

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2020

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Adèle LE JEANNE

Présentée et soutenue publiquement le 25 novembre 2020

**ANALYSE DESCRIPTIVE DES MOTIFS DE CONSULTATIONS REALISEES
PAR L'INTERNE DE MEDECINE GENERALE, LORS DU STAGE
AMBULATOIRE EXPERIMENTAL EN SANTE DE LA FEMME ET DE
L'ENFANT, DANS UN CABINET DE VENDEE**

Président : Monsieur le Professeur Stéphane PLOTEAU

Directeur de thèse : Docteur Anne Le MOING PELON

SERMENT MEDICAL

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Stéphane Ploteau, merci de me faire l'honneur de présider ce jury,

Au Docteur Anne Le Moing Pelon, merci d'avoir accepté de diriger ce travail et merci pour ton soutien tout au long de la rédaction,

Aux membres du jury, au Professeur Elise Launay et au Professeur Maud Jourdain, merci d'avoir accepté de juger de mon travail,

A ma famille,

A mes parents, merci pour votre soutien sans faille, et merci de m'avoir permis d'être ce que je suis aujourd'hui

A mes sœurs Lucie et Margot, merci pour notre complicité, j'ai de la chance de vous avoir,

A Camille et Noé les plus mignons des neveux,

A Odile et Gabrielle, mes mamies en or,

A Paul et Yves, qui auraient été fiers de moi,

A mes amies de toujours,

A Ella, ma complice depuis les couches-culottes,

A Oriane pour toutes nos folles aventures,

Aux Brestois,

A Pauline et Juliette, toujours au rendez-vous,

A Mathilde, la coloc aux bons petits plats et à la bonne humeur,

Aux Bons Copains, qui ont fait de cet externat une fête,

Aux Nantais,

A Laura ma colocataire et bien plus encore, A Lucie pour sa bonne humeur à toute épreuve,

Aux co-internes Sablais, Nazériens, Nantais, Yonnais, merci pour ces moments partagés,

A Astrid, merci pour le recueil minutieux des données.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	8
CONTEXTE.....	9
1. Contexte démographique : La démographie médicale actuelle et ses perspectives d'évolution	9
2. La place du médecin généraliste dans la prise en charge de la santé de la femme et de l'enfant.....	11
3. Contexte historique : la pédagogie en médecine générale.....	13
4. Evolution de l'internat de médecine générale en accord avec les souhaits des internes.....	15
5. Le stage ambulatoire de la femme et de l'enfant.....	17
6. Les stages ambulatoires, un intérêt pour la formation.....	18
MATERIEL ET METHODES.....	22
RESULTATS.....	25
1. Généralités.....	25
2. Pédiatrie.....	25
2.1. Description de la population.....	25
2.2. Répartition par motif de recours aux soins.....	26
3. Gynécologie.....	30
3.1 Description de la population.....	30
3.2. Répartition par motif de recours aux soins.....	31
DISCUSSION.....	33
1. Résultats principaux.....	33
2. Modalités pratiques et retour d'expérience.....	33
3. Analyse des résultats.....	34
3.1. Le nombre de consultations.....	34
3.2. En pédiatrie, variabilité des motifs les plus fréquents, et des tranches d'âge toutes représentées :.....	35
3.3. En pédiatrie, des motifs moins souvent abordés voire absents.....	38

3.4. Les motifs de consultation principaux en gynécologie.....	40
3.5. En gynécologie certains motifs moins fréquents.....	42
4. Les biais, limites et forces de l'étude.....	43
4.1. Les biais.....	43
4.2. Les limites.....	44
4.3. Les forces.....	44
5. Perspectives.....	45
CONCLUSION.....	47
LISTE DES FIGURES.....	49
LISTE DES TABLEAUX.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	51
ANNEXES.....	56

LISTE DES ABREVIATIONS

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CMP : Centro Médico-Psychologique

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DMG : Département de Médecine Générale

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

ECG : Électrocardiogramme

ECN : Epreuves Classantes Nationales

HAS : Haute Autorité de Santé

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MC44 : Maladies Chroniques 44

MSU : Maître(s) de Stage Universitaire(s)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

SAFE : Stage Ambulatoire Femme-Enfant

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

THM : Traitement Hormonal de la Ménopause

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

Le médecin généraliste est un acteur majeur de santé publique. Selon la définition de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians,) il est le premier contact du patient avec le système de soin, et doit prendre en compte tous les problèmes de santé indépendamment de l'âge ou du sexe de la personne concernée (1).

Il est nécessaire pour le médecin généraliste d'être formé à la prise en charge de tous types de population, de la pédiatrie à la personne âgée. Il est donc essentiel d'avoir reçu à la fin du cursus médical une formation à la fois théorique et pratique complète.

La formation des internes de médecine générale durant leur internat est en constante évolution, et de plus en plus axée sur l'ambulatoire. Depuis 2017 deux stages ambulatoires de six mois chez le médecin généraliste sont obligatoires. Il est également possible depuis 2010 de réaliser le stage en santé de la femme et de l'enfant en ambulatoire.

L'université de Nantes et le département de médecine générale ont mis en place depuis mai 2019 un Stage Ambulatoire Femme-Enfant (SAFE) chez trois médecins généralistes volontaires. Il a été proposé à titre expérimental à un/une étudiant/e de DES 3 (Diplôme d'Etudes Spécialisées) ayant déjà validé son stage femme-enfant en hospitalier et ayant déjà fait son stage chez le praticien de niveau 1.

Nous nous intéresserons dans ce travail de thèse aux consultations réalisées par l'interne lors du stage d'internat, en santé de la femme et de l'enfant. L'objectif de notre travail a été d'analyser le contenu de ce stage et les motifs de consultation. L'hypothèse initiale est que le stage ambulatoire, permet à l'interne d'être confronté aux situations de gynécologie et de pédiatrie les plus fréquemment rencontrées en médecine générale.

Secondairement nous chercherons à analyser les points forts et les éventuelles faiblesses du stage, afin de discuter des pistes d'amélioration.

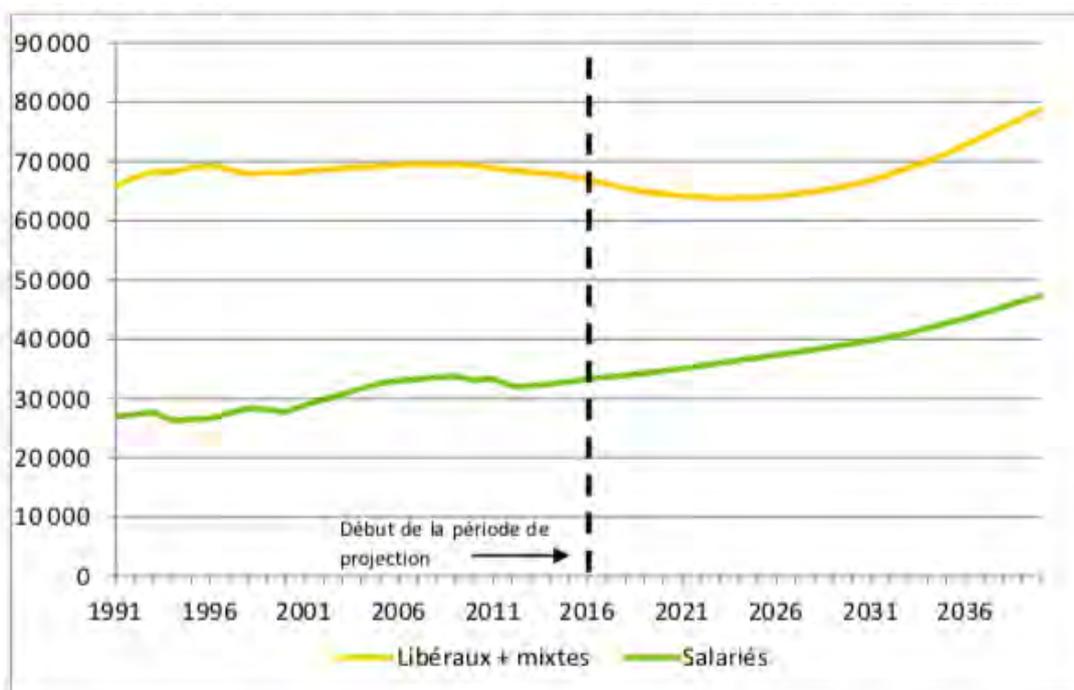
CONTEXTE

1. Contexte démographique : La démographie médicale actuelle et ses perspectives d'évolution

Il existe à ce jour de fortes disparités de répartition des médecins sur le territoire français. Les études actuelles font craindre une aggravation de ces inégalités dans les prochaines années. Plusieurs facteurs vont intervenir directement sur cette évolution : le vieillissement de la population, la baisse du nombre de médecins généralistes, la moindre attractivité des zones rurales et l'attrait pour le salariat de la jeune génération (2).

Depuis 2010, pour la première fois, le nombre de médecins généralistes diminue. Cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025, où le nombre de médecins généralistes libéraux estimé par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) sera inférieur de 8 % à celui de 2009 (Figure 1)(2) .

Figure 1: Evolution des effectifs de médecins généralistes par mode d'exercice -
Source : DREES - Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?



Champ > France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte.

Sources > Adell, RPPS, Projections DREES 2015.

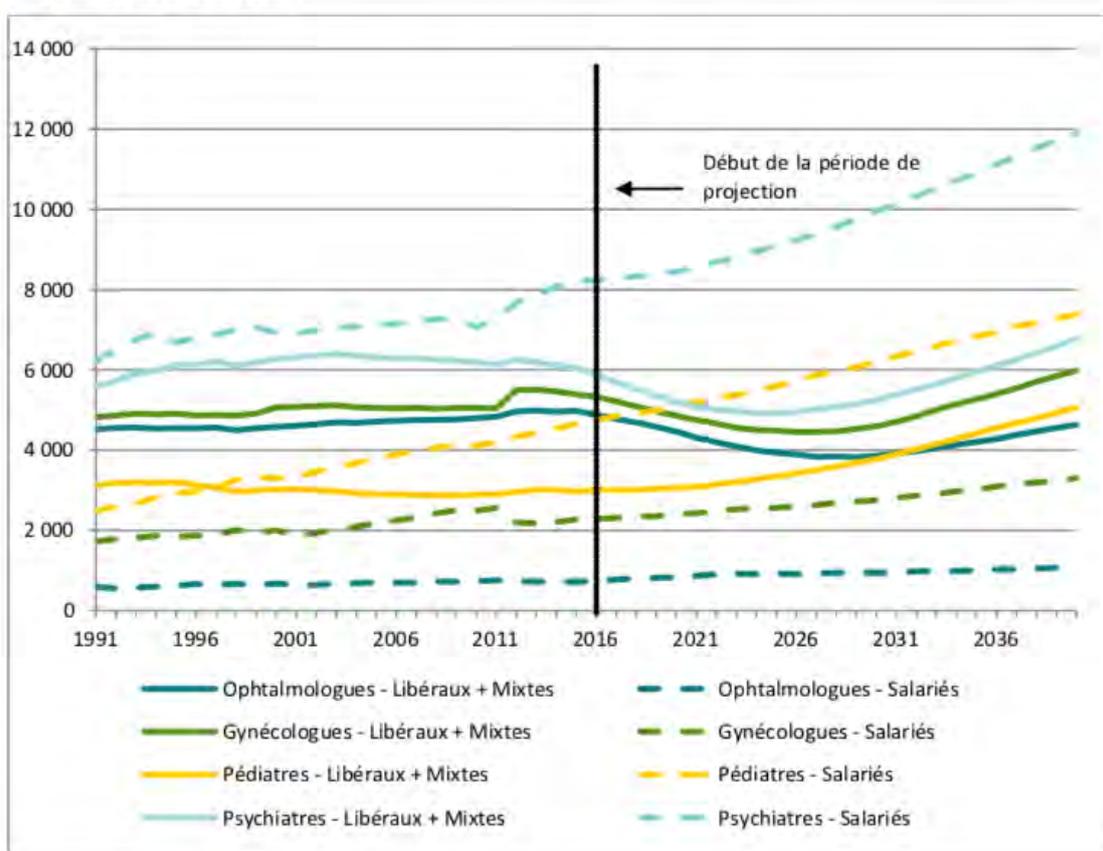
Cette diminution n'est pas propre à la médecine générale et concerne également les autres spécialités médicales et chirurgicales. Nous nous intéresserons plus particulièrement dans ce travail à la gynécologie et à la pédiatrie.

Le nombre de gynécologues libéraux diminue depuis 2010 avec une baisse qui devrait se poursuivre jusqu'en 2025 (Figure 2). La DREES estime qu'en 2025 leur nombre serait inférieur d'environ 20 % à celui de 2010.

Cette forte baisse peut s'expliquer en partie par la fermeture de l'accès à la spécialité de gynécologie médicale entre 1987 et 2003, qui a fait baisser le nombre de gynécologues libéraux (3). En 10 ans le nombre de gynécologues exerçant en libéral a baissé de 42%.

L'accès à un gynécologue est très inégal en fonction des territoires, et les délais de consultation souvent longs.

Figure 2: Evolution des effectifs de médecins spécialistes en accès direct. Source : DREES - Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?



Champ > France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte.

Sources > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015.

Concernant les pédiatres libéraux, leur nombre est déjà au plus bas depuis 2016. Cependant il devrait croître progressivement (Figure 2)(2).

Bien que le nombre total de pédiatres en France augmente, la spécialité est faiblement représentée en libéral, où leur nombre est stagnant. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (4), en 2016 sur 7204 pédiatres en France, seulement 2400 exercent en libéral. D'autre part, bien qu'il soit en baisse depuis 4 ans, la France a le taux de natalité le plus fort d'Europe avec en moyenne 1,87 enfants par femme en 2018 (5)(6). Cette forte natalité et le faible taux de pédiatres exerçant en libéral participent à expliquer que la France compte un des taux de pédiatres libéraux les plus faibles d'Europe avec 1 pédiatre pour 6000 enfants.

En dehors de la diminution des effectifs de médecins, lorsque l'on s'intéresse à leur répartition sur le territoire, il existe de très fortes disparités : les 10 % des communes les mieux dotées en gynécologues ont une accessibilité 8 fois supérieure à celles moins bien dotées, et ce chiffre atteint 14 pour les pédiatres. Les généralistes, même s'il existe des disparités, sont mieux répartis puisque les 10 % des communes les mieux dotées ont une accessibilité 3 fois supérieure à celles moins bien dotées. (2).

On assiste donc actuellement à une diminution du nombre de médecins généralistes sur le territoire, ainsi qu'à une diminution encore plus importante des pédiatres et gynécologues libéraux.

2. La place du médecin généraliste dans la prise en charge de la santé de la femme et de l'enfant

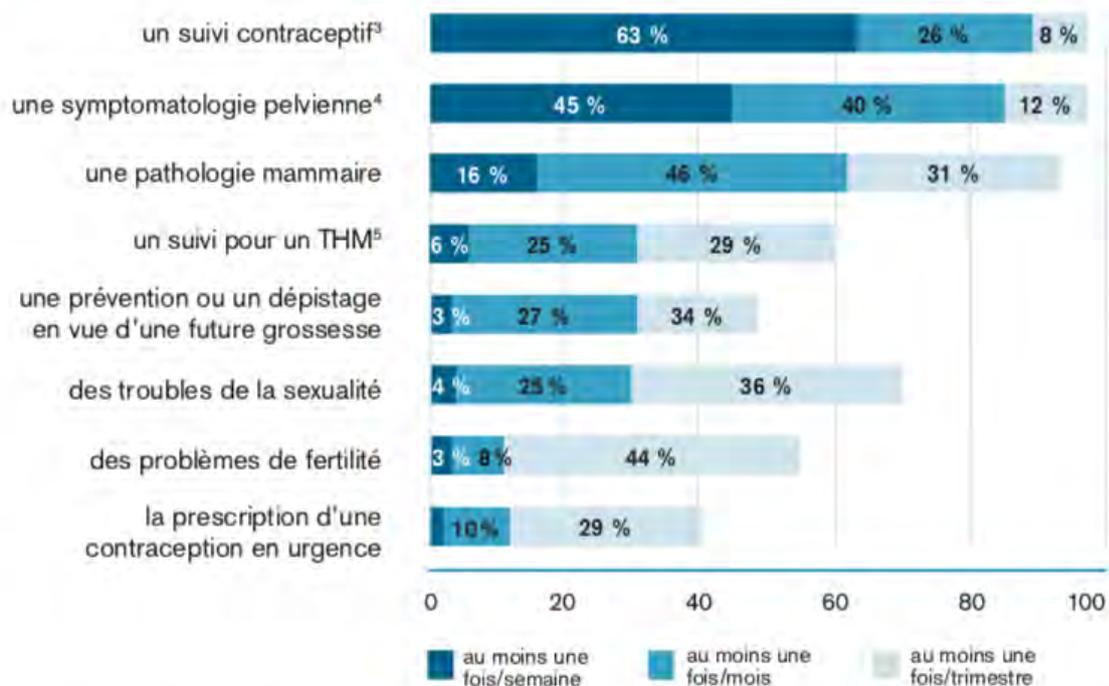
La gynécologie fait partie de la pratique courante des médecins généralistes. En pays de Loire chaque médecin généraliste prend en charge en moyenne 460 femmes âgées de 15 à 75 ans (7). D'après le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français), les femmes consultent en moyenne leur médecin généraliste 3,6 fois par an pour un motif gynécologique (8).

Une étude réalisée auprès de médecins généralistes en Bretagne montre que l'activité réalisée par le médecin généraliste se concentre autour de la contraception (64%) et du traitement hormonal de la ménopause (18%), motifs jugés simples par les médecins (9).

Figure 3: Proportion de médecins généralistes ayant vu au cours de l'année écoulée une patiente pour un motif gynécologique, en Pays de Loire (7)

Consultations pour motif gynécologique¹

Proportion de médecins généralistes ayant vu, au cours de l'année écoulée, une patiente pour...²



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (décembre 2014 - avril 2015). ORS et URML Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

Une autre étude réalisée en Pays de la Loire analysant la pratique des médecins généralistes dans le champ de la gynécologie souligne la fréquence des consultations (7) : 73% des médecins déclaraient voir au moins une fois par semaine une patiente pour un suivi gynécologique, 63 % pour un suivi contraceptif, et 45% pour une symptomatologie pelvienne (Figure 3). Les autres motifs étaient moins fréquemment rencontrés : pathologie mammaire, Traitement Hormonal de la Ménopause (THM), prévention en vue d'une grossesse, troubles de la sexualité, problème de fertilité, contraception d'urgence.

Les pratiques différaient selon les médecins et étaient corrélés à l'accessibilité de gynécologues libéraux à proximité. Les médecins plus « isolés » réalisaient plus de suivi gynécologique.

Il ressort néanmoins un sentiment de difficulté face à ces consultations fréquentes, puisque dans l'étude réalisée en Bretagne, 43 % des médecins généralistes déclarent ne pas se sentir performants en gynécologie (9). Au niveau national 32 % se déclarent insuffisamment formés pour réaliser des suivis gynécologiques (7).

Si l'on s'intéresse aux soins primaires en santé de l'enfant, le médecin généraliste est très souvent un premier recours. Selon une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en 2002, 79% des enfants de moins de 16 ans n'étaient suivis que par un médecin généraliste, 16% étaient suivis conjointement par un médecin généraliste et un pédiatre et seulement 5% étaient suivis uniquement par un pédiatre (7). D'après la DREES, les consultations de pédiatrie occupent une place importante des missions du médecin généraliste puisqu'elles représentent 13% de l'ensemble des consultations (10).

Le médecin généraliste est donc un acteur indispensable dans la prise en charge de la santé de l'enfant. Les consultations réalisées par les médecins généralistes auprès des enfants sont regroupées autour d'un nombre restreint de diagnostics. Il s'agit principalement de pathologies bénignes des voies respiratoires et des consultations de prévention (10).

Ces données soulignent que la prise en charge de la santé de la femme et de l'enfant fait partie des missions quotidiennes du médecin généraliste. Bien qu'ils soient spécifiquement qualifiés, le faible taux de gynécologues et pédiatres exerçant en libéral et leur inégale répartition sur le territoire, ne leur permettent pas de se placer en premier recours pour toutes les femmes et les enfants.

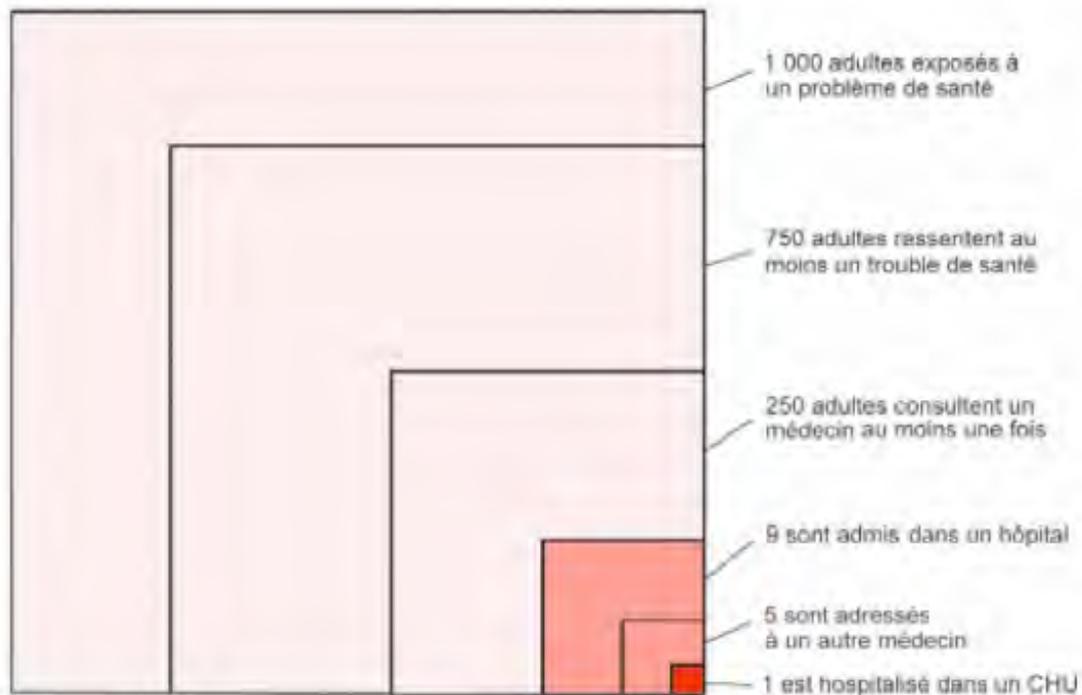
Néanmoins les consultations réalisées en médecine générale, à la fois en pédiatrie et en gynécologie, concernent le plus souvent des motifs simples.

Dans ce contexte, il est important de faire acquérir aux futurs médecins généralistes lors de leur formation des compétences en santé de l'enfant et de la femme suffisantes, notamment dans les motifs fréquemment rencontrés en soins primaires. Ces compétences doivent leur permettre de prendre en charge les spécificités de ces populations dans leur ensemble.

3. Contexte historique : la pédagogie en médecine générale

Historiquement, la formation médicale était dispensée uniquement là où se trouvaient les enseignants, c'est à dire dans les établissements hospitalo-universitaires des grandes villes. En 1961, le travail réalisé par White met en évidence que la formation hospitalière exclusive des étudiants en médecine porte sur un nombre restreint de problèmes de santé d'une population (11) (Figure 4). Ce travail soutient la nécessité de former les étudiants à l'ensemble des problèmes de santé d'une population. Pour cela, l'apprentissage contextualisé en ambulatoire permettra aux futurs médecins d'être confrontés lors de leurs études à la même population que dans leur futur exercice.

Figure 4: Carré de White - Source : Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine.



La médecine générale avant 2002 :

La médecine générale en tant que spécialité médicale est relativement récente. Jusqu'en 1984, les médecins recevaient une formation théorique de 6 ans, et suivaient une année de stage dans un service hospitalier agréé. A l'issue de cette formation ils choisissaient ou non de passer le concours de l'internat qui ouvrait le droit à une formation de spécialité de 2 à 4 ans. Ceux qui n'étaient pas reçus ou qui choisissaient de ne pas passer le concours exerçaient la médecine générale.

La loi de décembre 1982, mise en application en 1984, modifie la formation des généralistes en créant le statut de résident (12). Ce statut est équivalent à celui des internes, et permet une formation complémentaire de 2 ans, soit 4 semestres. Cette loi prévoit également la création de Départements de Médecine Générale (DMG) dans les facultés.

Pour assurer la formation des médecins généralistes, le Collège National des Généralistes Enseignants a été créé en 1983. Il faudra attendre 1991 pour nommer les premiers enseignants universitaires de Médecine Générale.

Le stage ambulatoire de 6 mois de médecine générale (ou stage chez le praticien niveau 1) est obligatoire seulement depuis 1997.

A partir de 2002, la médecine générale comme spécialité médicale :

La loi du 17 Janvier 2002 réforme le 3ème cycle des études médicales et la médecine générale devient une spécialité médicale.

Avec la suppression du concours de l'internat en 2004 et la création des Epreuves Classantes Nationales (ECN), le DES de médecine générale est créé affirmant la place de la médecine générale comme spécialité à part entière. Depuis novembre 2004 les étudiants passent tous les ECN et peuvent s'inscrire en DES de médecine générale qui comprend alors au moins un semestre auprès d'un médecin généraliste agréé maître de stage, et un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) facultatif. (13).

La médecine générale en tant que discipline universitaire a connu ses premiers enseignants il y a une trentaine d'années, et il faudra attendre 2005 pour que toutes les facultés de médecine de France aient un département de médecine générale. Les missions des DMG sont notamment de déterminer les objectifs pédagogiques des stages ambulatoires et hospitaliers, et de définir les enseignements théoriques dispensés dans chaque faculté.

La pédagogie en médecine générale est récente et en développement constant. Il est important de promouvoir la recherche en médecine générale pour faire évoluer la formation des internes.

4. Evolution de l'internat de médecine générale, en accord avec les souhaits des internes

La formation dispensée au cours de l'internat évolue au fil du temps, en accord avec les besoins et souhaits des internes. Elle est de plus en plus axée sur l'ambulatoire avec le stage chez le praticien niveau 1 obligatoire depuis 1997, et le SASPAS mis en place dès 2003 et obligatoire depuis la réforme du 3è cycle de 2017 (14).

Depuis 2010 un arrêté autorise également la réalisation du stage de la santé de la femme et de l'enfant en ambulatoire (15)(14).

Pour la plupart, les internes de médecine générale sont favorables au développement des stages

ambulatoires. Selon une enquête réalisée en 2013 au niveau national par l'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale), 45 % des internes souhaitaient faire 3 stages ambulatoires pendant leur internat, 29 % souhaitaient en faire 2, et 17 % auraient voulu en réaliser 4 (16). Une autre enquête parue en 2017 soulignait que 68 % des internes souhaitaient augmenter la formation ambulatoire, en y incluant le pôle femme-enfant. A noter qu'ils ne souhaitaient pas augmenter la durée du DES mais diminuer la formation hospitalière (17).

Dans un travail de thèse réalisé en 2009 auprès d'internes de 24 facultés, la plupart souhaitaient que leur formation leur permette d'accéder à la fois à un stage de pédiatrie et de gynécologie (18). Il souhaitaient également une formation plus ambulatoire. A l'issue de leur formation de DES les internes avaient une sensation d'avoir des lacunes à la fois en pédiatrie et en gynécologie.

Dans une autre thèse réalisée auprès d'internes angevins en 2010, 50 % des étudiants en stage de praticien niveau 1 estimaient que l'activité des médecins généralistes en gynécologie était trop faible pour assurer une formation correcte (19). Cette thèse a montré que les stages ambulatoires niveau 1 et SASPAS permettaient aux internes d'être confrontés pour la plupart à l'examen clinique gynécologique, la sénologie, la réalisation de frottis ; mais les internes étaient peu confrontés à la prise en charge de la femme ménopausée, aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST), à la demande de contraception et notamment la pose de Dispositif Intra-Utérin (DIU), à la prise en charge de la grossesse non compliquée.

Concernant la perception des internes sur leur propre capacité à prendre en charge les enfants, un autre travail de thèse a mis en avant que les étudiants ayant réalisé des stages ambulatoires SASPAS ou SAFE étaient plus à l'aise dans les domaines de prévention et dépistage des consultations du nourrisson, ainsi que dans l'accompagnement des parents (20).

Lorsqu'ils commencent les remplacements, les principales difficultés rencontrées par les jeunes médecins sont principalement d'ordre administratif (21). Les difficultés d'ordre médical sont au second plan, et lorsqu'elles sont citées la pédiatrie et la gynécologie sont les disciplines dans lesquelles ils se sentent le moins à l'aise.

Toutes ces études vont dans le sens d'un internat toujours plus axé sur l'ambulatoire, en adéquation avec leur pratique ultérieure.

5. Le stage ambulatoire de la femme et de l'enfant

La réforme du 3^e cycle des études médicales est entrée en application depuis la rentrée de novembre 2017. Elle concerne toutes les spécialités dont la médecine générale. La maquette devra s'effectuer à présent en deux phases : la phase socle de deux semestres et la phase d'approfondissement de quatre semestres (22).

La phase d'approfondissement comprendra obligatoirement un stage de santé de l'enfant et un stage de santé de la femme de six mois chacun.

Cette nouvelle maquette représente pour les universités une difficulté de mise en application. En effet, jusqu'à présent, les internes effectuent un seul stage, soit couplé, soit de gynécologie ou de pédiatrie. Il faudra dorénavant deux fois plus de terrains de stage pour les accueillir. Un arrêté d'avril 2017 propose une maquette intermédiaire transitoire avec un stage couplé santé de la femme et de l'enfant.

A terme l'objectif est de trouver deux fois plus de terrains de stage en santé de la femme et de l'enfant afin que chaque interne puisse se former dans ces deux domaines.

Depuis 2010, un arrêté autorise la réalisation du stage de la santé de la femme et de l'enfant en ambulatoire (15). Jusqu'ici les terrains de stage proposés étaient exclusivement hospitaliers (urgences gynécologiques, urgences pédiatriques, service d'hospitalisation de pédiatrie, suites de couches, etc). Plusieurs universités ont déjà expérimenté des SAFE, se déroulant chez des médecins généralistes. L'organisation de ces stages diffère selon les universités.

A Angers depuis 2012 le SAFE est accessible aux internes ayant déjà réalisé leur stage chez le praticien niveau 1. Il est composé de 3 journées par semaine chez des médecins généralistes dont l'activité en pédiatrie et/ou gynécologie est forte, d'une demi journée de cours par semaine, et de participation à des groupes d'échanges de pratique.

L'université de Poitiers propose également aux maîtres de stage universitaires réalisant au moins quotidiennement des actes de santé de la femme et de l'enfant d'accueillir des internes en stage femme-enfant ambulatoire. Au terme de ce stage l'interne doit avoir atteint des objectifs pédagogiques définis. Il est demandé aux internes de réaliser un relevé d'activité au quotidien, un Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA) et de participer à une veille bibliographique (23).

A Toulouse, les stages ambulatoires ont vu le jour en 2009, et actuellement plus d'une

cinquantaine de terrains sont ouverts. Ils sont tous couplés : une partie chez un médecin généraliste à forte activité pédiatrique et/ou gynécologique et une autre dans d'autres structures. La partie pédiatrie peut s'effectuer en Protection Maternelle et Infantile (PMI), Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP), Centre Médico-Psychologique (CMP) ou chez un pédiatre libéral et la partie gynécologique chez une sage femme libérale, en centre de planification ou chez des gynécologues libéraux ou hospitaliers (24) (29).

A Bordeaux les internes sont accueillis 8 demi-journées par semaine chez des Maîtres de Stage Universitaires (MSU) dont le relevé individuel d'activité professionnelle atteste d'un pourcentage de consultations des patients de moins de 16 ans supérieur à 25 %. La partie gynécologie quant à elle, est assurée soit par un des MSU qui doit être un médecin généraliste avec une activité orientée en santé de la femme ou réaliser des consultations en centre de planification, soit par une sage femme ou un gynécologue de ville.

Au total en France 21 DMG sur 35 proposent un stage en ambulatoire pour le pôle femme-enfant. Le nombre total de ces stages est rapidement croissant. Pour l'année 2015-2016 il était de 436 soit une couverture de 11,2 % par rapport au nombre d'étudiants ; pour l'année 2017-2018 il atteint 658 soit une couverture de 21 % (26).

6. Les stages ambulatoires, un intérêt pour la formation

L'intérêt des stages ambulatoires pour la formation du médecin généraliste a été largement démontré. Un article paru en 2015 a montré une diminution du stress et une augmentation de l'assurance chez les internes de dernier semestre réalisant un SASPAS en comparaison à ceux réalisant un autre stage (27). En fin de stage les internes en SASPAS se sentaient plus à l'aise dans 10 des 15 compétences de médecine générale testées tandis que les internes non SASPAS ont rapporté une diminution significative de 6 compétences.

En 2012 une étude a mis en avant l'impact du SASPAS sur l'autonomie du jeune médecin, permettant à 95,6% des répondants d'éprouver moins de difficultés lors de leurs débuts professionnels. Le SASPAS semblait orienter les jeunes médecins vers une activité libérale (28).

Le SAFE, plus récent, a été moins étudié mais plusieurs études ont montré son intérêt.

A Toulouse en 2012, deux thèses ont étudié les motifs des consultations réalisées par les internes lors de ce stage. Sur le plan pédiatrique le stage était très formateur pour la prise en charge des

pathologies aiguës et les consultations de dépistage et prévention. L'interne était moins confronté aux pathologies chroniques, et aux urgences pédiatriques. Il était peu confronté aux problématiques de l'adolescent et aux difficultés de l'allaitement (29).

L'évaluation des connaissances en pédiatrie avait montré une très bonne acquisition en terme de savoir, savoir faire et savoir être. Les stage annexes proposés en PMI et médecine scolaire permettaient un complément d'apprentissage.

Il a également été démontré une diminution du souhait de réaliser des formations complémentaires pour les internes ayant réalisé le SAFE, laissant supposer une meilleure satisfaction de leur formation initiale (29).

Les attentes des étudiants vis à vis du SAFE ont été recherchées dans un travail réalisé auprès d'internes de Rennes. Les étudiants estimaient que leur formation principalement hospitalière était inadaptée à leur future pratique ambulatoire. Ils soulignaient l'intérêt des stages hospitaliers aux urgences gynécologiques et pédiatriques qui leur semblaient pertinents, contrairement aux autres terrains de stage proposés.

Il souhaitaient coupler les terrains de stage ambulatoires et hospitaliers afin d'acquérir les compétences propres à ces deux types de stages (29).

Un travail réalisé à l'université d'Angers a cherché à connaître le ressenti des internes ayant réalisé un SAFE. Le vécu du stage était positif et les internes ont exprimé leur satisfaction de réaliser six mois de plus en ambulatoire. Il leur permettait d'être confrontés aux situations correspondant à leur exercice futur. Le stage permettait l'acquisition des compétences en dépistage-prévention, en suivi et continuité des soins, et dans l'approche centrée patient. Les difficultés rencontrées étaient liées au rythme de travail et à une supervision indirecte parfois insuffisante (30).

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES EN SANTE DE LA FEMME ET DE L'ENFANT

Le stage en santé de la femme et de l'enfant pour être pertinent, doit confronter l'interne aux principales situations de prévention, de dépistage, aux gestes techniques et aux pathologies rencontrées en médecine générale.

L'analyse des objectifs des stages proposés dans les différentes universités permet de faire ressortir de grands axes : (31)(23)(Annexe 3)(Annexe 4)

Pour les soins de la femme, les objectifs sont de savoir prendre en charge les situations suivantes :

- le suivi de la femme enceinte ou désirant l'être (consultation pré conceptionnelle, messages de prévention, information concernant le dépistage de la trisomie 21, suivi clinique et biologique)
- maîtriser et prescrire les différents types de contraception
- réaliser les gestes techniques de routine (prélèvement vaginal, pose retrait de DIU et d'implant, frottis cervico-vaginal)
- prévention, dépistage et prise en charge des infections sexuellement transmissibles
- aborder les problématiques autour de la sexualité
- réaliser des actes de dépistage et de prévention en fonction de l'âge
- gérer une demande d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)
- suivre une femme ménopausée (répondre à une demande sur le statut ménopausique, prévention de l'ostéoporose, prescription d'un traitement hormonal substitutif, incontinence urinaire)
- savoir réaliser l'examen clinique gynécologique et la palpation mammaire

Pour les soins de l'enfant, l'interne doit être capable de :

- gérer la relation médecin-patient spécifique et la relation triangulaire avec les parents
- réaliser les examens systématiques et de prévention (vaccination, dépistage d'un trouble sensoriel, dépistage d'un trouble de la croissance staturo-pondérale, d'un trouble des apprentissages)
- prodiguer des conseils autour de l'allaitement et de l'alimentation
- prendre en charge les pathologies spécifiques (pathologies en Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) fréquentes, prise en charge d'une fièvre, reconnaître les dermatoses courantes)

- repérer et orienter une urgence médicale, et proposer une hospitalisation
- dépister une suspicion de maltraitance
- prendre en charge l'adolescent et ses particularités sur le plan relationnel, avec ses facteurs de risques spécifiques (risque suicidaire, comportement à risque sexuel ou toxique, dépistage du mal être et du stress, des troubles du sommeil, impact des réseaux sociaux)
- Réaliser un examen clinique en vue d'un certificat de non contre-indication au sport

Ce stage doit également permettre à l'interne de développer les 6 compétences du médecin généraliste : (32)(Annexe 1)

- la relation, la communication et l'approche centrée patient
- l'approche globale et la complexité
- l'éducation et la prévention
- le premier recours et la gestion de l'urgence
- la gestion de la continuité des soins, la coordination du parcours de soin et le suivi du patient
- le professionnalisme.

MATERIEL ET METHODES

L'étude

Il s'agit d'une étude prospective, basée sur le recueil du motif des consultations effectuées par l'interne de médecine générale lors du stage ambulatoire de santé de la femme et de l'enfant.

Période de réalisation de l'étude et terrain

Le recueil des données a été fait sur un semestre, de mai à octobre 2019.

Le stage sélectionné était lors de cette période le seul stage ambulatoire de la femme et de l'enfant ouvert à l'université de Nantes. Il a été créé à l'initiative de trois médecins généralistes, pour certains déjà MSU, ayant déclaré avoir une forte activité de pédiatrie et de gynécologie. Les trois MSU étaient des femmes, de moins de 50 ans, installées en Vendée, dont deux exerçaient dans le même cabinet aux Clouzeaux et la troisième à La Roche sur Yon en cabinet de groupe. Les trois médecins ont une formation complémentaire en gynécologie via un Diplôme Universitaire (DU) de gynécologie, et un des médecins a un DU d'échographie.

Le stage était organisé à raison de trois journées par semaine, une journée chez chacun des MSU. La communication entre les MSU était fréquente via des échanges de mails et des réunions lors du stage.

Recrutement des patients lors du stage

Les médecins ont organisé leur agenda de façon à proposer principalement à l'interne des consultations de santé de la femme et de l'enfant. Le reste des consultations était des consultations de médecine générale.

Le recrutement des patients s'est fait de la même manière dans les deux cabinets : la secrétaire a filtré les appels et a proposé systématiquement une consultation avec l'interne pour les populations concernées. L'interne a par la suite participé au recrutement en proposant un suivi si nécessaire aux patients qu'elle avait rencontrés.

Population de l'étude

Nous avons choisi de considérer comme population pédiatrique les patients de 0 à 18 ans révolus.

Les définitions de l'enfant dans la littérature varient et souvent s'arrêtent à 15 ans. Les patients de 16 à 18 ans sont des patients qui consultent peu, avec des problématiques de l'adolescent intéressantes et similaires à la tranche d'âge 10-16 ans. C'est pourquoi nous avons décidé de les inclure dans notre étude.

Pour la gynécologie, toutes les femmes consultant pour un motif gynécologique, quel que soit leur âge ont été incluses. Par choix, les adolescentes âgées de 15 à 18 ans consultant pour un motif gynécologique ont été classées dans la partie « gynécologie », et les moins de 15 ans dans la partie « pédiatrie ».

Recueil des données

Les données nécessaires à l'étude ont été définies : la date, l'âge, le motif de consultation principal, les motifs secondaires éventuels.

L'interne a renseigné quotidiennement lors des six mois de stage : l'âge des patients vus et le ou les motifs de consultation de manière la plus précise possible, classés par premier, et deuxième motif. Les données ont été anonymisées et transmises par mail.

Les motifs non pédiatriques ou gynécologiques n'ont pas été renseignés.

La participation à des formations complémentaires, et la réalisation de journées de formation dans d'autres structures ont aussi été renseignées.

Analyse des données

Les données recueillies ont été renseignées dans un tableur Excel afin de pouvoir effectuer une analyse statistique.

Pour la pédiatrie les consultations ont été classées par tranche d'âge : nourrissons de moins de 2 ans, les jeunes enfants de 2 à 9 ans et les adolescents entre 10 et 18 ans.

Les motifs de consultation ont été regroupés par catégories afin de pouvoir les analyser et les confronter aux données de la littérature. Pour la pédiatrie, plusieurs types de consultations se dégagent : les consultations de prévention et dépistage, les consultations pour des motifs médicaux et les consultations pour des motifs administratifs. Nous avons choisi de classer par appareil les consultations pour des motifs médicaux : ORL, dermatologie, appareil digestif, fièvre isolée, urologie et gynécologie, pneumologie, ophtalmologie, cardiologie, rhumatologie et orthopédie, traumatologie, et troubles psychiques.

Pour la gynécologie, nous avons séparé les catégories de motifs suivants : la contraception, le suivi de grossesse, les infections génitales basses et symptomatologie pelvienne, les consultations de prévention, la demande d'IVG, les consultations psychologiques, le suivi de la femme ménopausée, le suivi de pathologies chroniques, la réalisation d'examen complémentaires, les troubles de la sexualité.

Retour d'expérience

Après les six mois de stage, nous avons rencontré l'interne et les MSU afin d'avoir leurs retours, et de connaître les difficultés éventuelles rencontrées.

Journées de formation complémentaires

Pour compléter son stage ambulatoire, l'interne a également assisté à des journées de formation dans d'autres structures : au planning familial et en PMI. En PMI elle a pu assister à des consultations avec un médecin, et à des ateliers sur la diversification alimentaire et l'allaitement. Elle a également participé à un atelier d'éducation thérapeutique sur l'obésité de l'enfant, à un groupe qualité sur les IST, à un cours sur la thématique des bébés secoués.

D'autres projets sont en cours de développement : rencontre avec une association de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, réalisation de consultations avec une infirmière Asalee sur la prise en charge de l'obésité de l'enfant ou du sevrage tabagique chez la femme enceinte, réalisation de consultations en médecine scolaire.

RESULTATS

1. Généralités

Sur les six mois, le nombre total de consultations réalisées par l'interne était de 852. 46 journées de consultations ont été analysées. Le nombre de consultations de pédiatrie s'élevait à 303 et le nombre de consultations de gynécologie à 145.

En moyenne, l'interne a réalisé par journée, 6,5 consultations de pédiatrie et 3,1 consultations de gynécologie soit respectivement 35 % et 17 % du nombre total des consultations. Au final, plus de la moitié des consultations ont concerné des motifs de santé de la femme ou de l'enfant (52%). Les autres étaient des consultations de médecine générale pour des motifs divers.

2. Pédiatrie

2.1. Description de la population

L'interne a réalisé 303 consultations de pédiatrie pendant le stage.

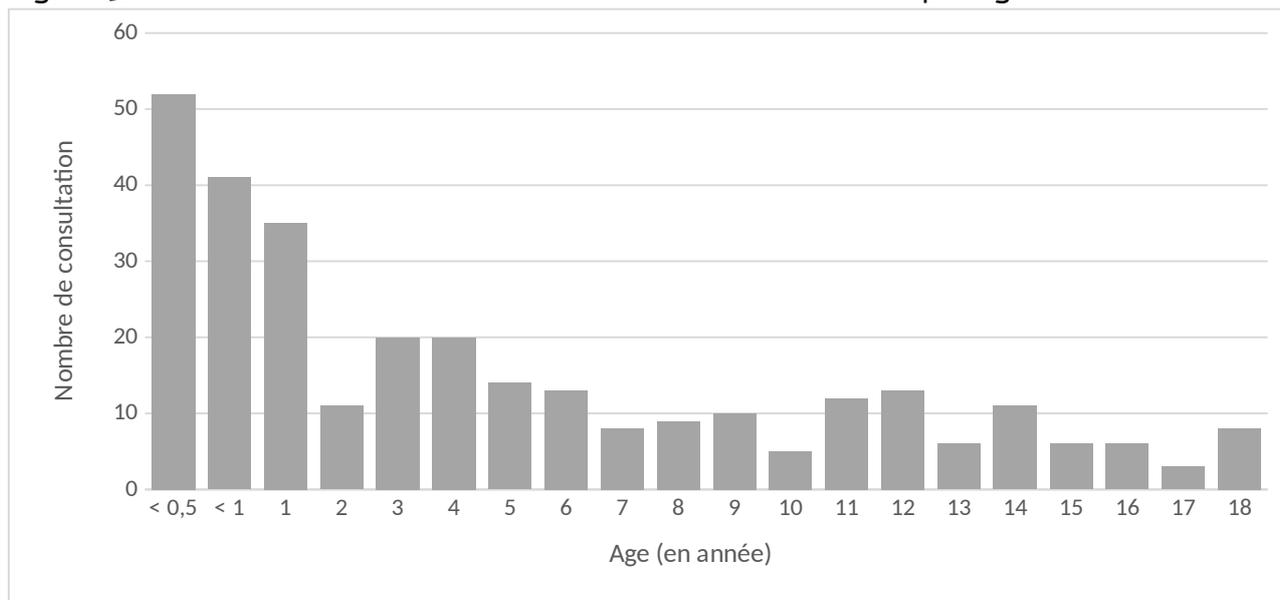
334 motifs ont été recensés dont 303 motifs principaux (90,7 %) et 31 motifs secondaires (9,3 %).

L'âge moyen des enfants était de 5 ans et l'âge médian de 3 ans ; avec un 25^e percentile à 10 mois et un 75^e percentile à 9 ans.

L'âge minimal était de 10 jours et l'âge maximal de 18 ans.

Les nourrissons de moins de 2 ans représentaient 128 consultations soit 42% des patients ; les jeunes enfants de 2 à 9 ans représentaient 105 consultations soit 34 %. Le nombre de consultations concernant les adolescents entre 10 et 18 ans était de 70 soit 23 %.

Figure 5: Distribution du nombre de consultations de Pédiatrie par âge.



Légende : <0,5 = nourrissons de moins de 6 mois ; <1 = nourrissons de 6 mois à 1 an

2.2. Répartition par motif de recours aux soins

Le tableau 1 présente la distribution des consultations par motif. La première colonne regroupe les motifs précis classés par catégories. Les colonnes suivantes correspondent au nombre de consultations réalisées pour chaque motif (que ça soit le premier ou second motif de consultation). Les deux dernières colonnes présentent le nombre total de consultations par motif et leur fréquence.

Au total il y a eu 303 consultations dont 31 avaient un second motif de recours.

Dans un souci de clarté, nous avons choisi d'indiquer dans le tableau les pourcentages uniquement supérieurs ou égaux à 1 %.

Tableau 1 : Distribution du nombre de consultations de Pédiatrie par premier et second motif de recours aux soins.

CATEGORIE DU MOTIF de RECOURS AUX SOINS Motif de recours	1^{er} motif	2nd motif	Nombre total	Fréquence
DEPISTAGE et PREVENTION	118	10	128	38,3 %
Visite systématique	88		88	26,3 %
Vaccination	18	4	22	6,6 %
Dépistage auditif et visuel	7		7	2 %
Obésité	1	3	4	1,2 %
Cassure courbe staturo-pondérale	2		2	
Suivi adolescent		2	2	
Consultation obligatoire	1		1	
Supplémentation fluor	1		1	
Dépistage IST		1	1	
ORL	59	2	61	18,2 %
Rhinite et rhinopharyngite	33	2	35	10,4 %
Otite moyenne aiguë	10		10	3 %
Otite externe	5		5	1,5 %
Angine	4		4	1,2 %
Otalgie	4		4	1,2 %
Laryngite	1		1	
Rhinite chronique	1		1	
Phlegmon amygdalien	1		1	
ADMINISTRATIF	51	3	54	16,2 %
Certificat de sport	51	1	52	15,5 %
Demande d'orthophonie		2	2	
DERMATOLOGIE	21	5	26	7,7 %
Eruption cutanée (varicelle, pied-main-bouche)	15		15	4,5 %
Infection fongique	1	2	3	
Eczéma	1	1	2	
Acné	1	1	2	
Coup de soleil	1		1	
Suivi cutané	1		1	
Hémangiome		1	1	
Non précisé	1		1	
DIGESTIF	11	1	12	3,6 %
Gastro-entérite aiguë	5		5	1,5 %
Douleur abdominale	3		3	

Hernie inguinale	1		1	
Vomissements	1		1	
Constipation	1		1	
Oxyurose		1	1	

UROLOGIE et GYNECOLOGIE	7	2	9	2,7 %
Infection urinaire	4	1	5	1,5 %
Cryptorchidie	1	1	2	
Polyurie	1		1	
Métrorragies	1		1	

FIEVRE ISOLEE	7		7	2,1 %
----------------------	----------	--	----------	--------------

PNEUMOLOGIE	6	1	7	2,1 %
Asthme	2	1	3	
Toux aiguë	2		2	
Toux chronique	2		2	

RHUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	4	3	7	2,1 %
Panaris	1		1	
Gonalgie	1		1	
Aponévrosite plantaire	1		1	
Douleur d'un membre	1		1	
Kyste synovial		1	1	
Lombalgies		1	1	
Scoliose		1	1	

OPHTALMOLOGIE	5		5	1,5 %
Conjonctivite	4		4	1,2 %
Oedème paupière	1		1	

CARDIOLOGIE	4	1	5	1,5 %
ECG	3		3	
Douleur thoracique	1		1	
Souffle cardiaque		1	1	

TROUBLES PSYCHIQUES	3	2	5	1,5 %
Inquiétude parentale	1		1	
Troubles alimentaires	1		1	
Trouble du comportement	1		1	
Anxiété		1	1	
Harcèlement scolaire		1	1	

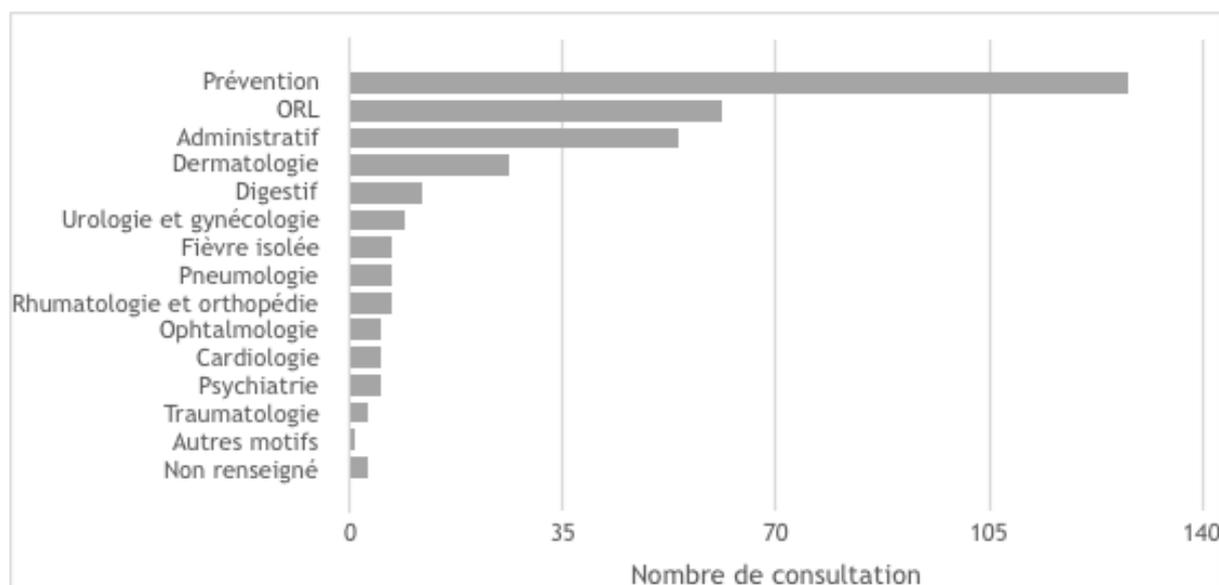
TRAUMATOLOGIE	3		3	0,9 %
Brulure	1		1	

Entorse	1		1	
Doigt-porte	1		1	
AUTRES MOTIFS	1	1	2	0,6 %
Adénopathie	1		1	
Problème dentaire		1	1	
NON RENSEIGNE	3		3	0,9 %
Total général	303	31	334	100 %

ECG : Electrocardiogramme

Au total : 149 motifs de consultation pour une problématique médicale soit 44,6 % ; 128 motifs de consultation pour du dépistage et ou de la prévention soit 38,3 % ; 54 motifs de consultation pour une problématique administrative soit 16,2 % ; et 3 motifs non renseignés.

Figure 6: Distribution du nombre de consultations de Pédiatrie par catégorie du motif de recours aux soins.



3. Gynécologie

3.1 Description de la population

145 consultations de gynécologie ont été réalisées par l'interne.

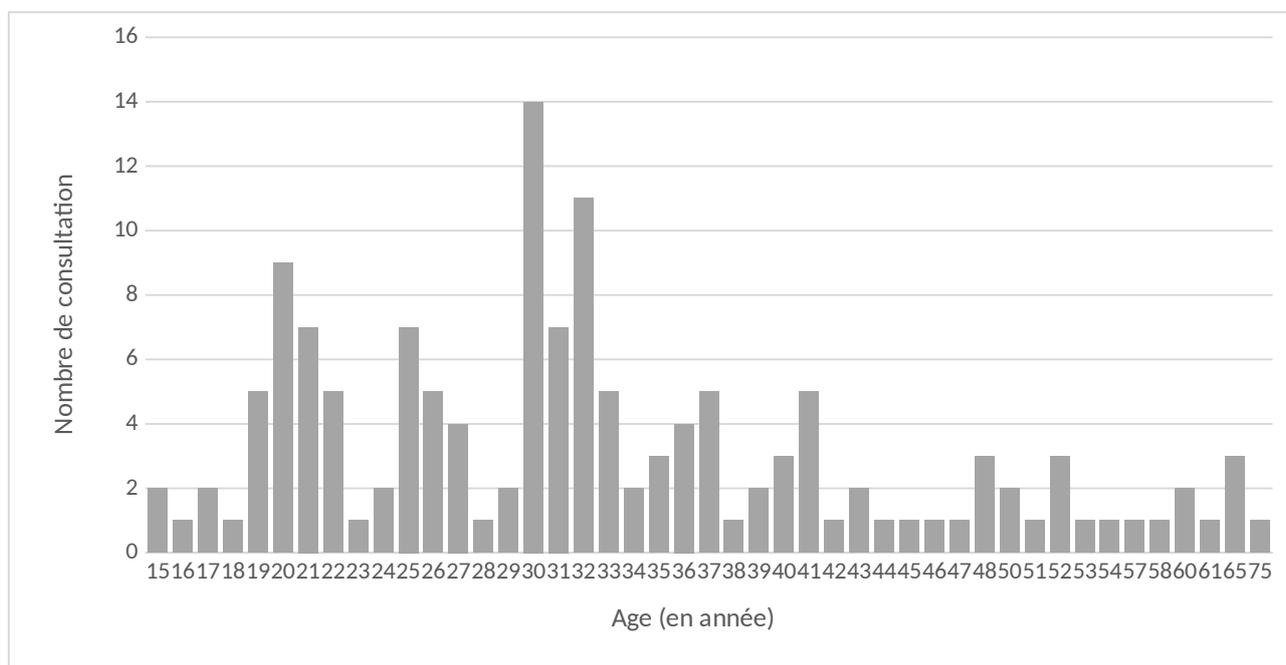
172 motifs de consultation ont été recensés dont 145 motifs principaux (84,3%) et 27 motifs secondaires (15,7%).

En plus de ces motifs, 10 motifs « non gynécologiques » ont été recensés sur ces consultations. Ils n'ont pas été analysés.

L'âge moyen était de 33 ans, et l'âge médian de 31 ans ; avec un 25^e percentile à 25 ans et un 75^e percentile à 39 ans. L'âge minimal était de 15 ans et l'âge maximal de 75 ans.

125 consultations soit 86,2 % ont concerné des femmes de 18 à 50 ans. 5 consultations soit 3,4 % ont concerné des femmes de moins de 18 ans et 15 consultations soit 10,3 % ont concerné des femmes de plus de 50 ans.

Figure 7: Distribution du nombre de consultations de Gynécologie par âge.



3.2. Répartition par motif de recours aux soins

Le Tableau 2 expose les motifs de consultation de gynécologie, par premier et second motifs, classés par catégorie, et leur fréquence.

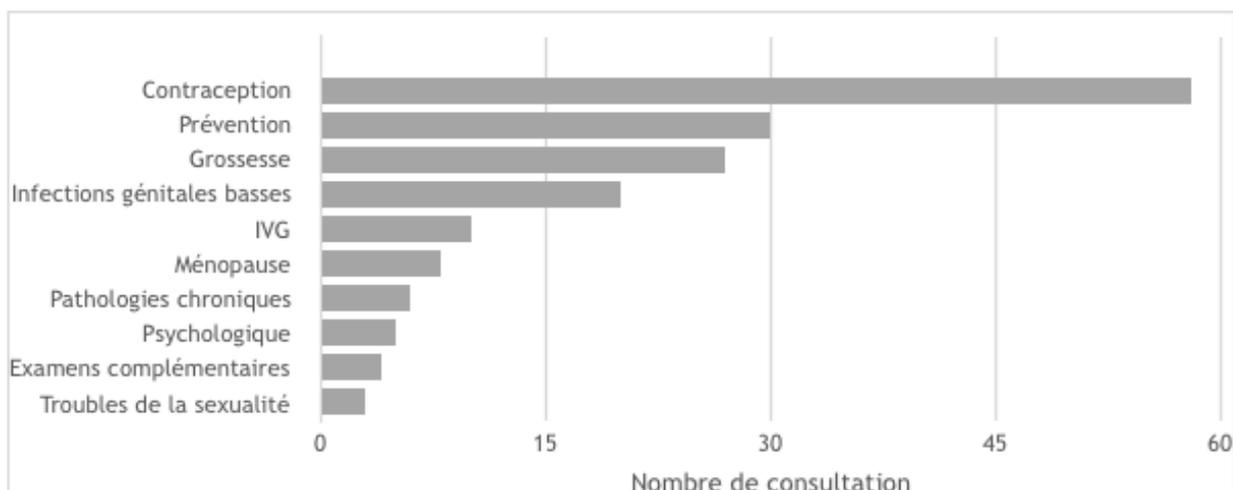
Tableau 2 : Distribution du nombre de consultations de Gynécologie par premier et second motif de recours aux soins.

CATEGORIE DU MOTIF DE RECOURS AUX SOINS Motif de recours aux soins	1er motif	2nd motif	Nombre de motifs totaux	Fréquence
CONTRACEPTION	52	6	58	33,7 %
Prescription d'une pilule	29		29	16,9 %
Pose ou ablation de DIU	8	2	10	5,8 %
Choix d'une contraception	5	4	9	5,2 %
Suivi d'une contraception	4		4	2,3 %
Pose ou retrait d'implant	2		2	1,2 %
Non renseigné	4		4	2,3 %
DEPISTAGE ET PREVENTION	21	9	30	17,4 %
Frottis cervico-utérin	18	3	21	12,2 %
Visite systématique	2	2	4	2,3 %
Dépistage IST	1	3	4	2,3 %
Vaccination Hépatite B		1	1	
GROSSESSE	27		27	15,7 %
Suivi de grossesse	21		21	12,2 %
Post partum	5		5	2,9 %
Visite préconceptionnelle	1		1	
INFECTIONS GENITALES BASSES ET SYMPTOMATOLOGIE PELVIENNE	19	1	20	11,6 %
Anomalies du cycle menstruel	12	1	13	7,6 %
Pathologie vulvo-vaginale	5		5	2,9 %
Douleur pelvienne	3		3	1,7 %
IVG	9	1	10	5,8 %
Suivi post IVG	7	1	8	4,6 %
Demande d'IVG	2		2	1,2 %

Ménopause	5	3	8	4,6 %
Incontinence urinaire	1	2	3	1,7 %
Prolapsus génital	2		2	1,2 %
Traitement hormonal substitutif	1		1	
Syndrome climatérique	1		1	
Dyspareunies		1	1	
Pathologie chronique	5	1	6	3,5 %
Infertilité	4		4	2,3 %
Hyperandrogénie		1	1	
SOPK	1		1	
Psychologique	5		5	2,9 %
Violences conjugales	4		4	2,3 %
Conjugopathie	1		1	
Examens complémentaires		4	4	2,3 %
Echographie		4	4	2,3 %
Trouble de la sexualité	1	2	3	1,7 %
Dyspareunie	1	2	3	1,7 %
Total général	145	27	172	100 %

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

Figure 8: Distribution du nombre de consultations de Gynécologie par catégorie du motif de recours aux soins.



DISCUSSION

1. Résultats principaux

L'objectif principal de l'étude était d'analyser les motifs des consultations réalisées par l'interne lors du stage ambulatoire de santé de la femme et de l'enfant en cabinet de médecine générale.

L'étude a permis de mettre en avant les points forts de ce stage : Un stage significatif par le nombre de consultations. Ainsi, 52 % des consultations ont été réalisées en pédiatrie ou gynécologie.

Concernant les motifs de consultation : En pédiatrie les catégories de consultations les plus fréquentes étaient des consultations de prévention-dépistage (38 %), les pathologies ORL (18 %) et les consultations pour un motif administratif (16 %). Ces trois catégories représentent 73 % des motifs.

En gynécologie nous avons retrouvé quatre grands groupes de motifs de recours aux soins principaux : la contraception (33 %), le dépistage et la prévention (17 %), le suivi de grossesse (15 %) et les infections génitales basses et symptomatologie pelvienne (11 %). Ces quatre catégories représentent 78 % des motifs.

Pour les deux disciplines, nous relevons quelques lacunes avec certains motifs de consultation plus rares voire absents. En pédiatrie l'interne a réalisé peu de suivi de pathologies chroniques et de prise en charge des troubles psychiques, et n'a pas rencontré de situation gestion de l'urgence ni de dépistage des situations de maltraitance. En gynécologie l'interne a vu peu de consultations concernant la prise en charge de la femme ménopausée, la prise en charge psychologique, et la sexualité.

Dans un premier temps nous ferons un rapide retour d'expérience de l'interne. Puis nous analyserons les motifs de consultation et leur fréquence, en comparant nos résultats aux données de la littérature. Les données retrouvées concernent essentiellement la pratique réalisée par les médecins généralistes en cabinet. Cependant, à ce jour ces études, sont peu nombreuses, limitant notre analyse. Une étude similaire à la notre réalisée en Midi-Pyrénées en 2013 nous permettra également de comparer nos résultats.

2. Modalités pratiques et retour d'expérience

Le stage était organisé à raison de trois journées de consultation par semaine chez trois médecins généralistes.

Le temps de consultation était réparti différemment selon les deux cabinets. Dans un cabinet pendant la première partie du stage, l'interne disposait de 30 minutes pour les consultations de gynécologie et de pédiatrie et de 15 minutes pour les autres consultations ; puis les consultations étaient au nombre de trois par heure pendant la 2^e moitié du stage. L'autre cabinet était organisé à raison de trois consultations par heure.

La supervision s'est déroulée en deux temps : supervision directe initiale pendant quelques semaines, puis supervision indirecte pendant le reste du stage. A noter que l'interne était en sixième semestre, et avait déjà réalisé un stage praticien de premier niveau, un SASPAS et un stage hospitalier de gynécologie ; ce parcours a probablement favorisé la diminution du temps de supervision directe. Les débriefings étaient fait chaque soir, et axés sur les consultations « femme-enfant », avec un temps plus marqué lors du retour pédagogique de la journée pour ces consultations spécifiques.

L'interne a trouvé que le stage était formateur à la fois en gynécologie et en pédiatrie. Concernant la pédiatrie, elle se sent particulièrement formée en prévention et en dépistage des pathologies pédiatriques, en conseils sur la diversification alimentaire. Les points positifs sont une acquisition solide dans l'examen clinique gynécologique et dans les gestes réalisables au cabinet et la une bonne formation dans le suivi de l'enfant. Les points négatifs rapportés sont le peu de pathologies chroniques et d'urgences dans la population pédiatrique reçue.

Ces données concordent avec nos résultats et avec la pratique courante de la médecine générale puisque les enfant consultent la plupart du temps pour des pathologies bénignes et des actes de prévention.

3. Analyse des résultats

3.1. Le nombre de consultations

Lors des six mois de stage, l'interne a réalisé 35 % de ses consultations dans le domaine de la pédiatrie. Ce type de consultation représente habituellement 13 % des actes chez le médecin généraliste (10).

Par extrapolation, cela nous laisse supposer que le SAFE permet à l'interne de voir plus fréquemment des enfants que lors de son stage de niveau 1 ou de son SASPAS.

Concernant la gynécologie, 145 consultations soit 17 % étaient relatives à la santé de la femme.

3.2. En pédiatrie, variabilité des motifs les plus fréquents, et des tranches d'âge toutes représentées :

Consultations de prévention et de dépistage

La consultation de prévention-dépistage autrement appelée consultation de suivi concerne la majorité des consultations de notre étude avec 38 % des motifs. Derrière ce motif d'apparence simple, cette consultation est très riche puisqu'elle est l'occasion pour le médecin d'aborder des thématiques variées adaptées à l'âge du patient.

Pour le nourrisson et le jeune enfant elle permet d'aborder l'alimentation au sens large : l'allaitement, la diversification alimentaire et les suppléments. C'est le moment également du suivi de la croissance staturo-pondérale, du dépistage des anomalies du développement psychomoteur, du dépistage des troubles visuels et auditifs, des troubles autistiques, du dépistage d'une luxation congénitale de hanche, et du dépistage uro-génital. Sur le plan de la prévention ces consultations permettent la mise à jour du calendrier vaccinal. Notre étude ne permet pas de préciser si tous ces thèmes sont abordés lors du stage.

Le site internet « Pédiadoc », réalisé par le DUMG de Toulouse offre un outil intéressant d'aide à la consultation de soin primaire pour les enfants de 0 à 6 ans (33).

Chez l'enfant plus âgé la consultation de suivi permet de dépister les troubles des apprentissages, les anomalies du développement pubertaire, l'obésité, la scoliose, et les troubles visuels et auditifs. Chez l'adolescent c'est l'occasion de dépister les risques liés à la sexualité, le risque suicidaire, la consommation de toxiques, les troubles du comportement alimentaire, les troubles du sommeil, et les troubles anxieux.

Pour cette tranche d'âge, la Haute autorité de Santé (HAS) propose un référentiel rappelant les principaux axes du dépistage des enfants de 7 à 18 ans, destiné aux généralistes, pédiatres et médecins scolaires (34).

Les consultations de prévention et de dépistage sont plus fréquentes dans notre étude que dans

l'enquête de la DREES évaluant la typologie des consultations de pédiatrie réalisées en médecine générale. Dans cette dernière, les consultations de prévention et dépistage concernaient une consultation sur huit (10). L'étude réalisée en Midi-Pyrénées sur la pratique de l'interne en SAFE retrouvait des chiffres plus proches de notre étude avec 30 % de motifs de consultation de prévention-dépistage (24).

Consultations pour problématiques médicales

Notre étude a identifié une prévalence élevée des consultations pour problématiques médicales qui représentent 44 % des consultations. Ces consultations sont dominées par les infections ORL aiguës à priori bénignes, avec une majorité de rhinites et rhinopharyngites. Les autres motifs de consultation pour problématique médicale concernent la dermatologie, le système digestif, l'urologie et la gynécologie, la fièvre isolée, la pneumologie, la rhumatologie et l'orthopédie, la cardiologie, les troubles psychiatriques et la traumatologie.

Une enquête évaluant la typologie des consultations de pédiatrie réalisées en médecine générale retrouvait une majorité de consultations pour des affections ORL bénignes qui cumulaient 55 % des diagnostics (10). Dans notre étude, la prévalence de ces consultations est plus faible : les affections des voies respiratoire hautes concernent 18 % des consultations totales et 40 % des consultations pour problématique médicale. Cette différence peut être en partie expliquée par la période de recueil de notre étude. En effet nos données ont été recueillies sur le semestre de mai à novembre comprenant la période estivale, où la prévalence des pathologies infectieuses ORL est plus faible qu'en hiver.

L'étude réalisée en Midi-Pyrénées retrouvait des résultats différents avec 70 % de motifs de consultation pour problématique médicale.

Consultations administratives

Les consultations administratives sont représentées principalement par des demandes de certificats de non contre-indication à la pratique sportive. Ces consultations ont concerné 16 % des motifs, contre 7 % dans l'étude réalisée en Midi-Pyrénées. Cette forte prévalence peut s'expliquer également par la période de recueil qui comprenait la rentrée scolaire avec les mois de septembre et d'octobre, propices à ces demandes.

Répartition par tranches d'âges

L'âge moyen de la population pédiatrique de notre étude est de 5 ans. L'interne a pu être confrontée à des enfants de tout âge allant de quelques jours à 18 ans, cela en fait un point fort pour le stage. Chaque tranche d'âge a ses particularités dans la prise en charge, la communication et l'approche, et ses pathologies propres.

Les nourrissons étaient les plus représentés et les adolescents étaient ceux qui consultaient le moins. Dans la littérature une étude a montré que les nourrissons de 0 à 2 ans sont ceux qui consultent le plus avec 3,4 consultations par an, comparativement à 2,3 pour les enfants de 2 à 15 ans (35). Le suivi rapproché recommandé chez le nourrisson peut en partie expliquer cette forte représentation. Le calendrier des 20 examens du suivi médical de l'enfant proposé par la sécurité sociale depuis février 2019 en atteste puisque 14 de ces consultations concernent les enfants de 2 ans ou moins (36).

L'adolescent

Le choix de fixer l'âge limite à 18 ans a permis d'inclure un maximum d'adolescents dans l'étude. Ils ont représenté 23 % des patients de pédiatrie soit 70 consultations.

Ce stage est une opportunité pour l'interne d'être sensibilisé et de se former aux particularités de cette population.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définition de l'adolescent concerne tout individu âgé de 10 à 19 ans (37). Cette approche sur des critères d'âge est restrictive mais facilite la réalisation des études d'épidémiologie. Il s'agit d'une période de changements somatiques, physiologiques, psychologiques et sociaux complexes. Pour aborder l'adolescent il est nécessaire d'avoir une compréhension et une connaissance des particularités liées à cette période de vie.

La consultation de l'adolescent doit permettre d'explorer plusieurs dimensions, et une partie pourrait se dérouler en dehors de la présence des parents afin de permettre à celui-ci de s'exprimer librement (38). En effet le médecin doit pouvoir aborder la dynamique familiale, la prévention de comportements sexuels à risque, le dépistage du risque suicidaire, la recherche de prise de toxiques et autres conduites à risque, la prévention et le dépistage des troubles alimentaires.

D'après une enquête réalisée en 2010 sur 1200 jeunes de 15 à 25 ans des Pays de la Loire, 81 %

des jeunes ont consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année, et parmi les professionnels de santé, le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié des jeunes (39).

Ces consultations de l'adolescent sont souvent difficiles à appréhender pour le médecin et pour l'interne en formation. Une étude parue dans la Revue du Praticien propose un référentiel d'accueil pour toute consultation de l'adolescent (40). L'objectif est de dépister les situations à risque. Il s'agit de favoriser l'expression de l'adolescent, d'établir une relation de confiance, d'améliorer l'estime de soi et de proposer des solutions en cas d'identification d'un problème. La base de ce travail est la réalisation du test TSTS-Cafard (Annexe 5) en consultation, qui aborde les sujets suivants : la traumatologie, la tabac, le stress, le sommeil. La présence de trois réponses positives est corrélée au risque de tentative de suicide. L'étude souligne également l'importance de pouvoir élargir le champ de la consultation de l'adolescent quelque soit le motif initial.

A Nantes, le département de médecine générale réalise chaque année un séminaire consacré à l'adolescent, qui propose des outils de compréhension et d'approche de cette patientèle spécifique.

3.3. En pédiatrie, des motifs moins souvent abordés voire absents

Le suivi de pathologies chroniques

Selon une étude de la DREES, les problématiques chroniques concernent 7 % des consultations du médecin généraliste en pédiatrie (10). Dans notre étude 5,7 % des consultations étaient concernées. Cette différence peut s'expliquer par la préférence des parents à consulter leur médecin habituel plutôt qu'un interne pour les problèmes chroniques.

- ➔ L'asthme touche 14 à 16 % des enfants. Parmi eux, 35 % ont un asthme mal contrôlé (41). C'est la maladie chronique la plus fréquente de l'enfant. Sa prévalence élevée et la possibilité de prévention des crises en font un objectif majeur de santé publique. Il s'agit d'une maladie grave entraînant 60.000 hospitalisations par an et 900 décès (42). La proportion d'enfants et d'adolescents ayant un asthme mal contrôlé interpelle et renforce la nécessité de prendre en charge ces patients. Encore une fois le rôle du médecin généraliste est primordial. La prise en charge des pathologies chroniques nécessite une approche globale du patient et de son environnement familial et scolaire. Des associations proposent des ateliers d'éducation thérapeutique ouverts aux jeunes patients, comme l'association

MC44 (Maladies Chroniques 44) en Loire Atlantique (43). Le stage ambulatoire doit permettre à l'interne de connaître les réseaux locaux de prise en charge des maladies chroniques, et pourrait être l'occasion de participer à des ateliers d'éducation thérapeutique. Dans notre étude l'interne a réalisé moins de 1 % des consultations de pédiatrie en rapport avec l'asthme.

- ➔ Surpoids et obésité : Selon une étude publiée par l'Assurance Maladie, en 2013, 3,5 % des enfants de grande section de maternelle et 4 % des enfants de CM2 étaient obèses. Les enfants en surcharge pondérale étaient 18 % en CM2 (44). La prévention, le dépistage précoce et la prise en charge de l'obésité infantile sont des objectifs majeurs de santé publique. Dans notre étude, l'obésité de l'enfant a représenté 1,2 % des consultations. Les ateliers d'éducation thérapeutique de l'enfant auquel l'interne a participé en parallèle du stage sont pertinents pour sensibiliser le futur médecin dans ce domaine. Par ailleurs, de nombreux outils existent pour faciliter cette prise en charge en cabinet de médecine générale, comme le site internet « Obéclic » (45).

Les troubles psychiques

1,5 % des motifs de consultation sont en lien avec des troubles psychiques. Un travail de thèse basé sur un recueil des motifs de consultation au niveau national recensait pour la même population 2,8 % des motifs de consultation liées à un trouble psychiques (46).

En 2001 selon l'OMS, 20 % des enfants dans le monde étaient atteints de troubles psychiques. Ces troubles touchent les enfants de tout âge. Selon une étude 17 % des enfants de 0 à 6 ans souffrent de troubles psychiques (47). Ces résultats discordants avec notre étude peuvent s'expliquer par le fait que nous nous sommes intéressés aux consultations pour ce motif, et non à la prévalence de ces troubles.

Le dépistage et la prise en charge précoce conditionnent l'évolution future de la maladie et le développement de l'enfant, avec des risques d'échec scolaire et d'isolement social. Il existe peu d'études et de recommandations sur la prise en charge de ces pathologies en médecine générale.

Néanmoins il semble important de sensibiliser les internes lors de leur formation au dépistage de ces troubles, dont la symptomatologie varie avec l'âge. Il s'agit de rechercher la présence de troubles du comportement, de troubles des apprentissages, de troubles anxieux, de troubles du sommeil, de troubles du comportement alimentaire, de harcèlement scolaire, de syndrome dépressif et d'addictions. La prise en charge consistera en une écoute active, et une orientation

vers un autre professionnel si nécessaire.

Suspicion de maltraitance

La suspicion de maltraitance n'a pas été abordée par l'interne au cours de ce stage. Dans les autres travaux retrouvés, il s'agissait également du thème qui était le moins souvent abordé lors du SAFE (48).

Les études épidémiologiques ont démontré que la maltraitance qui peut être physique, psychologique ou par négligence est largement sous estimée. On estime qu'elle concerne 1 à 2 enfants sur 1000 (49).

Il s'agit de situations complexes à dépister et à prendre en charge, souvent sous diagnostiquées par les médecins généralistes. Il paraît donc important de sensibiliser les internes lors de leur stage de pédiatrie. Un référentiel à destination des médecins urgentistes rappelle les données épidémiologiques et propose une prise en charge (49).

L'interne a pu assister lors de son stage à une formation sur la prise en charge de la maltraitance chez l'enfant, proposée chaque année par la PMI au Centre Hospitalier Départemental (CHD) de Vendée. Cette formation apporte à l'interne un complément au SAFE. Des journées de stage à la PMI en complément du cabinet peuvent également participer à la formation de l'interne sur ce thème : réunions sur des situations préoccupantes, Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). Bien que ne faisant pas partie du quotidien du médecin généraliste, il semble nécessaire au vu des données épidémiologiques, que les internes soient formés au dépistage et à la prise en charge de situations de maltraitance.

Gestion de l'urgence pédiatrique

Le stage n'a pas permis à l'interne d'être confrontée à des situations d'urgence. Ces situations médicales au cabinet du médecin généraliste sont en effet peu fréquentes. La gestion de l'urgence et l'évaluation de la d'une nécessité d'hospitalisation apparaissent cependant comme un des objectifs du stage d'internat de pédiatrie.

Il pourrait être intéressant de compléter le stage ambulatoire par des gardes aux urgences pédiatriques afin d'acquérir des compétences pour repérer et orienter un enfant nécessitant une hospitalisation.

3.4. Les motifs de consultation principaux en gynécologie

La contraception

Dans notre étude, les consultations de gynécologie sont dominées par la contraception qui représente 33 % des recours. Il s'agissait dans 50 % des cas d'une prescription de pilule. Les autres modes de contraception abordés étaient l'implant contraceptif et le dispositif intra utérin.

Une étude réalisée avec les bases de données des logiciels des médecins généralistes a recensé les motifs de consultation en gynécologie. Elle retrouvait des résultats similaires avec 35 % des consultations concernant la contraception (8).

Nous remarquons que neuf consultations ont concerné une demande pour l'aide au choix d'une contraception. Le modèle BERCER défini par l'OMS peut être un outil pour guider le médecin lors de ces consultations, et lui permettre d'aider la patiente à un choix éclairé (50)(Annexe 2).

Les consultations de dépistage et de prévention

Avec 17 % des consultations, il s'agit du deuxième motif le plus fréquent en gynécologie. Ce terme englobe la réalisation de frottis cervico-utérins, le dépistage des infections sexuellement transmissibles, les consultations à titre systématique et la vaccination contre l'hépatite B. Les consultations de vaccination contre le papillomavirus ne sont pas représentées ici. Elles concernent en effet les jeunes filles de 11 à 14 ans et ont été classées dans les consultations de vaccination de pédiatrie sans différenciation avec les autres vaccins.

Suivi de grossesse

Les consultations concernant la grossesse ont représenté 16 % des motifs (le suivi de grossesse pour 12 % et le post partum pour 3%). Ces chiffres sont proches de ceux retrouvés par l'observatoire Thalès où 18 % des consultations de gynécologie en médecine générale étaient liées au suivi de grossesse (8). Le stage SAFE permet donc à l'interne d'être fréquemment confronté au suivi de grossesse, thématique peut être abordée dans le stage ambulatoire chez le praticien (19).

Réalisation des gestes techniques

L'interne a été confrontée aux principaux gestes techniques, à savoir la pose et le retrait de DIU

(10 consultations), la pose et le retrait d'implant contraceptif (2 consultations) et la réalisation de frottis cervico-utérins (21 consultations). Lors de notre recueil la situation de l'interne était particulière puisque le stage était proposé à titre expérimental à une interne ayant déjà réalisé un stage de gynécologie. Elle a donc rapidement été autonome dans la pratique de ces gestes.

La rencontre avec les MSU a permis de mettre en avant l'organisation qu'elles ont prévu pour les prochains internes. Pour chaque geste technique rencontré, une évolution est nécessaire : dans un premier temps observation ou supervision directe ; puis dans un second temps supervision indirecte. La communication entre les MSU est primordiale afin de ne pas mettre l'interne en difficulté face à une situation nouvelle sans présence de son MSU.

L'IVG

5,8 % des consultations ont concerné une demande d'IVG ou un suivi après une IVG. C'est un atout pour ce terrain de stage puisque les internes y sont rarement voire jamais confrontés lors de leur stage chez le praticien (19).

Cette donnée est à interpréter avec précaution si ce stage doit se généraliser, car la présence parmi les MSU d'un médecin réalisant des IVG médicamenteuses constitue un biais de recrutement.

Le complément de formation réalisé par l'interne en participant à des journées au centre de planification lui a également permis d'être confrontée à ces consultations. Le centre de planification est le terrain de stage de gynécologie où les internes voient le plus de consultations en rapport avec la demande d'interruption de grossesse (51).

3.5. En gynécologie certains motifs moins fréquents

La ménopause

La prise en charge de la femme ménopausée représente uniquement 2,3 % des consultations, avec des motifs variés : prolapsus génital, syndrome climatérique, traitement hormonal de ménopause, incontinence urinaire.

Il existe des différences de pratique entre les jeunes médecins généralistes et leurs aînés. Un travail de thèse a montré que l'âge des médecins était corrélé avec l'âge de leur patientèle, les médecins plus âgés ayant des patients plus âgés. Il semble logique que des médecins plus jeunes soient moins confrontés aux problématiques en lien avec la ménopause que leurs aînés.

L'âge des MSU de ce stage peut participer à expliquer la faible proportion de consultations en lien avec la ménopause (52).

Dans le domaine de la prévention, la prise en charge de la femme ménopausée inclut le risque cardiovasculaire, le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, la prévention et le traitement de l'ostéoporose, les troubles trophiques et urologiques. Il est possible que dans notre recueil, ces consultations ne soient pas classées dans des motifs gynécologiques mais plutôt dans une prise en charge globale de ces patientes lors d'un suivi.

Pathologies chroniques

Ces consultations sont peu nombreuses (3,5 % des motifs). Une explication possible est la préférence des femmes à consulter un gynécologue pour le suivi de pathologies chroniques gynécologiques, et leur médecin généraliste pour le suivi de routine.

Les problématiques autour de la sexualité

Elles sont peu représentées (3 consultations pour dyspareunies). Cependant l'étude ne permet pas de dire si cette thématique est abordée lors des autres consultations de gynécologie comme la contraception ou les consultations de prévention.

Selon une étude Suisse, le gynécologue reste l'interlocuteur souhaité pour la majorité des patientes pour parler de sexualité, mais une patiente sur cinq souhaitait en parler à son médecin généraliste. Les femmes s'attendaient à parler de sexualité sur sa composante biologique, psychologique et relationnelle ; un domaine encore mal maîtrisé et peu abordé par les médecins généralistes (53). Une formation sur ce thème pourrait être proposée pour mieux répondre aux attentes des patientes.

4. Les biais, limites et forces de l'étude

4.1. Les biais

Biais de recueil et d'interprétation

Nous avons été confrontés à une perte de données : les données étaient absentes pour les quatre premières journées de stage, du fait d'un problème de mise en place du recueil. Pour le reste des journées il n'y a pas eu de perte de données puisque les motifs ont tous été renseignés de façon lisible. L'interne en stage et l'étudiant chercheur étant deux personnes différentes, cela peut induire un biais d'interprétation des motifs.

Biais de sélection

La présence de l'interne en consultation constitue en soit un biais et a pu diminuer la prévalence de certains motifs pour lesquels une situation de confiance vis à vis du professionnel de santé est nécessaire : psychologique et relationnel, troubles du comportement, situations de maltraitance, sexualité etc.

Un autre biais de sélection est inévitable, celui lié aux médecins généralistes accueillant l'interne et à leur patientèle. Les résultats pourront être différents sur d'autres terrains de stages.

4.2. Les limites

L'objectif de l'étude était d'analyser le contenu des consultations de l'interne en SAFE. L'analyse des motifs de consultation permet de montrer la grande diversité des motifs de recours aux soins. Cependant l'intérêt du stage réside également dans l'apprentissage du « savoir être » difficilement évaluable dans notre étude. La particularité de la consultation pédiatrique et le rapport médecin-patient-parents, la gestion du temps de consultation, la gestion d'un enfant douloureux, opposant ou en pleurs, la gestion de l'incertitude, de l'inquiétude parentale sont autant d'éléments qui font la richesse de ce stage et qui n'apparaissent pas dans notre étude.

Par ailleurs, le contenu des journées de formation « annexes » réalisées en PMI ou au planning familial n'ont pas été analysées. Un des atouts du stage réside également dans le fait de découvrir les réseaux et structures territoriales existants, essentiels à la futur pratique du médecin généraliste.

Notre étude portant sur un seul stage expérimental, la représentativité et reproductibilité des données est limitée.

4.3. Les forces

Il s'agit d'une étude originale dans la région puisque c'est le premier stage de ce type ouvert sur l'université de Nantes.

Notre travail permet un état des lieux des consultations réalisées par l'interne dans ce type de stage. Il apporte également une réflexion en vue d'améliorer la formation de l'interne sur ce terrain de stage en mettant en évidence les problématiques auxquelles l'interne est le moins confronté.

5. Perspectives

Notre étude met en avant une adéquation entre la pratique de l'interne en stage et la pratique des médecins généralistes en routine, pour la plupart des motifs. Cela laisse espérer que d'autres stages de ce type puissent être ouverts dans les prochaines années à Nantes.

Il reste à recruter d'autres médecins généralistes pour encadrer ces stages, en plus de ceux accueillant déjà des internes dans le stage praticien niveau 1 et le SASPAS. A Bordeaux, A. Vanderbavière a imaginé un nouveau mode de recrutement via la diffusion d'un site internet dédié à leur recrutement : « medecinmsu.fr ». Ce site a permis de recruter 50 MSU supplémentaires sur une année. Cette idée originale a été reprise sur le même site internet par les universités d'Île de France, de La Réunion, de Nice et de Strasbourg. Nous pourrions nous en inspirer sur notre université pour recruter de nouveaux MSU (54)(55).

Certaines universités comme à Toulouse proposent des SAFE couplés avec d'autres terrains de stages (PMI, pédiatre ou gynécologue libéral, planning familial, sage femme). Cette démarche permet de compléter la formation acquise lors du SAFE sur les thématiques les moins abordées en cabinet de médecine générale.

D'autres universités proposent également une formation théorique adaptée pour compléter la formation pratique. La formation théorique lors du DES de médecine générale est variable d'une université à l'autre puisque la loi ne prévoit pas d'enseignement obligatoire. A Nantes les

séminaires thématiques sont au nombre de 15 sur l'année 2018-2019, un seul concerne la pédiatrie (séminaire sur l'adolescent) et aucun la gynécologie (18).

A Toulouse, des travaux de recherche ont été menés depuis 2008 et ont mené à la création d'enseignements intégrés au stage gynécologie et pédiatrie. Le contenu des enseignements proposés pour la santé de la femme comprend plusieurs modules pour une durée totale de 24 heures : contraception, pathologies gynécologiques courantes, suivi de grossesse, suivi de la petite fille, de l'adolescente et de la femme âgée, allaitement maternel, et accompagnement de la conception. L'enseignement concernant la pédiatrie est d'une durée de 18 heures et les objectifs sont : maîtriser l'examen clinique, planifier le suivi normal et intégrer la relation médecins parents, conseiller sur l'alimentation, prendre en charge l'obésité, dépister les troubles du développement, prendre en charge les pathologies courantes et repérer les signes d'alerte pédiatriques (Annexe 5). Ces enseignements découlent d'un travail réalisé de 2008 à 2013 par des groupes constitués de MSU. Ils se sont appuyés sur les travaux de thèses réalisés dans le même temps par les internes de l'université de Toulouse.

Des enseignements similaires pourraient être développés à Nantes afin de compléter la formation des internes.

CONCLUSION

Notre travail permet un état des lieux des consultations réalisées par l'interne de médecine générale lors du stage expérimental de santé de la femme et de l'enfant en cabinet de médecine générale. Nous avons comparé les motifs des consultations réalisées aux données de la littérature existant sur les consultations réalisées par les médecins généralistes dans leurs cabinets.

Il apparaît que pour un certain nombre de motifs, les situations les plus fréquemment rencontrées par l'interne sont aussi celles rencontrées en routine par les médecins généralistes. Il s'agit par exemple pour la pédiatrie des consultations de prévention et de dépistage, et de la prise en charge de la plupart des affections bénignes courantes. En gynécologie les situations fréquentes concernent la contraception, le dépistage et la prévention, le suivi de grossesse, et la prise en charge des affections aiguës.

Certains points sont moins abordés avec, en pédiatrie peu de suivi de pathologies chroniques et de troubles psychiques, et une absence de situations de gestion de l'urgence et de dépistage de la maltraitance. En gynécologie les situations moins abordées sont surtout le suivi de la femme ménopausée, la prise en charge des troubles de la sexualité et la gestion des pathologies chroniques. La prise en charge d'une demande d'IVG est fréquemment rencontrée mais il existe un biais de recrutement puisque l'un des MSU réalise des IVG médicamenteuses.

Si le stage venait à être proposé à un plus grand nombre d'internes, une nouvelle organisation deviendrait nécessaire, afin d'élargir le champ des compétences à acquérir lors de celui-ci. Il serait intéressant de poursuivre dans le sens d'un stage pluridisciplinaire en faisant intervenir des professionnels médicaux et paramédicaux multiples, dans des structures annexes : PMI, centre de planification, maïeutique libérale, gardes ou journées aux urgences pédiatriques et gynécologiques, consultations en médecine scolaire, consultation avec un pédiatre ou gynécologue libéral.

Cette pluridisciplinarité est déterminante, permettant d'être confronté à des situations formatrices, moins rencontrées en cabinet de médecine générale libérale : prise en charge des urgences pédiatriques, de la maltraitance, des IVG. Un autre intérêt notable est de permettre au futur médecin généraliste de rencontrer ses interlocuteurs médicaux et paramédicaux de terrain.

De nombreuses sources accessibles sur internet peuvent apporter un support pour le médecin

généraliste en consultation. Pour compléter ces sources disponibles et afin de répondre aux attentes des étudiants, des enseignements théoriques spécifiques pourront être proposés. L'exemple de l'université de Toulouse avec 24 heures de formation de pédiatrie et 18 heures de formation de gynécologie semble pertinent puisque basé sur un travail de recherche de 5 années et sur plusieurs travaux de thèse (Annexe 5). Actuellement, seule une journée sur l'adolescent est dispensée à l'université de Nantes.

Les objectifs du stage SAFE pourraient être perfectionnés en s'appuyant sur les travaux réalisés par les autres universités ayant mis en place ces stages, dont nous proposons une synthèse pages 20 et 21.

Lors du stage analysé au cours de notre étude, 52 % des consultations réalisées étaient des consultations de santé de la femme et de l'enfant. Cette proportion élevée a permis à l'interne d'être confronté à un large panel de motifs de consultation. Ce chiffre pourrait être proposé comme référence pour de futurs terrains de stage chez de nouveaux MSU.

Nous constatons donc l'intérêt du contenu du stage ambulatoire femme-enfant. Dans ce contexte, le proposer à un plus grand nombre d'étudiants constitue une évolution incontournable, qui répond à leur demande de formation à la fois en gynécologie et en pédiatrie, qui cadre avec leur future pratique de médecine de ville.

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Evolution des effectifs de médecins généralistes par mode d'exercice - Source : DREES - Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?.....	9
Figure 2: Evolution des effectifs de médecins spécialistes en accès direct. Source : DREES - Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?.....	10
Figure 3: Proportion de médecins généralistes ayant vu au cours de l'année écoulée une patiente pour un motif gynécologique, en Pays de Loire (7).....	12
Figure 4: Carré de White - Source : Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine.....	14
Figure 5: Distribution du nombre de consultations de Pédiatrie par âge.....	26
Figure 6: Distribution du nombre de consultations de Pédiatrie par catégorie du motif de recours aux soins.....	29
Figure 7: Distribution du nombre de consultations de Gynécologie par âge.....	30
Figure 8: Distribution du nombre de consultations de Gynécologie par catégorie du motif de recours aux soins.....	32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Distribution du nombre de consultations de Pédiatrie par premier et second motif de recours aux soins.....	27
Tableau 2 : Distribution du nombre de consultations de Gynécologie par premier et second motif de recours aux soins.....	31

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
2. Noémie Vergier, Hélène Chapat. DREES. Déserts médicaux : Comment les définir ? Comment les mesurer ? [Internet]. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
3. Syngof. Données chiffrées en gynécologie obstétrique et gynécologie médicale [Internet]. [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: <https://syngof.fr/wp-content/uploads/2015/10/2015-Demographie-Gynecologie.pdf>
4. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/mobile.php#d3Map>
5. Bilan démographique 2018 - Insee Première - 1730 [Internet]. [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693>
6. Natalité et fécondité dans l'Union européenne en 2017 | Insee [Internet]. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381396>
7. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. oct 2016;15:1-8 [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_15_suivi_gyneco_panel3mgpdl.pdf
8. CNGOF. Gynécologie et santé des femmes. L'offre de soins. Prise en charge gynécologique [Internet]. 2000 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
9. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique. 2005;17(1):109-19.
10. Le Vaillant F, Pelletier-Fleury R. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Etudes Résultats. août 2007;(588):8.
11. Budowski M, Gay B. Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine. Exercer. 2005; (75):142-4.
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf
13. Collège National des Généralistes Enseignants. Historique du CNGE [Internet]. 2012 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/
14. Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004.

15. 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 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022747156&categorieLien=id>
16. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [Internet]. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
17. Cathalan T, Ferrat E, Compagnon L, Ghasarossian C, Gocko X, Boulet P et al. Opinion des internes sur les modifications à apporter au DES de médecine générale pour en faire un DES « idéal ». *Exercer*. 2017;131 : 131-139.
18. Angot O, Poutrain JC. Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création: enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine françaises [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2009.
19. Baranger-Royer L, Baron C. État des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire. *Exercer* 2011;97:90-1.
20. Besseau F. Appréciation du sentiment de capacité des internes de médecine générale à suivre un nourrisson de 0 à 2 ans [Thèse d'exercice]. [Angers]: UFR Santé; 2016.
21. Viellard M. Difficultés ressenties par les Internes de Médecine Générale lors de leurs premiers remplacements. Intérêt du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Etude qualitative réalisée auprès de jeunes médecins de la région Lorraine [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2014.
22. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034502881>
23. Département de médecine Générale, Université de Poitiers. Le stage femme enfant [Internet]. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/5%20Enseignements%20pratiques/Outils%20des%20stages%20ambulatoires/Outils%20p%C3%A9dagogiques/Le%20stage%20femme%20enfant.pdf>
24. Stages ambulatoires en santé de la femme et de l'enfant à Toulouse [Internet]. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Poster-congres2017-stage-ambulatoire-femme-enfant-toulouse.pdf>
26. CNGE. Progression de l'offre des stages en médecine générale [Internet]. [cité le 20 déc 2020]. Disponible sur: http://191217_Communique_SNEMG_CNGE__nombre_postes_stages.pdf.
27. Hurtaud A, Rouillon F, Lorient M, Fritsch J-P. Internes en SASPAS : moins de stress et davantage d'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles. *Exercer*. 2015;120:182-90.
28. Fraizy D. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS: étude descriptive menée à Dijon de novembre 2003 à octobre 2011 [Thèse d'exercice]. [Dijon]: Université de Bourgogne; 2012.
29. Laurent C. Pratique clinique en pédiatrie des internes en médecine générale, lors du stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie, en cabinet de médecine générale, en midi-pyrénées. [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université de Toulouse; 2013. [Internet]. [cité 2 déc 2019].

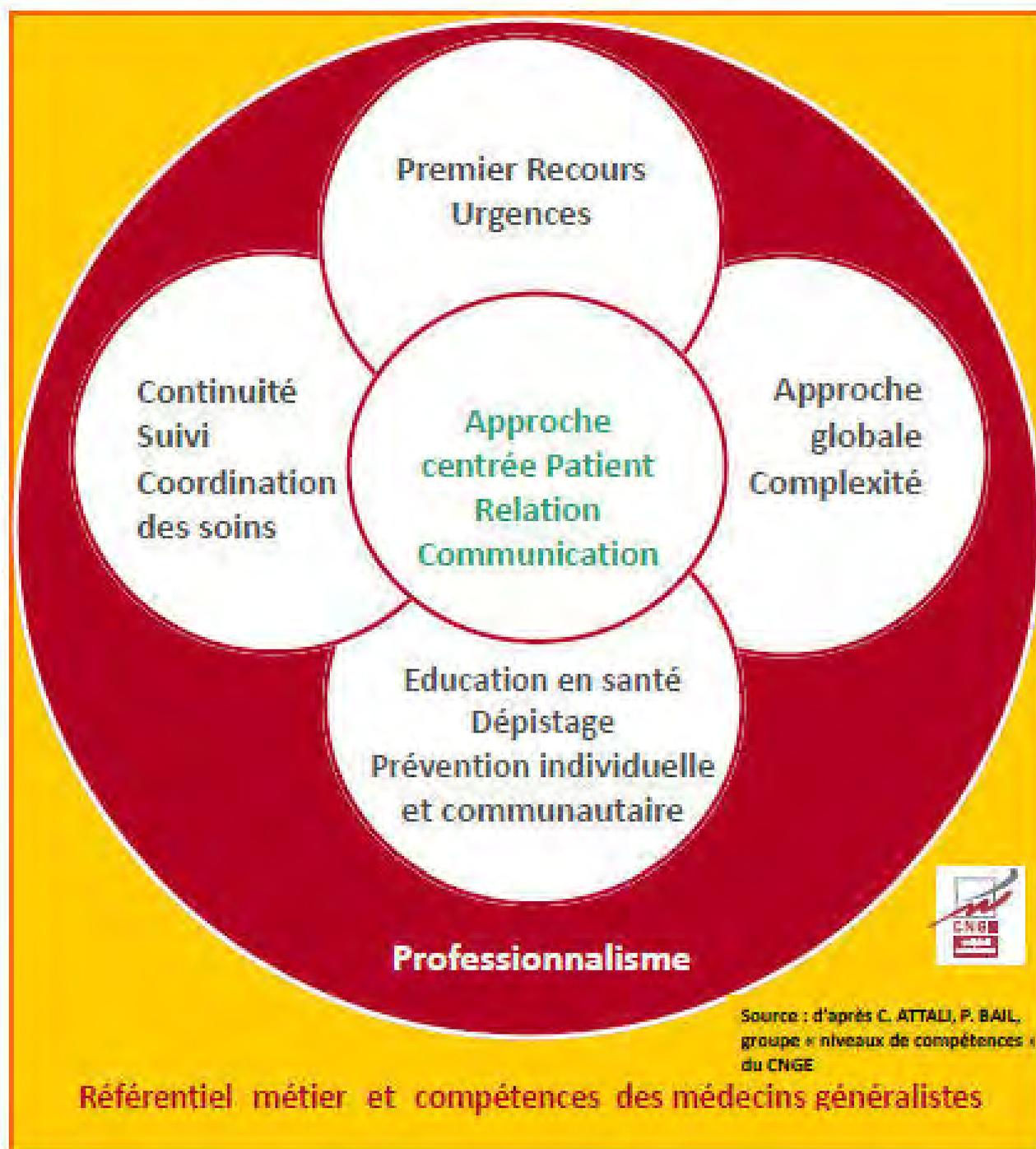
Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/72/1/2013TOU31013.pdf>

30. Daillencourt F. Quelles sont les attentes des internes du DES de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie? [Thèse d'exercice]. [Rennes]: Université de Rennes 1; 2018.
31. Tessier Cazeneuve C, Dumay J, Dupont M. Stage amulatoire femme-enfant, sur la circonscription d'Angers : ressentis des internes et constructions des compétences. Congrès CNGE. Nantes ; 2019.
32. Département de Médecine Générale Université Paris 7 Diderot. Les 6 compétences génériques [Internet]. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/les-6-competences>
33. Pediadoc. Le suivi des enfants de 0 à 6 ans [Internet]. [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://pediadoc.fr/>
34. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires [Internet]. [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires
35. Laurent C. Pratique clinique en pédiatrie des internes en médecine générale, lors du stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie, en cabinet de médecine générale, en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2013 [Internet]. [cité 8 janv 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/72/1/2013TOU31013.pdf>
36. Griot E. Consommation médicale, affections pédiatriques en soins primaires [Internet]. [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/187/fichier_enfantsegbe182.pdf
37. Assurance Maladie. Examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. [cité 11 fév 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/sante/themes/suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/enfant-et-adolescent-20-examens-de-suivi-medical>.
38. Organisation mondiale de la santé. Développement des adolescents [Internet]. 2019 [cité 9 déc 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
39. Cafilisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? Rev Médicale Suisse. 2008;4:1456-8.
40. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents: Baromètre santé jeunes Pays de la Loire, 2010. Obs Régional Santé Pays Loire. 2013;20.
41. Binder P, Chabaud F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. La revue du praticien en médecine générale. Tome 19 N°710/711 1307-1313. 21 nov 2005. [Internet]. [cité 9 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/AccAdoMG05.pdf>
42. Delmas MC, Guignon N, Leynaert B, Com-Ruelle L, Annesi-Maesano I, Chardon O, et al. Évolution de la prévalence de l'asthme chez l'enfant en France : enquêtes nationales de santé en milieu scolaire 2003-2008. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(20):360-5. [cité 14 janv 2020]; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2014/20/2014_20_3.html

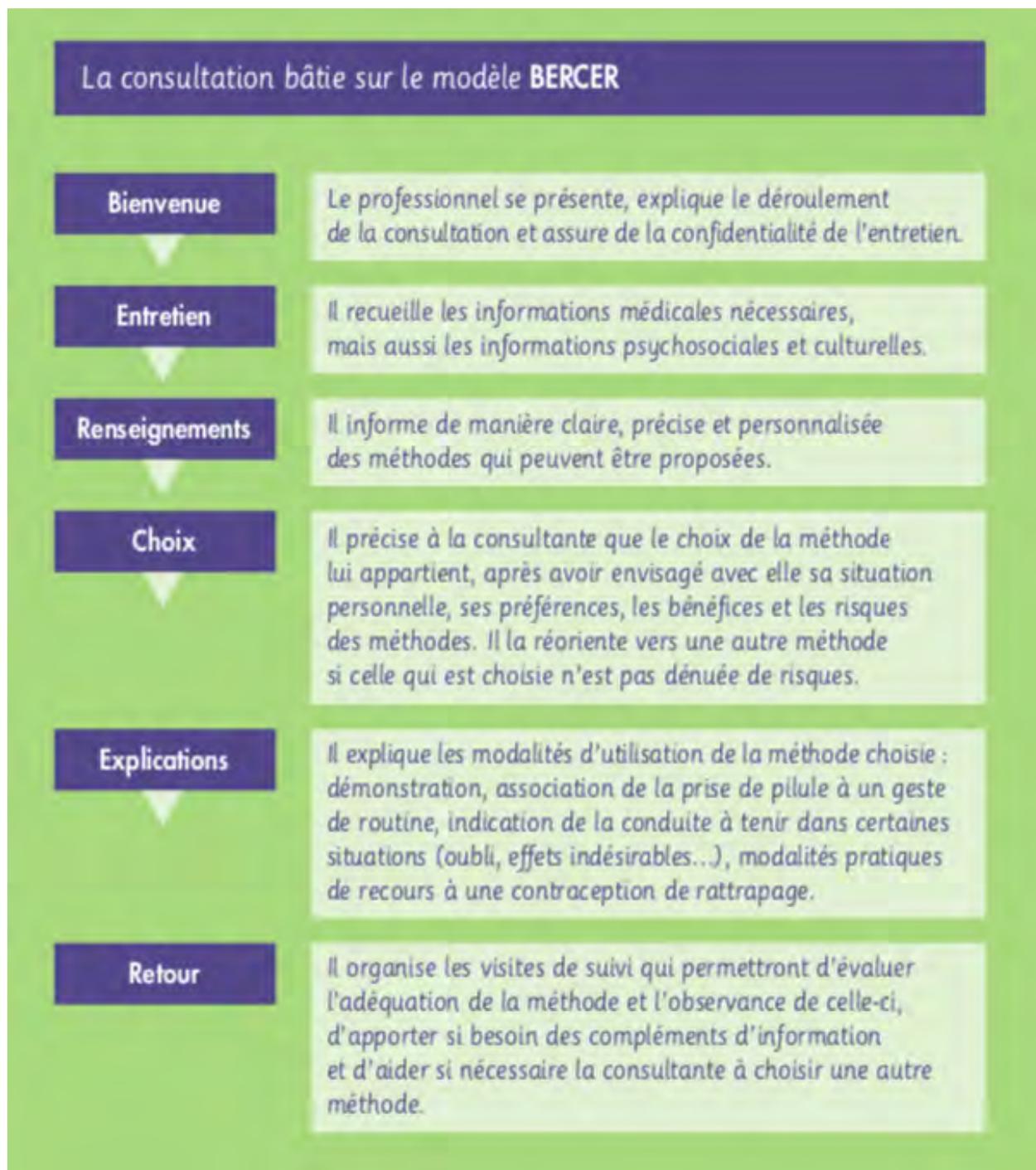
43. Inserm. Asthme [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/asthme>
44. Maladies Chroniques 44 [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.mc44.fr/>
45. Surpoids et obésité infantile [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/surpoids-et-obesite-infantile/un-enjeu-de-sante-publique>
46. Obéclic [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.obeclic.fr/>
47. Jehin E. Troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent en médecine générale : prévalence et procédures de soins mises en place. [Thèse d'exercice]. [Strasbourg]: Faculté de médecine de Strasbourg; 2018.
48. Von Klitzing K, Döhnert M, Kroll M, Grube M. Mental Disorders in Early Childhood. Dtsch Arzteblatt Int. 25 mai 2015;112(21-22):375-86.
49. Porte Cazaux B. Evaluation des acquisitions des internes de médecine générale au cours de leur stage de pédiatrie-gynécologie en milieu libéral : cas de la pédiatrie [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Toulouse 3 - Paul Sabatier; 2014.
50. Société francophone de médecine d'urgence. Conférence de consensus, Maltraitance : Dépistage, conduite à tenir aux urgences. Nantes; 2004 p. 12.
51. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Contraception, Pour une prescription adaptée. [Internet]. [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf
52. Bres AL. Pratique clinique en gynécologie-obstétrique des internes en médecine générale lors des stages « annexes » du stage de gynécologie-pédiatrie chez le praticien [Internet]. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1/2/2012TOU31091.pdf>
53. C. Favier ; Quels patients pour quels médecins? Etude de l'association entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes français et celles de leurs patients par analyse multivariée. [Thèse d'exercice]. Université de Lille 2; 2014
54. Netgen. L'abord de la sexualité en consultation gynécologique [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-554/L-abord-de-la-sexualite-en-consultation-gynecologique>
55. Vanderbavière A. Devenir Maître de Stage des Universités [Internet]. [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.medecinmsu.fr/devenir-ma%C3%A9tre-de-stage-des-universit%C3%A9s-bordeaux>
56. Maillol M, Montariol Y, Pétrègne F, Vandebavière A, Dahlem L. Etude prospective de recrutement des M.S.U. grâce à l'utilisation d'internet. DMG Université de Bordeaux. Congrès CNGE Nantes : 28 novembre 2019.
57. Département de médecine générale de Nantes. Calendrier prévisionnel des cours de D.E.S. année 2019 2020 [Internet]. [cité 4 janv 2020] Disponible sur : <https://medecine.univ-nantes.fr/formation-initiale/calendrier-previsionnel-des-cours-de-d-e-s-annee-2019-2020-2561924.kjsp>.

ANNEXES

Annexe 1 : Les compétences en médecine générale – Source : Les 6 compétences génériques | Département Médecine Générale - Université Paris 7 Diderot



Annexe 2 : La méthode BERGER, aide à la consultation lors d'une première prescription de contraception – Source : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf



Annexe 3 : Fiche d'évaluation de stage – Source : Département de Médecine Générale, Angers

PERSONNEL

PAGE 2

03/05/2019 -



DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE Angers



INDICATEURS de mises en situations VERIFIES au moins UNE FOIS avec le MSU

Réalisées en présence du MSU

	N	I	C
En s'appuyant sur la méthode BERCER, réalise une consultation de démarche d'aide aux choix contraceptifs			
À l'aide de supports pédagogiques, explique les différents moyens de contraception y compris la contraception définitive féminine et masculine et les contraceptions d'urgence			
Interroge l'existence d'un projet de grossesse et propose une consultation pré-conceptionnelle pour informer, délivrer les messages de prévention et proposer les examens de suivi			
Informe du choix de réaliser ou non les tests de dépistage du risque de trisomie 21 et accompagne à chaque étape les décisions du couple.			
Fait une première consultation avant la déclaration de grossesse, incluant les examens cliniques et biologiques et les messages de prévention, apprécie le niveau de risque de la grossesse, en précise le suivi et accompagne l'élaboration du projet de naissance			
Programme une deuxième consultation de grossesse avant 15SA où réalise la déclaration de grossesse, propose un entretien individuel ou de couple et informe de la possibilité de participer ultérieurement aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité			
S'enquière de la mise à jour des dépistages validés chez la femme et propose si besoin une consultation dédiée à l'examen gynécologique de suivi.			
Réalise et commente la palpation mammaire à la patiente			
Aborde avec une femme concernée les questions autour de la ménopause, répond à la demande des dosages hormonaux et informe des mesures validées dans la prévention de l'ostéoporose.			

En indirect avec le MSU :

Rapportées par l'interne si vues en solo

Abordées par le MSU avec l'interne si non vues en consultation réelle

	N	I	C
Répond au téléphone à une femme qui a eu un oubli de pilule			
> Commente à la patiente des résultats d'un FCU anormal et propose un suivi			
Propose à un(e) adolescent(e) l'utilisation du PASS Contraception/Prévention pour la contraception et le dépistage des IST.			
Orienté si besoin la patiente enceinte vers un centre hospitalier dans une permanence d'accès aux soins de santé centrée sur la périnatalité			
> Fait le Récit d'une consultation du 4ème et du 6ème mois de grossesse			
Écrit une synthèse du suivi de grossesse ou remplit le carnet de maternité pour faciliter et améliorer la continuité des soins			
Répond au téléphone à une maman qui présente un engorgement mammaire avec fièvre			
Accompagne la mère et/ ou les parents dans le choix du type d'allaitement			
> Rapporte le contenu d'une consultation post natale			
Prescrit un THM et/ ou répond à la demande de prescription selon les recommandations françaises et le souhait de la patiente			
Interroge les facteurs de risque de fracture et les prend en compte pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose.			
> Recherche une incontinence uniaire d'effort et/ou par urgenturie chez une femme et propose une prise en charge			
> Informe sur les différentes procédures d'IVG y compris chez la femme mineure			
Propose un dépistage des IST et leur suivi. Met en place un traitement probabiliste si besoin.			
Informe et accompagne une patiente qui présente une mammographie ACR3 ou ACR4, organise le suivi et assure la coordination des soins par courrier ou par téléphone.			
> Questionne l'existence de violences subies par la patiente, propose un certificat médical et l'accompagne dans le choix des personnes ressources.			
> Explore et accompagne un trouble gynécologique qui se répète (mycose, cystite)			
Restitue une consultation avec des plaintes sexuelles et les réponses proposées			
Mène une consultation pour crainte d'hypofertilité			

DOMAINE SUIVI DE L'ENFANT

INDICATEURS de mises en situations VÉRIFIÉS au moins UNE FOIS

Réalisées en présence du MSU

	N	I	C
Remplit sur le carnet de santé les courbes de développement statur pondéral, dépiste le rebond d'adiposité et les cassures de courbe et propose aux parents un suivi adapté.			
Renseigne les items des examens obligatoires en repérant les étapes du développement psychomoteur et propose des réévaluations si besoin.			
Fait les dépistages sensoriels adaptés à l'âge de l'enfant et oriente pour avis et prise en charge si besoin			
S'appuie sur les repères du carnet de santé de l'enfant pour accompagner les parents dans l'alimentation de leur enfant.			
Informe les parents sur l'attitude à avoir si fièvre et / ou diarrhée chez un nourrisson.			
Assure la prise en charge des dermatoses courantes.			
Répond à la demande insistante des parents pour avoir des médicaments que le MG ne propose pas.			
Fait un test de dépistage des troubles du langage à 3, 4 ou 6 ans.			
Recommande les vaccins inscrits au calendrier et argumente si besoin leur justification.			
Prescrit les traitements adaptés aux infections pulmonaires et ORL du nourrisson et de l'enfant et Montre si besoin comment réaliser une désinfection rhinopharyngée.			
Informe une adolescente et ses parents sur la vaccination anti HPV.			

En indirect avec le MSU

Rapportées par l'interne si vues en solo

Abordées avec l'interne par le MSU si non vues en consultation réelle

	N	I	C
Propose et argumente une hospitalisation d'un nourrisson de moins de 3 mois.			
Informe de la nécessité du BCG à un nourrisson selon les recommandations.			
Rapporte une consultation d'un enfant présentant une bronchiolite en se référant aux signes de gravité.			
Accompagne les parents dont le nourrisson présente des troubles digestifs bénins répétitifs.			
Propose une consultation médicale si demande d'orthophonie.			
Illustre une situation clinique autour de la croissance de l'enfant.			
Répond aux demandes de vitamines et autres suppléments.			
Illustre une situation clinique où il y a une question autour des organes génitaux externes.			
Fait le récit d'un accompagnement à la parentalité et le commente.			
Entend et explore les craintes des parents sur un symptôme qui insiste ou se répète.			
Accompagne les parents d'un enfant dont le comportement interroge.			
Dépiste les troubles du spectre autistique.			
Témoigne d'un doute de maltraitance chez un enfant et propose une attitude.			
Informe un enfant et ses parents sur le vaccin de l'hépatite B entre 10 et 15 ans.			
Aborde les questions relatives à la sexualité des adolescents.			
Propose une consultation à l'adolescent qu'il a identifié en souffrance psychologique en respectant son souhait de la présence ou non de ses parents et en l'assurant de la confidentialité s'il vient seul.			
	N	I	C
Intègre dans une consultation avec un ado l'exploration des troubles du sommeil, la répétition des accidents, le stress ressenti dans la famille et à l'école, la consommation perturbante de tabac et d'alcool, l'impact des réseaux sociaux.			

Annexe 4 : Fiche d'évaluation de stage en santé de la femme et de l'enfant – Source :
Département de Médecine Générale, Tours

Santé de la femme

Pour évaluer, merci de se référer au guide intitulé « Situations que les Internes de médecine générale doivent travailler en stage santé de la femme », disponible sur le site du DUMG

	Novice	Intermédiaire	Confirmé	Non évalué
Prescrire une contraception, en assurer le suivi, informer et éduquer pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence.				
Ecoute les demandes explicites, facilite la formulation de la demande puis propose en expliquant les différents moyens de contraception pour permettre un choix éclairé à la patiente et au couple.				
Propose et justifie un mode de contraception adapté à la personne				
Commente et élabore un projet de suivi				
Informer autour d'un projet de grossesse. Suivre une grossesse normale dans sa dimension médicale, mais aussi affective en y intégrant la consultation pré-conceptionnelle, aider la femme à réduire ses risques (produits psychoactifs, tabac, alcool), repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme.				
Ecouter la patiente et l'informer sur son projet de grossesse				
Suivre l'évolution de la grossesse, de la déclaration à l'adresse au gynécologue obstétricien				
Accompagner les parents dans l'accueil de l'enfant à naître				
Informer et suivre la femme après l'accouchement				
Suivre une femme en péri-ménopause puis ménopausée, analyser le risque et le bénéfice d'un traitement hormonal substitutif, intégrer les demandes de la femme à une stratégie de suivi, de dépistage et de prévention. Evaluer le risque ostéoporotique et proposer une stratégie adaptée. Répondre à la plainte concernant les troubles urinaires et sexuels.				
Répondre à la demande de la patiente concernant son statut ménopausique et l'informer sur les possibilités de soins				
Proposer les dépistages (col utérin et sein, colon) en les situant dans le cadre des dépistages organisés				
Evaluer avec la femme le risque ostéoporotique et organiser son suivi				
Questionner sur les signes d'expression spontanée parfois délicats : d'incontinence urinaire et l'inconfort des rapports sexuels				
Répondre à une demande d'IVG dans le cadre réglementaire				
Prendre en compte la demande d'IVG en respectant le devoir d'information et la clause de conscience				
Répondre de façon adaptée dans le cadre du premier recours à une demande urgente ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable				
Effectuer un examen clinique gynécologique adapté				
Prescrire les examens paracliniques nécessaires et organiser si besoin l'orientation dans le parcours des soins				
Assurer la prévention, le dépistage et le traitement des IST prenant en compte les objectifs de santé communautaire				
Assurer et informer sur le dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme.				
S'inscrire dans les objectifs de santé communautaire				
Assurer la continuité des soins dans une approche centrée sur la patiente				
Recevoir des demandes sur les troubles de la sexualité				
Permettre l'expression de ces plaintes				
Explorer la plainte				
Envisager avec le patient les possibilités de résolution de ces situations				
Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple				
Poser un diagnostic global de la situation à partir des plaintes du patient				
Elaborer un projet d'intervention négocié avec le patient après avoir réalisé une synthèse partagée de la situation résultant de l'exploration et de l'intégration des plaintes				
Mettre en œuvre un projet thérapeutique				
Rédiger les certificats nécessaires				
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge				
NB : Gestes techniques spécifiques				
Réaliser un frottis				
Poser et retirer un implant				
Poser et retirer un DIU				

Santé de l'enfant

Pour évaluer, merci de se référer au guide intitulé « Situations que les internes de médecine générale doivent travailler en stage santé de l'enfant », disponible sur le site du DUMG

	Novice	Intermédiaire	Confirmé	Non évalué
Faire le suivi de nourrissons et d'enfants dans les consultations systématiques de surveillance en s'assurant de leur développement global, de leur prévention vaccinale et du dépistage de leurs troubles sensoriels et psycho comportementaux.				
Ecouter et répondre aux questions des parents concernant les repères dans l'alimentation de leur nourrisson				
Proposer et assurer des consultations dédiées aux examens systématiques et de suivi du nourrisson et de l'enfant				
Accompagner les parents inquiets des troubles de leur nourrisson et développer une conduite adaptée devant les pathologies les plus fréquentes du nourrisson et de l'enfant				
Ecouter et prendre en compte les plaintes et l'inquiétude des parents dans leur dimension psychologique et sociale				
Ecouter et répondre aux plaintes concernant les problèmes locomoteurs et les maladies prévalentes d'une manière adaptée				
Assurer la coordination des soins en cas de maladie chronique ou handicap				
Développer une attitude d'éducation et de prévention				
Accueillir et suivre un adolescent en intégrant une exploration somatique et psychique et une attitude permettant à la fois d'établir une relation de confiance, un rôle préventif et éducatif, et une place de coordinateur				
S'engager dans une relation structurée				
Adopter une attitude d'éducation et de prévention				
Prendre en compte l'adolescent dans sa globalité				
Conseiller et orienter si besoin				
NB : gestes techniques spécifiques				
Réaliser un vaccin chez le nourrisson et l'enfant				

LE TEST « TSTS-Cafard »

Il consiste à aborder 4 thèmes en formulant les questions d'ouverture suivantes.

Traumatologie → « *As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année?* »

Sommeil → « *As-tu des difficultés à t'endormir le soir?* »

Tabac → « *As-tu déjà fumé? (même si tu as arrêté)* »

Stress → « *Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux?* »

Ces questions peuvent être abordées en tant que telles à un moment donné ou, mieux, « distillées » au cours de la consultation pour en atténuer l'éventuel caractère d'interrogatoire intrusif.

On s'en souviendra avec l'acronyme T.S.T.S.

À chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 « mots clés »

Sommeil → **Cauchemars** : « *Fais-tu souvent des Cauchemars?* »

Traumatologie → **Agression** : « *As-tu été victime d'une Agression physique?* »

Tabac → **Fumeur quotidien** : « *Fumes-tu tous les jours du tabac?* »

Stress scolaire → **Absentéisme** : « *Es-tu souvent Absent, ou en Retard à l'école?* »

Stress familial → **Ressenti Désagréable** familial
« *Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable?* »

On s'en souviendra avec l'acronyme C.A.F.A.R.D.

Deux réponses positives à 2 questions différentes concernent la moitié des adolescentes ayant eu des idées suicidaires et rend légitime la demande du médecin à propos de problèmes de mal-être actuel ou passé.

Trois réponses positives au « Cafard » concerne la moitié des adolescents ayant fait une tentative de suicide.

Référentiel

■ Lors de toute consultation avec un adolescent

- Proposer une ouverture lors de l'exposé du motif par une allusion : « *Oui, mais encore?* »...
- Intégrer le rôle du tiers : « *Qui demande quoi et pour qui?* », puis « *Que dire à qui, comment et pourquoi?* »
- Commenter l'examen clinique pendant sa réalisation en suscitant un échange.
- Dépister le mal-être avec le test « TSTS-Cafard ».

■ Lorsqu'un mal-être est dépisté

- Confronter les points de vue et savoir reformuler.
- Renforcer le lien par l'utilisation d'outils relationnels.
- Fixer un rendez-vous dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation.
- Orienter éventuellement vers le dispositif spécialisé.

Annexe 6 : Enseignement intégré au stage de gynécologie-pédiatrie. Source : DUMG de Toulouse ;

<https://dumg-toulouse.fr/uploads/e32a8f6abaf66b8927677cd772a12816f8b8239c.pdf>

L'enseignement intégré au stage de gynéco pédiatrie est sous la responsabilité

- du Dr Thierry BRILLAC pour la santé de la Femme
- et des Drs Motoko DELAHAYE et Pierre André ATTARD pour la santé de l'Enfant

L'enseignement concernant la santé de la Femme d'une durée de 24 heures, comprend:

- Un module « contraception + gestes pratiques en gynécologie » qui se déroule en deux séquences de 3 heures avec un enseignement théorique sur les méthodes contraceptives et une initiation sur mannequins aux gestes pratiques essentiels en soins primaires : *examen gynécologique, frottis cervico utérin, pose de DIU, pose d'implant contraceptif.*
- Un module sur « les pathologies gynécologiques courantes » (3 heures)
- Un module sur « le suivi de grossesse » (6 heures)
- Un module sur « le suivi de la petite fille, de l'adolescente et de la femme âgée » (3 heures)
- Un module sur « allaitement maternel » (3 heures)
- Un module « autour de la conception » (3 heures)

L'enseignement concernant la santé de l'Enfant comprend deux modules de 9 heures dont les objectifs pédagogiques sont les suivants :

-Module 1

- Maîtriser l'examen clinique et son orientation
- planifier le suivi normal et intégrer les relations médecin –parent et médecin - enfant
- Conseiller les parents pour l'alimentation des nourrissons et des enfants, prendre en charge les troubles digestifs courants
- Dépister et prendre en charge le suivi des enfants obèses ainsi que les troubles pubertaires

-Module 2

- Repérer les troubles du développement et de l'interaction mère-enfant
- Prendre en charge les pathologies courantes et repérer les signes d'alerte + urgences pédiatriques

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Stéphane Ploteau

Vu, Le Directeur de Thèse,
Madame le Docteur Anne Le Moing Pelon

Vu, le Doyen de la Faculté,

Title : Descriptive analysis of the motives for appointments carried out by the general practice resident, during the experimental outpatient traineeship in women's and children's health, in a traineeship in Vendée, France.

ABSTRACT

We carried out a prospective study whose goal was to analyse the appointments completed by the general practice resident during an experimental outpatient traineeship for women and children, which took place in Vendée, France, during a semester from May to November of 2019.

The hypothesis was that the outpatient traineeship allowed the resident to be confronted with the pediatrics and gynecology situations most frequently encountered in general practice. During this traineeship, gynecology and pediatrics appointments represented 52% of total appointments completed by the resident. 506 motives of access to health care were analysed, including 334 for children's health and 172 for women's health. The main motives we found in gynecology were contraception (33%), screening and prevention (17%), pregnancy follow-up (15%), lower genital infections and pelvic symptomatology (11%). The most frequent motives for pediatrics appointments were prevention and screening (38%), ENT pathologies (18%) and administrative motives (16%). These motives correspond to routine motives encountered by general practitioners.

Some situations were not as commonly met. In pediatrics, this involves chronic diseases follow-up, mental disorders, detection of abuse and emergency management situations. In gynecology, this concerns the care of post-menopausal women, psychological care and sexual dysfunctions. These results match with those from the literature.

We suggest to enrich the SAFE traineeship with transdisciplinary teachings such as school medicine, pediatric emergencies, independent midwifery and planning centre; as well as adding a more comprehensive theoretical training.

KEYWORDS

Pediatrics, Gynecology, General medicine, Traineeship, Pedagogy, Motives of access to health, Teaching, Medical consultation, Outpatient internship

Thèse d'exercice en Médecine Générale : Analyse descriptive des motifs de consultation réalisées par l'interne de médecine générale, lors du stage ambulatoire expérimental en santé de la femme et de l'enfant, dans un cabinet de Vendée.

RESUME

Nous avons réalisé une étude prospective, dont l'objectif était l'analyse des consultations réalisées par l'interne de médecine générale, lors du stage ambulatoire expérimental de la femme et de l'enfant, réalisé en Vendée lors du semestre de mai à novembre 2019.

L'hypothèse était que le stage ambulatoire permettait à l'interne d'être confronté aux situations de pédiatrie et de gynécologie les plus fréquemment rencontrées en médecine générale. Lors de ce stage, les consultations de gynécologie et de pédiatrie ont concerné 52 % des consultations totales réalisées par l'interne. 506 motifs de recours au soin ont été analysés dont 334 pour la santé de l'enfant et 172 pour la santé de la femme. Les principaux motifs retrouvés en gynécologie étaient la contraception (33%), le dépistage et la prévention (17%), le suivi de grossesse (15%), et les infections génitales basses et la symptomatologie pelvienne (11%). En pédiatrie, les consultations les plus fréquentes concernaient la prévention et le dépistage (38 %), les pathologies ORL (18 %) et les motifs administratifs (16 %). Ces motifs correspondent aux consultations courantes du médecin généraliste.

Certaines situations étaient moins rencontrées. En pédiatrie, il s'agit du suivi des pathologies chroniques, des troubles psychiques, du dépistage de la maltraitance et des situations de gestion de l'urgence. En gynécologie, il s'agit de la prise en charge de la femme ménopausée, de la prise en charge psychologique et des troubles de la sexualité. Ces résultats concordent avec ceux de la littérature.

Nous proposons d'enrichir le stage SAFE par des apprentissages transdisciplinaires : PMI, médecine scolaire, urgences pédiatriques, maïeutique libérale, centre de planification, pédiatrie et gynécologie libérale, et d'y ajouter une formation théorique plus complète.

MOTS CLEFS

Pédiatrie, Gynécologie, Médecine générale, Stage pratique, Pédagogie, Motifs de consultation, Enseignement, Consultation médicale, Stage ambulatoire