semi-directif **37**

Liste des illustrations

1. *Tableau 1 :* caractéristiques des participants **19**

Résumé

Contexte : Suite à la récente réforme du 3e cycle, les enseignants de médecine générale oeuvrent pour proposer davantage de terrains de stage non-hospitaliers aux étudiants. Ils ont réfléchi aux objectifs du stage de gynécologie-pédiatrie en ambulatoire et il était nécessaire de confronter leurs résultats aux attentes des internes.

Objectif : Explorer les attentes des internes de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie-pédiatrie.

Méthode : Étude qualitative par *Focus Group* réalisée auprès de 16 internes et remplaçants non thésés issus de la faculté de Rennes. Analyse thématique manuelle de la retranscription du *verbatim* et du langage non-verbal.

Résultats : Les étudiants estiment que leur formation principalement hospitalière est inadaptée à leur future pratique ambulatoire. Seuls les stages hospitaliers aux urgences, gynécologiques et pédiatriques, leur semblent pertinents. Le caractère obligatoire et la possible augmentation de la durée du stage sont fréquemment remis en cause pour la gynécologie, contrairement au stage de pédiatrie. Il leur paraît nécessaire de coupler des terrains de stage ambulatoires et hospitaliers pour l'acquisition des compétences propres à la médecine générale dans ces deux domaines. Les terrains de stage ambulatoires devront être nombreux et variés afin de permettre à tous les étudiants de bénéficier d'un apprentissage en situation de soins primaires. Les objectifs attendus par les internes vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie-pédiatrie rejoignent ceux proposés par les enseignants.

Conclusion : Il s'agit d'un travail original sur ce sujet. Celui-ci a notamment mis en évidence que les internes masculins n'étaient pas tous favorables à une obligation de stage pour la gynécologie. Une étude de leur ressenti au cours des stages de gynécologie des 2e et 3e cycles permettrait d'analyser leur réticence et leur appréhension à la pratique de la gynécologie.

Mots-clés libres : médecine générale ; stage de formation clinique - gynécologie et pédiatrie ; stages ambulatoires ; compétences.

MeSH : general practitioner - education ; clinical clerkship ; gynecology - education ; pediatry - education ; ambulatory care ; professional competence.

Introduction

Du fait de la baisse du nombre de gynécologues et de pédiatres, les médecins généralistes doivent répondre de plus en plus à des demandes de consultation relevant de la gynécologie ou de la pédiatrie (1). Les internes de médecine générale (IMG) doivent donc être confrontés aux situations cliniques spécifiques des soins premiers relevant de ces deux domaines.

Le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale a été officiellement mis en place en 2004. Sa maquette a établi les conditions de formation théorique et pratique de l'internat (2). À la faculté de Rennes, il est possible de réaliser un stage regroupant 3 mois de gynécologie et 3 mois de pédiatrie. Il fait partie des stages obligatoires avec le stage d'urgence, le stage de médecine adulte et le stage chez le praticien dit de niveau 1. Depuis 2010, seulement deux stages sont obligatoirement à réaliser en hospitalier - celui des urgences et celui de médecine adulte - ce qui rend possible les stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie (3). À Rennes, il en existe déjà quelques uns, comprenant des plages de consultation chez un médecin généraliste MSU (Maître de Stage des Universités), dans des Centres de Planification et d'Éducation Familiale ou à la PMI (Protection Maternelle et Infantile). D'autres seront bientôt mis en place étant donné la récente réforme du 3e cycle encourageant l'augmentation du nombre des stages ambulatoires (4).

Selon un état des lieux du DES de médecine générale, réalisé en 2007 par Angot, le semestre « pédiatrie/gynécologie » ressortait comme étant le moins adapté à la formation des IMG (5). Ils revendiquaient alors une formation moins hospitalière afin de mieux appréhender les soins ambulatoires. D'autres études ont également montré une insuffisance de formation dans ces deux disciplines (6,7). Plusieurs travaux ont démontré l'intérêt des stages ambulatoires dans l'acquisition des compétences du médecin généraliste (8-12). Ils permettraient aux IMG de se sentir plus à l'aise lors de leurs consultations en autonomie.

La revue *exercer* a publié une liste d'objectifs spécifiques de formation des IMG au cours des stages hospitaliers dans la perspective d'une pratique ambulatoire (13). À partir de celle-ci, le département de médecine générale (DMG) de Rennes a établi des objectifs pédagogiques (Annexe 1) pour le SAFE (Stage Ambulatoire Femme Enfant). Ceux-ci reprennent les situations cliniques spécifiques à la médecine générale auxquelles l'IMG devra avoir été confronté au cours de ce stage, ainsi que les habiletés et les savoir-faire procéduraux à acquérir, propres au suivi de la femme et de l'enfant. Une fois ces objectifs établis, les enseignants ont souhaité les confronter aux attentes des IMG.

L'objectif de cette étude était donc de recueillir les attentes des IMG vis-à-vis des SAFE afin d'adapter les objectifs de stage selon une approche pédagogique centrée sur l'apprenant (14).

Matériel et méthodes

1. Choix de la méthode

Afin d'analyser les attentes des IMG, une étude qualitative a été menée au moyen de *Focus Group* (FG) (15). En favorisant les échanges, ils ont permis de recueillir les différents points de vue et d'étudier la variété des perceptions, des opinions et des expériences (16).

2. Choix de la population

La population était constituée d'IMG et de remplaçants non thésés issus de la faculté de Rennes. Les IMG ayant fait un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire ont été exclus, ceux-ci n'ayant pas de projet d'installation en ambulatoire.

Le recrutement s'est déroulé à l'automne 2017 sur la base du volontariat lors des procédures de choix de stage préparant le semestre suivant, lors de journées de formation dédiées aux IMG de 1er semestre et via l'Association des Internes de Médecine Générale de Rennes. Ils ont été inclus en fonction de leur nombre de semestres réalisés et des stages effectués (stage praticien niveau 1, SASPAS, gynécologie-pédiatrie).

Les modalités d'échantillonnage ont été faites de manière théorique, en variation maximale avec un échantillon contrasté, hétérogène. Le critère le plus important étant la qualité de l'échantillon, sa taille n'était pas prédéfinie. L'objectif était de permettre la saturation des données (17).

3. Recueil des données

Le guide d'entretien a été réalisé à partir d'une recherche bibliographique et de plusieurs entretiens exploratoires auprès de personnes ressources sur le sujet (18). Il a été élaboré afin d'explorer les attentes des IMG vis-à-vis des stages de gynécologie et pédiatrie, leur définition du terme « compétence » et quelles étaient celles qu'ils considéraient comme nécessaires à acquérir lors de ces stages et plus spécifiquement en ambulatoire (Annexe 2). Il a été le même pour tous les groupes. Le recueil des données s'est fait par enregistrement audio et vidéo ainsi que par la prise de note. Le chercheur principal était observateur lors des FG.

Le guide d'entretien n'a pas été soumis à un comité d'éthique indépendant. Cependant, le consentement des participants a été recueilli avant chaque enregistrement en leur notifiant l'anonymisation des données.

4. Analyse des données

Le *verbatim* a été retranscrit avec insertion des expressions non verbales issues de l'enregistrement vidéo puis anonymisé.

L'analyse des données s'est faite selon une démarche inductive générale avec un codage thématique manuel (19,20).

Le FG le plus productif a été codé par deux chercheurs. Son analyse a été soumise à vérification auprès des participants afin d'assurer la bonne interprétation des données.

Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon et des FG

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

		Sexe	Année de naissance	Semestre	Faculté d'origine	Stage actuel	Gynéco-pédia fait	Niveau 1 fait	Projet professionnel
Focus Group du 07/12 (63 minutes)	P1	Femme	1993	1er	Nantes	Urgences	Non	Non	Libéral / maison de santé / planning familial - IVG / DU de gynéco
	P2	Femme	1993	1er	Rennes	Urgences	Non	Non	Libéral / rural / avec autres professionnels / DU gynécologie et pédiatrie
	P3	Femme	1991	1er	Angers	SSR	Non	Non	Libéral / rural / maison médicale / immigration - humanitaire / DU pathologie tropicale
	P4	Homme	1993	1er	Angers	Gériatrie	Non	Non	Libéral / Semi rural ou rural / médecine du sport / planning familial
Focus Group du 14/12 (104 minutes)	P5	Homme	1981	Remplaçant	Marseille	Remplaçant	Oui (Saint-Malo)	Oui	Libéral
	P6	Femme	1989	6ème	Dijon	SASPAS	Oui (Vannes-Ploërmel)	Oui	Libéral
	P7	Femme	1990	5ème	Tours	SASPAS	Oui (Saint-Malo)	Oui	Libéral / Clinicat?
	P8	Homme	1989	6ème	Angers	SASPAS	Oui (Vitré-Rennes)	Oui	Libéral / Rural
	P9	Femme	1989	6ème	Angers	SASPAS	Oui (Vannes)	Oui	Libéral / Semi rural / +/- structure associative
	P10	Femme	1988	6ème	Tours	SASPAS	Oui (Redon)	Oui	Libéral
	P11	Homme	1990	6ème	Nantes	SASPAS	Oui (Vannes-Ploërmel)	Oui	Libéral
	P12	Homme	1990	Remplaçant	Rouen	Remplaçant	Oui (Fougères)	Oui	Libéral et hospitalier
Focus Group du 11/01 (71 minutes)	P13	Femme	1991	5ème	Rennes	SSR	Oui (CHU)	Oui	Libéral +/- une part d'hospitalier/ rural ou semi rural
	P14	Femme	1991	3ème	Tours	Pédiatrie	En cours	Non	Libéral +/- hospitalier / semi rural / maison de santé
	P15	Femme	1991	5ème	Tours	Soins palliatifs	Oui (CHU)	Oui	Libéral / semi rural / maison de santé / pédiatrie / soins palliatifs
	P16	Femme	1991	3ème	Tours	Urgences	Non	Non	Libéral / semi rural / maison de santé

Au total, 32 internes ont été recrutés. Trois FG ont été réalisés en décembre 2017 et janvier 2018 avec seize d'entre eux. Ils étaient constitués pour le premier de 4 IMG de 1er semestre ; de 6 IMG en SASPAS et de 2 médecins remplaçants non thésés pour le 2nd ; et pour le 3e, de 2 IMG de 2e année et 2 de 3e année non SASPAS. Ils ont duré en moyenne 79 minutes. Ils se sont déroulés au DMG, dans un lieu neutre facilitant l'échange, en mettant en retrait animateur et observateur.

L'âge moyen des participants était de 27 ans. Onze étaient des femmes. Seulement 2 IMG n'étaient pas originaires du Grand Ouest et 2 IMG avaient fait leur externat à la faculté de Rennes. Leur projet professionnel était pour la majorité un exercice ambulatoire, non urbain, possiblement associé à une activité hospitalière pour 3 d'entre eux.

2. Résultats de l'analyse thématique

A. Formation et compétences en gynécologie et pédiatrie

Les IMG de 1er semestre n'avaient pas de définition précise du terme « compétence » contrairement aux autres participants, et notamment ceux du 2e FG qui étaient en fin de cursus. Ces derniers ont pu citer les termes de savoir-faire - savoir-être - expérience - connaissance - pratique - « marguerite des compétences » ; l'objectif étant de se sentir en confiance dans la prise de décision pour le patient.

a. Compétences à acquérir au cours du 2e cycle

Une des compétences génériques attendues à l'issue du 2nd cycle est la compétence de clinicien en étant notamment capable de « réaliser un examen somatique adapté à la situation clinique (…) de patients de tout âge » (21). Or, certains internes ont déclaré qu'ils présentaient une appréhension à réaliser un examen gynécologique ou pédiatrique à l'issue de leur externat. Les apprentissages y étaient insuffisants de par un enseignement axé sur la réussite au concours des ECN (Épreuves Classantes Nationales) et des difficultés à trouver leur place au cours des stages.

b. Compétences à acquérir au cours du 3e cycle

Quatre des six compétences du médecin généraliste ont été abordées par les internes. La compétence *approche centrée patient, relation, communication* est particulière en gynécologie/ pédiatrie de par le cadre de la consultation (intimité/confiance) et la nécessité de savoir rassurer la patiente/l'enfant et les parents. La compétence *continuité, suivi, coordination des soins* nécessite de savoir réévaluer et gérer à la fois l'aigu et le chronique (pathologies aigües, développement de l'enfant). La compétence *premier recours - urgences* nécessite de savoir reconnaître les situations urgentes ou semi-urgentes, vers qui orienter le patient et dans quel délai. La compétence *dépistage et prévention* semble être primordiale à acquérir dans le cadre d'une prise en charge globale du patient (vaccination, frottis cervico-utérin, palpation mammaire, mais aussi dépistage des violences).

Les IMG ont ainsi reconnu que leur formation principalement hospitalière n'était pas adaptée à l'acquisition des compétences spécifiques à la gynécologie/pédiatrie et qu'il était donc nécessaire d'adapter les objectifs de stage à l'exercice de la médecine générale. **P13** : *j'ai appris des choses, j'ai acquis des compétences mais qui sont pas utiles en médecine générale !*

Les IMG de 1er semestre se sont posés la question de l'intérêt des diplômes complémentaires de gynécologie-pédiatrie (DIU - Diplômes Inter-Universitaire ou DU - Diplôme d'Université). Les participants des autres groupes ont estimé qu'ils n'avaient pas leur place au cours de leur formation initiale. **P4** : *c'est vrai que même, rien que le fait de se dire qu'il faut faire un DU de gynéco et pédiatrie pour être compétent dans ces domaines là en médecine générale, y a un côté un petit peu aberrant fin… c'est un peu… c'est un peu décalé je trouve…ça devrait être dans la compétence globale du médecin généraliste…*

c. Encadrement au cours des stages

Les participants ont évoqué la nécessité de respecter 3 phases pédagogiques : l'observation, la supervision directe puis indirecte, l'objectif étant d'arriver à une autonomie progressive et totale. Cependant, ils ont constaté que cette progression n'était pas toujours respectée au cours de leur stage hospitalier et qu'ils pouvaient être rapidement seuls face aux patients. **P13** : *en hospitalier, t'arrives on te dit bon bah voilà t'as madame machin qui est dans le box et puis hop tu te débrouilles, tu fais l'examen gynéco tout seul bah quand… quand t'es pas à l'aise déjà bah… c'est pas facile !*

Avec la mise en place de SAFE, ils espéraient pouvoir bénéficier d'un encadrement plus adapté, permettant une meilleure acquisition des compétences spécifiques à la médecine générale. Mais que ce soit en hospitalier ou en ambulatoire, la motivation des médecins à encadrer les étudiants semblait primordiale pour assurer un encadrement pédagogique de qualité.

B. Spécificités du stage couplé gynécologie-pédiatrie au cours du DES

a. L'obligation de stage

Pouvoir faire à la fois un stage de gynécologie et un stage de pédiatrie était l'un des principaux arguments motivant les IMG à venir à Rennes. Cependant le caractère obligatoire a été fréquemment remis en cause pour la gynécologie, en particulier par ceux qui ne souhaitent pas effectuer de suivi gynécologique et par les IMG masculins. Pourtant, les participants se sont accordés sur l'importance de pouvoir répondre à tout type de demande en consultation de médecine générale et donc de maintenir obligatoire une formation en gynécologie. **P11** : *je pense qu'il faut obliger le stage en gynéco parce que avec le cursus que j'ai eu je me dis que si j'y étais pas passé peut-être qu'un jour je me serais retrouvé en difficulté en médecine générale où effectivement quand on est à la campagne et qu'on est le seul… bah il faut savoir gérer…*

b. La durée des stages : 3 ou 6 mois ?

Avec la réforme du 3e cycle de 2017, la durée du DES de médecine générale pourrait augmenter à 4 ans. Les IMG de 1er semestre y étaient favorables puisqu'ils pensaient que cela améliorerait leur formation et leur permettrait d'acquérir plus de compétences. Tandis que pour les IMG des années supérieures, cela dépendait de la pertinence des stages qui seraient proposés pour composer cette 4e année.

Les opinions étaient plus variables concernant la possible augmentation à 1 an de la durée du stage de gynécologie-pédiatrie. Les IMG pensaient que cela pourrait permettre de mieux structurer les stages, que l'interne ait plus de responsabilités et qu'il soit davantage intégré dans l'organisation du service. Ils ont considéré que plus la durée de stage était courte, plus ils endossaient un rôle d'observateur les empêchant de progresser en autonomie. **P8** : *et c'est lié au fait aussi qu'ils en voient passer tous les 3 mois au bout d'un moment même les gynéco, ils en ont rien à faire quoi, ils passent à autre chose ! (…) après plus on couple des choses ensemble, plus aussi il faut accepter d'être observateur quoi…*

Par contre, cette augmentation permettrait de varier les terrains de stage et donc d'intégrer de l'ambulatoire. En pédiatrie, les participants étaient favorables à cette augmentation puisque les 3 mois

actuels ne sont pas suffisants pour acquérir l'ensemble des compétences nécessaires. Contrairement au stage de gynécologie pour lequel la durée de 6 mois leur semblait inadéquate sauf si elle leur permet de réaliser davantage de consultation.

C. Terrains de stage proposés en gynécologie et pédiatrie

a. À l'hôpital

Certains participants ont estimé que l'hôpital pouvait ne pas être adapté à leur formation puisque la population et les pathologies rencontrées ne relèvent pas, par définition, des soins premiers. La prise en charge y est plus technique étant donné l'accès immédiat aux examens complémentaires. Le lien avec les patients semble différent du fait d'un fonctionnement en équipe plus prégnant.

Cependant, ils se sont accordés sur l'utilité de ces stages pour savoir quand orienter et dans quel délai, comment gérer l'urgence et mieux appréhender l'évolution d'une pathologie. Ils permettraient de découvrir les prises en charge et le matériel disponible à l'hôpital. **P15 :** *je suis quand même vraiment contente d'être passée aux urgences je trouve qu'après t'es quand même beaucoup plus euh… fin t'as moins peur parce que tu sais gérer les trucs un peu plus graves ! (…) tu sais reconnaitre les critères de gravité, tu sais les chercher, tu sais gérer…*

L'apprentissage de la démarche scientifique était un point important pour leur future pratique. Celle-ci semblait être très développée dans les hôpitaux universitaires et permettrait ensuite son application en ambulatoire. **P11** : *après ce que je veux dire c'est que l'expérience quand on sera dans notre cabinet, finalement on sera plus des hospitaliers et si on veut garder la démarche, on fera la démarche… 'fin c'est pas la propriété de l'hôpital !*

En gynécologie, la qualité du stage paraissait assez variable selon les hôpitaux et les services proposés, notamment du fait de la place prédominante de la chirurgie et de l'obstétrique. L'utilisation de l'échographe pouvait être intéressante aux urgences mais n'est pas forcément adaptée à la future pratique ambulatoire. **P13** : *moi j'ai pas appris à prescrire une pilule avec mon stage de… d'obstétrique hein ! (…) moi j'estime avoir une… acquis… quasi pas de compétences techniques ni (hésitation) intellectuelles…*

En pédiatrie, le stage semblait plus adapté, notamment aux urgences, les motifs de consultation se rapprochant plus de ceux rencontrés en médecine générale. Cependant, les IMG sont peu confrontés au suivi de l'enfant en bonne santé, les services étant plus spécialisées et l'activité assez dépendante de la saison et de la taille de l'hôpital.

b. En ambulatoire

Les participants ont affirmé que les stages ambulatoires seraient plus adaptés, plus pertinents dans leur formation. Les IMG du 3e FG ont suggéré que la réalisation de ces stages puisse donner envie aux internes de s'installer en ambulatoire et favoriser les relations entre professionnels de santé. **P13 :** *c'est suivre les gens et ça, ça donne le goût de… de la médecine libérale ! Et peut-être que les internes s'intall… s'installeraient plus à l'issue de leurs études…*

Ces stages permettraient de développer des compétences spécifiques à l'ambulatoire notamment celle de *suivi, coordination des soins, dépistage et prévention* par la réalisation de consultations dédiées.

Cependant, les IMG masculins ont reconsidéré cette éventualité de stage ambulatoire puisqu'ils estimaient être moins acceptés lors des consultations de gynécologie, notamment si le MSU était également un homme. Ils ont soulevé un problème éthique lors de leur formation hospitalière : du fait de l'augmentation des délais de consultation dans ce domaine, des femmes se sentiraient contraintes de prendre rendez-vous avec eux pour avoir un accès aux soins plus rapide. **P8** : *donc du coup ça veut dire que finalement on voit des femmes, on leur fait des examens gynéco euh… euh… en ambulatoire elle l'aurait pas fait quoi, elles auraient pas accepté et là, bah vu qu'on est à l'hôpital elles sont un peu dans la contrainte…*

c. Mixité des terrains

Les terrains de stage ambulatoires et hospitaliers ont semblé être complémentaires aux IMG puisqu'ils apportent chacun des domaines de compétence différents. Il leur paraissait nécessaire de les coupler, avec une durée égale de stage afin d'améliorer et de diversifier la formation. Il faudrait également favoriser des stages où travaillent des médecins généralistes, ce qui sera alors plus adapté à leur future pratique ambulatoire. Les IMG ont également évoqué la possibilité de varier les terrains ambulatoires car certains sont considérés comme trop spécialisés et ne permettent pas non plus d'acquérir des compétences adaptées. **P9 :** *l'idéal serait quand même de coupler les deux pour être complet dans l'aigu, la prévention, le contact, la gestion de l'ambulatoire, la gestion de l'aigu euh, les reco, fin voilà c'est très complet !*

De nombreux terrains de stage ambulatoires ont été proposés, chacun d'entre eux visant un ou plusieurs objectifs pédagogiques :

- Le planning familial : il concerne surtout la question de la contraception qui semble peu abordée à l'hôpital, le dépistage, la prévention et la possibilité de faire des IVG (Interruption Volontaire de Grossesse).
- Des cabinets de médecins généralistes ayant passé des DU ou ayant une activité prédominante de gynécologie-pédiatrie : leur pratique serait plus ciblée sur les compétences à acquérir.
- Les pédiatres et les gynécologues de ville : ils ont une formation plus approfondie, cependant ils ne voient peut-être peu d'aigu et il faudrait éviter les consultations hyper-spécialisées.
- La PMI pour le suivi, la prévention et le dépistage.
- La médecine scolaire principalement pour le dépistage et la prévention.
- Le Service Inter-universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé.
- Les sages-femmes libérales pour le suivi de grossesse et la contraception. Mais les IMG se sont demandé si elles peuvent être agréées MSU.

En milieu hospitalier, les participants se sont accordés sur la nécessité de passer aux urgences avec la possibilité de faire quelques jours dans les autres services, et surtout de pouvoir aller en consultation.

Discussion

1. Points forts et limites de l'étude

A. Points forts

Il s'agit d'un travail original.

La réalisation de FG regroupant chacun des IMG d'un même niveau a permis un meilleur échange entre les participants qui pouvaient interagir librement pour soulever de nouveaux questionnements, les plus jeunes ne risquant pas d'être influencés par les IMG plus avancés.

La population recrutée était représentative de la population cible puisqu'elle était constituée d'IMG des 3 années de DES, avec une proportion homme/femme d'environ un tiers ce qui est actuellement le cas dans les études médicales.

L'enregistrement audio et vidéo des entretiens a permis une retranscription fidèle et complète du *verbatim* et du langage non verbal.

B. Les biais de l'étude

a. Biais de sélection

Il existe un biais de volontariat : les IMG recrutés pouvant avoir des caractéristiques différentes des IMG n'ayant pas souhaité participer à l'étude. Nous avons essayé de le limiter en ne donnant aucune information concernant l'objet de l'étude au moment du recrutement.

b. Biais liés au recueil des données

Le nombre de participants au cours de 2 FG était de 4, ce qui n'est pas suffisant pour avoir une réelle interaction. La saturation des données a été limitée par le manque de participants.

La présence d'un observateur et le fait que les animateurs étaient des enseignants du DMG ont pu gêner la prise de parole de certains IMG.

c. Biais liés à la méthode d'analyse

L'interprétation des données est subjective. Pour assurer la validité interne de l'étude, la retranscription du FG le plus productif a été codée par un 2e chercheur. Son analyse a été transmise aux participants pour vérifier la bonne interprétation des données.

2. Synthèse critique des résultats principaux

A. Les points positifs actuels

Le fait que le stage soit couplé - gynécologie et pédiatrie - est un des avantages de l'internat de médecine générale à Rennes par rapport à d'autres facultés, optimisant ainsi la formation comme d'autres études ont pu le montrer (5,22). Dans les facultés où les IMG n'y ont pas accès, ils semblent favoriser le stage de pédiatrie plutôt que celui de gynécologie (7).

B. Les difficultés actuelles

Du fait d'un manque de formation pratique au cours du 2e cycle, il semble y avoir une appréhension à la réalisation des stages de gynécologie et pédiatrie lors du 3e cycle. Ceci avait été également évoqué dans le travail de Colchen (7).

Comme l'avait souligné Angot dans sa thèse, il semble que ces stages soient plus ou moins adaptés selon les terrains proposés. La plupart d'entre eux étant réalisés en hospitalier, il apparait un manque d'accès aux consultations et donc à la gestion de l'ambulatoire (5). Cependant la qualité du stage dépend aussi de l'encadrement et donc de la personne responsable de la formation au cours de ces stages.

En gynécologie, les stages hospitaliers sont souvent inadaptés car éloignés de la pratique de médecin généraliste. Les IMG soulèvent un manque d'encadrement et un sentiment de solitude fréquent. La pratique de la gynécologie par les médecins généralistes semble être déterminée par l'intérêt qu'ils portent à ce domaine. Les IMG ont remarqué que de nombreux médecins font le DU de gynécologie pour se sentir plus à l'aise, ce qui pourrait montrer un manque de formation dans ce domaine. Ces résultats sont comparables à ceux d'autres études (7,22).

Comme certains médecins l'avaient fait remarquer dans un précédent travail, un stage de 3 mois en pédiatrie parait trop court pour l'acquisition des compétences nécessaires en médecine générale (7).

C. Les objectifs proposés par le DMG non abordés par les participants

En gynécologie, la sexualité, l'infertilité, la ménopause ou encore la consultation de l'adolescente, n'ont pas été abordés. Le suivi de grossesse et le post-partum n'étaient pas considérés comme indispensables, puisque d'autres professionnels pouvaient assurer ce suivi.

En pédiatrie, l'ensemble des objectifs a été évoqué à l'exception de l'alimentation, de l'évaluation du bien-être et le suivi de l'adolescent.

Cela peut se justifier par le fait que les IMG n'y ont peut-être pas encore été confrontés au cours de leur formation et/ou qu'ils ne leur paraissent pas nécessaires à acquérir en priorité.

D. Les attentes des IMG vis-à-vis du SAFE

Le stage couplé gynécologie-pédiatrie permet d'aborder deux domaines majeurs du quotidien d'un médecin généraliste. D'autant plus que l'étudiant n'y est pas toujours suffisamment confronté au cours du stage praticien selon la pratique des MSU, ce qui avait déjà été évoqué dans une autre étude (22).

La réalisation d'un SAFE est primordiale pour l'acquisition des compétences nécessaires dans ces domaines comme l'ont montré plusieurs études (7,9,10,12). Le principal problème étant de trouver assez de terrains adaptés pour pouvoir accueillir l'ensemble des IMG, on pourrait leur laisser le choix de réaliser ce stage en hospitalier ou en ambulatoire selon leur projet professionnel. Il est également possible de l'associer au stage praticien niveau 1 ou au SASPAS ; un travail réalisé en 2015 ayant jugé satisfaisant la mise en place d'un SAFE couplé au SASPAS (11).

Il apparait qu'un stage complet en ambulatoire de 3 mois serait suffisant pour l'acquisition des compétences en gynécologie. Nous n'avons pas retrouvé de donnée de la littérature concernant ce sujet.

L'obligation de stage est très discutée notamment pour les IMG masculins et les personnes n'étant pas intéressées par le suivi gynécologique de leur patiente. Cependant une étude réalisée en 2016 montrait que les médecins n'ayant pas eu de formation en gynécologie se sentaient en difficulté dans leur pratique et qu'il leur semblait nécessaire de réaliser ce stage (7).

Les IMG sont unanimes sur l'obligation de stage en pédiatrie et le besoin d'augmenter sa durée. Tout comme dans d'autres études, ils évoquent la nécessité d'associer des terrains de stages ambulatoires et hospitaliers (5,6,12).

3. Perspectives et ouverture

C'est un premier travail sur les attentes des IMG vis-à-vis de ces stages.

Une des questions soulevées est celle de la durée de l'internat qui pourrait passer à 4 ans selon la nouvelle réforme. Plusieurs enquêtes ont été lancées auprès des IMG pour analyser leurs réticences et les conditions qu'ils jugent nécessaires pour sa mise en place.

Un des principaux sujets discutés est l'obligation de stage pour la gynécologie, notamment pour les IMG masculins qui semblent moins intéressés et surtout moins à l'aise vis-à-vis de l'examen gynécologique. Une étude réalisée en 2017 montrait que 81 % des médecins femmes déclaraient réaliser des actes d'examens gynécologiques « régulièrement ou beaucoup » contre 21 % des hommes (23). Un autre travail a montré que le genre de l'étudiant n'influence ni sa motivation ni son acquisition de compétences en gynécologie (22).

Une étude du ressenti des IMG masculins au cours des stages de gynécologie de 2e et 3e cycle permettrait d'analyser leur réticence et leur appréhension à la pratique de la gynécologie dans leur futur exercice, d'autant plus que le genre du médecin ne semble pas gêner les patientes pour leur suivi gynécologique (24).

Conclusion

La réalisation d'un SAFE est possible depuis 2010 et permet l'acquisition de compétences propres aux domaines de la gynécologie et de la pédiatrie nécessaires à la pratique de médecin généraliste. Les objectifs proposés par le DMG de Rennes répondent aux attentes des IMG concernant ce stage. Le fait de mixer les terrains de stage ambulatoires entre eux, notamment auprès de médecins généralistes, et de garder une part d'hospitalier, et plus particulièrement aux urgences, permettrait de couvrir l'ensemble des attentes des IMG sur le plan pratique et théorique.

Bibliographie

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2011. Consulté le 31/09/2017. Disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/presentation_atlas_regionaux_2011.pdf
2. Arrêté du 22 septembre 2004, relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents. JORF du 14 oct 2004.
3. 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 du 28 août 2010.
4. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. JORF du 14 avr 2017.
5. Angot O. Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création : une enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine françaises [thèse]. Toulouse 3 : Université Paul Sabatier; 2009. 234p.
6. Hazan M. Lieux de formation des internes de médecine générale à la pédiatrie du nourrisson [thèse]. Paris 7 : Université Paris Diderot; 2013. 58p.
7. Colchen M. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie [thèse]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne; 2016. 73p.
8. Poulat G. Pratique clinique en pédiatrie des internes de médecine générale lors du stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie à la PMI, en Midi-Pyrénées [thèse]. Toulouse 3 : Université Paul Sabatier; 2015. 53p.
9. Bismuth M, Brillac T, Freyens A, Delahaye M, Latrous L, Manileve M, et al. Stage ambulatoire en soins primaires en gynécologie : une formation professionnalisante. John Libbey Eurotext. 2015;11(7):314-9.
10. Bismuth M, Delahaye M, Brillac T, Latrous L, Boyer P, Porte-Cazauz B, et al. Stage ambulatoire en soins primaires en pédiatrie : une formation professionnalisante. John Libbey Eurotext. 2015;11(5):217-221.
11. Piveteau A. Evaluation du premier semestre expérimental d'un stage ambulatoire en gynécologie et pédiatrie couplé au SASPAS, à la faculté d'Angers : étude qualitative auprès des internes et des maitres de stages universitaires, de novembre 2011 à mai 2012 [thèse]. Angers : Université d'Angers; 2012. 142p.
12. Besseau F. Appréciation du sentiment de capacité des internes de médecine générale à suivre un nourrisson de 0 à 2 ans : enquête d'auto-évaluation auprès des internes validant leur DES en 2015 à Angers [thèse]. Angers : Université d'Angers; 2015. 31p.
13. Lerouge P, Leruste S, Cunin M, Deleplanque D, Stalnikiewicz B. Objectifs de stages hospitaliers pour les internes de médecine générale. Exercer. 2013;24(106 suppl 2):S60-1.

14.Bail P, Jouquan J. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale. Pédagogie Médicale. 2003;(4):163-175.

15.Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;(84):142-5.

16.Marty L, Vorilhon P, Vaillant-Roussel H, Bernard P, Raineau C, Cambon B. Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le *Focus Group*. Exercer. 2011;(98):129-135.

17.Savoie-Zajc L. Comment construire un échantillonnage scientifiquement valide ? Recherches Qualitatives. 2007;(hors série 5):99-111.

18.Campenhoudt L-V, Marquet J, Quivy R. La place des méthodes exploratoires dans les processus de recherche. Manuel de recherche en sciences sociale. 2017; 5e édition:100-7.

19.Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Recherches Qualitatives. 2006;(29):1-18.

20.Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. Recherches Qualitatives. 2007;(hors série 3):243-271.

21. Arrêté du 8 avril 2013, relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. JORF du 23 avr 2013.

22.Jules-Clément M. La formation gynécologique au cours du DES de médecine générale [Thèse]. Paris 7 : Université Paris Diderot; 2011. 101p.

23.Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative [thèse]. Grenoble : université Grenoble Alpes; 2017. 72p.

24.Lanne, O. La gynécologie en médecine générale : le genre masculin du praticien représente-t-il un obstacle pour les patientes ? [thèse]. Rouen : Université de Rouen; 2009. 91p.

Abréviations

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DIU : Diplômes Inter-Universitaires

DMG : Département de Médecine Générale

DU : Diplômes d'Université

ECN : Épreuves Classantes Nationales

FG : *Focus Group*

IMG : Interne de Médecine Générale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MSU : Maître de Stage Universitaire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SAFE : Stage Ambulatoire Femme Enfant

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Annexes

Annexe 1 : Objectifs pédagogiques du SAFE

Les objectifs pédagogiques du stage ambulatoire femme/enfant sont triples :

- Permettre à l'interne d'appréhender les compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale dans ce champ clinique, et de développer ses propres compétences.
- Permettre à l'interne d'être exposé à des situations cliniques touchant au suivi des femmes et des enfants, spécifiques à la pratique ambulatoire.
- Permettre à l'interne d'acquérir des habiletés techniques ou des savoirs faires procéduraux spécifiques.

Compétences :

Chaque stage hospitalier ou ambulatoire, chaque enseignement contribue aux apprentissages nécessaires à l'acquisition des compétences génériques spécifiques à l'exercice de la médecine générale.

Pour rappel, selon J. Tardif, la compétence est "*Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations"*

Les compétences transverses propres à la médecine générale sont rappelées ici :

- Relation, communication, approche centrée patient
- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Education en santé, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire
- Soins de premier recours, urgences ; gestion des situations complexes au stade indifférencié ou en incertitude.
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Professionnalisme

Situations cliniques spécifiques :

Afin d'acquérir ces compétences, l'interne devra, au cours de ses différents stages avoir été mis en situation de gérer plusieurs situations cliniques spécifiques à la médecine générale.

Certaines familles de situations cliniques sont spécifiques du SAFE :

- Les situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
- Les situations autour de la sexualité et de la génitalité

Mais l'exposition à d'autres situations cliniques sollicitant des compétences transversales sont souhaitables :

- Les situations liées à des problèmes aigus, non programmés dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- Les situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
- Les situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques, médicolégaux sont au premier plan
- Les situations avec des patients difficiles, exigeants
- Les situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
- Les situations avec des patients d'une autre culture

Habiletés, savoir-faire :

Le SAFE devra permettre également à l'interne d'acquérir des habiletés et des savoir-faire procéduraux propres au suivi de la femme et de l'enfant.

Supervision :

L'existence d'une supervision, directe ou indirecte selon les cas, est un temps fondamental pour permettre à l'interne une réflexion sur ses prises en charges et une progression vers l'acquisition des compétences nécessaires.

SUIVI DE L'ENFANT :

Réalisation du suivi et des examens systématiques :

- Réaliser un examen clinique adapté à l'âge et au développement de l'enfant.
- Apprécier le développement psychomoteur et le bien-être de l'enfant.
- Apprécier la croissance staturo-pondérale.

Réalisation des dépistages auditif et visuel, du développement psychomoteur, des acquisitions cognitives :

- Comment les pratiquer.
- Quand les pratiquer.
- Reconnaitre les éléments pathologiques ou nécessitants une surveillance particulière.
- Etre capable de solliciter les éventuels interlocuteurs nécessaires.

Vaccinations :

- Etre capable de trouver les éléments d'information sur les recommandations et obligations vaccinales et les modalités de rattrapage.
- Donner des éléments d'information aux parents qui leur permettent un choix éclairé, et pouvoir accompagner ce choix.
- Réaliser le geste technique.
- Connaitre les éléments de surveillance et être capable de les expliquer.

Alimentation :

- Etre capable d'accompagner les différents modes d'alimentation choisis, en tenant compte du contexte médico-socio-culturel.
- Répondre de façon adaptée aux questions autour d'un allaitement maternel ou artificiel.
- Etre capable de conseiller les parents lors de la diversification et des différentes étapes nutritionnelles.

Bien-être :

- Etre capable de conseiller les parents sur les rythmes physiologiques et les troubles du sommeil de l'enfant.
- Etre capable de conseiller les parents et les enfants s quand à la pratique d'activités physiques, de dépister les problématiques liées au développement orthopédique, et prendre en charge les éventuels traumatismes.
- Etre capable d'apprécier le bien-être psychique de l'enfant et de ses parents.

Relation avec les parents :

- Etre capable de percevoir la possibilité d'une plainte masquée ou d'un trouble psychosomatique de l'enfant.
- Etre capable d'accueillir l'inquiétude des parents.
- Etre capable de soutenir les parents dans leurs compétences parentales.
- Intégrer la consultation dans le contexte propre à chaque enfant : son histoire familiale et personnelle, sa culture, son environnement social et familial, la relation avec les parents.

Action de prévention et d'éducation :

- Mener des actions spécifiques de prévention, concernant en particulier l'obésité, la maltraitance, la MSIN, les accidents domestiques.
- Mener des actions d'éducation en santé, concernant en particulier les pathologies respiratoires chroniques, l'alimentation, le développement psychomoteur.

Urgences ou pathologies aigües :

- Diagnostiquer les urgences médicales réelles (fièvre, perte de poids, déshydratation, pathologie respiratoire aigüe), les urgences ressenties, et les pathologies aigües courantes (infections ORL, toux, infection urinaires, pathologies digestives, éruptions cutanées).
- Proposer une prise en charge et l'expliquer aux parents, en organiser la coordination, organiser le suivi à moyen terme.

Suivi de l'adolescent :

- Pouvoir proposer un suivi somatique et psychique.
- Mener des actions dans le champ préventif et éducatif.
- Etre capable de mettre en place une relation adaptée à la spécificité de cette période.

SUIVI DE LA FEMME :

Conduite d'un examen gynécologique :

- Etre capable de proposer et de réaliser les divers gestes techniques gynécologiques en situation réelle : examen vulvaire, examen au spéculum, prélèvements, TV, examen des seins.
- Acquérir un savoir-faire permettant d'en tirer des conclusions diagnostiques également en situation particulière.
- 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, ainsi qu'aux motifs cachés de consultation.

Contraception :

- Etre capable de conseiller une méthode contraceptive selon le modèle BERCER (Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explication, Retour).
- Etre capable de proposer différentes méthodes contraceptives et développer les habiletés techniques propres à certaines d'entre elles (pose et retrait des DIU, et d'un implant).
- Intégrer une dimension d'éducation et de prévention à la démarche.

Sexualité :

- Etre capable d'appréhender la question de la sexualité dans le champ de la santé et du bien- être des patients.
- Savoir tenir compte du contexte médicosocioculturel, et avoir conscience de ses propres représentations.

La grossesse :

- Mener une consultation préconceptionnelle en identifiant au travers de la demande les situations complexes afin de mettre en place une démarche préventive, des dispositifs adaptés ou simplement accompagner le projet et favoriser l'accès à la parentalité.
- Etre capable de mener le suivi d'une grossesse physiologique.
- Etre capable de donner les conseils de prévention et éducationnels de manière adaptée en tenant compte du contexte psycho-social et culturel du couple.
- Etre capable de dépister les principales pathologies de la grossesse, ainsi que les situations complexes liées au contexte psycho-social.
- Pouvoir en organiser la coordination et la prise en charge.
- Etre capable de 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, et être capable d'orienter les patientes vers ces professionnels en conséquence.

Le post-partum :

- Mener la visite post-natale. Etre capable d'appréhender les enjeux du postpartum dans tout motif de consultation durant cette période.
- Etre capable de reconnaître et prendre en charge les pathologies du post-partum. Etre capable de dépister, et accompagner une dépression du post-partum.
- Accompagner les parents autour des enjeux liés à la parentalité.
- Accompagner un allaitement maternel ou artificiel.
- Etre capable de conseiller prescrire à bon escient la rééducation abdomino-périnéale.
- Etre capable d'adapter la prescription d'une contraception au contexte post-partum.

L'infertilité :

- Etre capable de repérer à quel moment parler d'infertilité avec le couple et d'entendre leur désir de grossesse.
- Etre capable de prescrire et d'expliquer les examens du bilan, dans le contexte des soins primaires. Etre capable de coordonner et organiser une prise en charge en PMA.

La ménopause :

- Etre capable d'accompagner les signes de pré-ménopause et ménopause.
- Etre capable d'adapter le suivi gynécologique au contexte spécifique de l'âge de la femme, des facteurs de risques et des pathologies prévalentes.
- Mettre en place des mesures préventives concernant l'ostéoporose et les pathologies mammaires.
- Aborder les notions de sexualité dans ce contexte.

La consultation de l'adolescente :

- Etre capable d'aborder ou déceler les besoins spécifiques.
- Etre capable de délivrer les messages adaptés dans le domaine de la contraception, en intégrant une dimension d'éducation et de prévention.
- Intégrer la dimension de la sexualité dans le cadre de la consultation.
- Etre capable de parler des I.S.T. et de leur prévention.
- Appréhender le développement pubertaire, les troubles du cycle.
- Etre capable de délivrer des informations adaptées à la vaccination HPV, de façon à leur permettre de prendre une décision éclairée.
- Pouvoir prendre en compte le contexte familial, psycho-social, et culturel.
- Mettre en place des modalités relationnelles adaptées au contexte de l'adolescence.

La consultation pour IVG :

- Etre capable d'accueillir la femme/ le couple et entendre la demande d'IVG, de façon bienveillante, sans culpabilisation ou moralisation.
- Entendre l'ambivalence et aider la femme ou le couple à éclaircir les éléments de son choix.

- Connaître le cadre légal de l'IVG, savoir rédiger le 1° certificat et prescrire les examens nécessaires. Savoir l'expliquer de manière adaptée.
- Connaître les diverses techniques, leurs limites et avantages respectifs pour donner les éléments d'information et de choix éclairé.
- Connaître les structures et les praticiens en mesure d'effectuer une IVG (en hospitalisation ou ambulatoire). Savoir guider selon les circonstances.
- Prendre en charge et guider une femme en terme dépassé.Pouvoir prendre en compte la dimension d'éducation et de prévention dans la consultation.

Situations de demande programmée ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable :

- Etre capable de prendre en charge une plainte autour d'une infection vulvo-vaginale, ou d'une leucorrhée.
- Connaître les risques d'exposition et de contagion liés aux MST et aux pratiques sexuelles. Savoir proposer des actions de dépistage et de prévention pour la femme, son ou ses partenaires.
- Etre capable de prendre en charge les troubles du cycle, les ménorragies ou métrorragies, les douleurs pelviennes et les dysménorrhées.
- Aborder avec tact les dimensions psycho-sociales et environnementales.
- Etre capable d'entendre et d'accompagner les difficultés liées à la sexualité.

Situations de violence :

- Permettre d'évoquer des traumatismes ou violences anciens ou actuels, dans le respect de la personne.
- Etre capable de prendre en charge une violence avérée (dimensions psychologique, comportementale, cadre clinique et aspect juridiques).
- Etre capable d'aider et de guider la femme, l'aider et l'assister dans sa démarche.

Pathologies cancéreuses mammaires et génitales :

- Délivrer des informations permettant un choix libre et éclairé concernant le dépistage et le suivi de ces pathologies.
- Mettre en place des actions de dépistage en fonction des niveaux de risque de la femme.
- Etre capable de proposer et de réaliser un examen clinique mammaire et génital.
- Etre capable de proposer et réaliser un frottis cervico-vaginal. L'interpréter, l'expliquer et en tirer les conséquences en termes de suivi et de prise en charge.
- Etre capable d'organiser la prise en charge et le suivi d'une lésion utérine ou mammaire. Pouvoir en accompagner le retentissement médical, psychique et social.

Annexe 2 : Guide d'entretien semi directif

Bonjour à tous,

Nous sommes donc réunis aujourd'hui pour parler de votre cursus, et plus précisément de vos attentes vis-à-vis des stages inclus dans la maquette de l'internat de médecine générale.
L'objectif de cette thèse est de recueillir vos impressions, votre ressenti par rapport à ces stages pour mieux répondre aux besoins des internes lors de leur formation.
La séance va s'organiser autour d'une série de questions ouvertes pour lesquelles chacun pourra donner son avis et vous pourrez donc débattre selon votre point de vue, selon votre propre expérience.
Je vais animer la séance en vous posant les questions au fur et à mesure, France restera en retrait pour observer l'ensemble de la séance et prendre des notes.
L'ensemble des échanges va être enregistré. Les propos seront anonymisés lors de la retranscription.
Avant de commencer, je vous laisse compléter la feuille de participation à l'étude.

Question 1 :
Pour commencer, nous allons faire un tour de table où chacun va pouvoir se présenter :
- la faculté où vous avez fait votre externat.
- le stage dans lequel vous êtes actuellement (+/- les stages réalisés auparavant pour les 2e - 3e année).
- un éventuel projet professionnel : formation complémentaire, installation, domaine de prédilection dans votre pratique.

Question 2 :
Que pensez vous de l'organisation des stages de gynécologie et de pédiatrie ?
- l'obligation de réaliser ces stages dans la maquette de l'internat de médecine générale.
- le fait d'avoir couplé les deux stages sur 6 mois.
- le passage à un an de stage en pôle mère-enfant soit un semestre dans chaque stage qui est prévu dans la réforme.

Question 3:
Que signifie pour vous le terme de « compétence » et quelles sont celles qu'il vous semble importantes d'acquérir au cours des stages de gynécologie et pédiatrie pour votre future pratique ?

Question 4 :
Que pensez vous des stages hospitaliers qui vous sont principalement proposés lors des choix pour l'acquisition de ces compétences dans ces deux domaines ?

Question 5:
Avec la mise en place de la réforme du 3e cycle, une augmentation du nombre de stage à réaliser en ambulatoire est prévue. Pouvez vous me donner des exemples de stages ambulatoires pour la

gynécologie et la pédiatrie et me dire ce que vous pensez de leur mise en place pour l'acquisition des compétences que vous avez précédemment citées ?

Question 6 :

Qu'attendez vous spécifiquement des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie pour votre formation de futur médecin généraliste ?

Nous avons donc fini la séance, avez vous des choses à ajouter sur des éléments que nous n'aurions pas abordé.

Merci pour votre participation, l'entretien va être retranscrit directement dans les prochains jours pour ensuite l'analyser et en faire émerger les principales hypothèses.

Merci encore et à bientôt.

U.F.R. DE **MEDECINE** DE RENNES

N°

DAILLENCOURT France. Quelles sont les attentes des internes du DES de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie?

38 feuilles, 1 tableau, 30 cm. Thèse : (Médecine) ; Rennes 1 ; 2018 ; N° .

Résumé français :

Contexte : Suite à la récente réforme du 3e cycle, les enseignants de médecine générale oeuvrent pour proposer davantage de terrains de stage non-hospitaliers aux étudiants. Ils ont réfléchi aux objectifs du stage de gynécologie-pédiatrie en ambulatoire et il était nécessaire de confronter leurs résultats aux attentes des internes.

Objectif : Explorer les attentes des internes de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie-pédiatrie.

Méthode : Étude qualitative par *Focus Group* réalisée auprès de 16 internes et remplaçants non thésés issus de la faculté de Rennes. Analyse thématique manuelle de la retranscription du *verbatim* et du langage non-verbal.

Résultats : Les étudiants estiment que leur formation principalement hospitalière est inadaptée à leur future pratique ambulatoire. Seuls les stages hospitaliers aux urgences, gynécologiques et pédiatriques, leur semblent pertinents. Le caractère obligatoire et la possible augmentation de la durée du stage sont fréquemment remis en cause pour la gynécologie, contrairement au stage de pédiatrie. Il leur paraît nécessaire de coupler des terrains de stage ambulatoires et hospitaliers pour l'acquisition des compétences propres à la médecine générale dans ces deux domaines. Les terrains de stage ambulatoires devront être nombreux et variés afin de permettre à tous les étudiants de bénéficier d'un apprentissage en situation de soins primaires. Les objectifs attendus par les internes vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie-pédiatrie rejoignent ceux proposés par les enseignants.

Conclusion : Il s'agit d'un travail original sur ce sujet. Celui-ci a notamment mis en évidence que les internes masculins n'étaient pas tous favorables à une obligation de stage pour la gynécologie. Une étude de leur ressenti au cours des stages de gynécologie des 2e et 3e cycles permettrait d'analyser leur réticence et leur appréhension à la pratique de la gynécologie.

Rubrique de classement : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-clés : médecine générale ; stage de formation clinique - gynécologie et pédiatrie ; stages ambulatoires ; compétences.

Mots-clés anglais MeSH : general practitioner - education ; clinical clerkship ; gynecology - education ; pediatry - education ; ambulatory care ; professional competence.

	Président :	Monsieur Patrick PLADYS
JURY :	Assesseurs :	Madame Agnès BANÂTRE [directrice de thèse]
		Monsieur Vincent LAVOUÉ
		Madame Sidonie CHHOR-QUENIART
		Madame Cloé GUICHETEAU