

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ACR: American College of Radiology

CHU: Centre Hospitalo-Universitaire

CNGE: Collège National des Généralistes Enseignants

CPEF: Centre de Planification et d'Education Familiale

DES: Diplôme d'Etudes Spécialisées

DREES: Direction de la Recherche des Etudes et des Evaluations Statistiques

DIU: Dispositif Intra Utérin

DMG: Département de Médecine Générale

FCU: Frottis Cervico-Utérin

HAS: Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus

M: Mise en situation

MG: Médecine Générale

MSU: Maître de Stage Universitaire

PMI: Protection Maternelle et Infantile

SASPAS: Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

THM : Traitement Hormonal de la Ménopause

TSH: Traitement Substitutif Hormonal

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	7
LISTE DES ABREVIATIONS	9
SOMMAIRE	10
INTRODUCTION	11
MATERIEL ET METHODES	13
RESULTATS	15
1. LA POPULATION	15
2. LES CRITÈRES DE VALIDATION	16
2.1. La réalisation des gestes techniques	16
2.2. La réalisation des mises en situation	17
3. L'UTILISATION DU GUIDE DES COMPÉTENCES	32
3.1. Au cours des quatre premiers mois de stage	32
3.2. Au cours des deux derniers mois.....	33
DISCUSSION	35
1. FORCES ET LIMITES DE LA METHODE	35
1.1. Limite statistique	35
1.2. La méthode de recueil	35
1.3. Biais de réalisation	36
1.4. Limites du questionnaire initial.....	36
2. FAISABILITE DES GESTES TECHNIQUES	37
2.1. Le frottis cervico-utérin.....	37
2.2. La pose de dispositif intra-utérin.....	37
2.3. L'implant.....	37
2.4. Les lieux de formation.....	38
3. PERTINENCE DU CHOIX DES MISES EN SITUATION	39
4. PERTINENCE DE LA VALIDATION DES MISES EN SITUATION	40
4.1. La supervision directe	40
4.2. Les consultations réalisées en solo	41
4.3. La validation en différé	42
5. REFLEXIONS PAR RAPPORT A LA POPULATION DES INTERNES	44
5.1. Certains avaient déjà validé le semestre de gynécologie ou de pédiatrie.....	44
5.2. Une grande variabilité entre le nombre d'actes réalisés par interne	44
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	46
TABLE DES FIGURES	49
TABLE DES TABLEAUX	50
TABLE DES MATIERES	51
ANNEXES	53

INTRODUCTION

En France, le suivi médical de la femme et de l'enfant est assuré par le médecin généraliste, le gynécologue et le pédiatre. Devant la pénurie de médecins dans certains territoires, observée à partir de la fin des années quatre-vingt-dix, il a été décidé d'augmenter le *numerus clausus*. Depuis 1993, les étudiants admis en médecine sont plus nombreux, ce qui a permis d'accroître le nombre des professionnels de santé à partir des années 2000.

Les statistiques annuelles publiées par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2002 à 2012, montrent une diminution du nombre de gynécologues médicaux et de pédiatres en ambulatoire malgré leur démographie globale croissante (cf Annexe I).

Il est probable que les médecins généralistes soient davantage sollicités pour les soins de premiers recours des enfants et des femmes. Les internes de médecine générale doivent donc être formés pour faire face à ces situations. L'augmentation de leur nombre et les possibilités réduites d'agrément de stage supplémentaire en milieu hospitalier nécessitent la création de nouveaux lieux de formation. En 2010, un arrêté concernant la validation du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale rend possible la réalisation d'un stage non hospitalier au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie.

À Angers, devant le nombre insuffisant des Maîtres de Stage Universitaires (MSU), un stage couplé au Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) a été créé en Novembre 2011. Le conseil du Département de Médecine Générale (DMG) a accepté cette expérimentation pour un an sous la condition d'une évaluation à échéance.

La validation de la valence Gynécologie-Pédiatrie (GP) repose sur la réalisation de mises en situation, de gestes techniques (cf Annexe II) et la participation à un enseignement. Pour mettre en place ce nouveau dispositif, un guide a été élaboré. Il précise les familles de situations du recours des femmes et des enfants en médecine générale auxquelles l'interne doit être confronté au cours de son stage. Les tâches à effectuer pour favoriser les apprentissages y sont détaillées (cf Annexe III).

Une étude qualitative explorant le déroulement du stage et l'appréciation du nouveau dispositif, a été faite auprès des internes et des MSU participant au premier semestre. Elle montre que le guide a été un soutien dans l'acquisition des compétences. Le listing des mises en situation a permis aux internes de les rendre acteurs de leur formation et d'en

mesurer la progression. Ils ont réalisé tous les critères de validation, certains plus difficilement car moins prévalents. Le nombre de gestes techniques jugé excessif initialement a pu être atteint par la mobilisation de l'interne à trouver les conditions de leurs réalisations.

Les consignes de validation prévues, « en présence du MSU » ou « en différé » si la mise en situation n'avait pas eu lieu ont été adaptées à la réalité du stage.

Pour compléter cette étude qualitative, nous allons évaluer les critères de validation de la valence GP du SASPAS GP en dehors de la participation à l'enseignement.

Cette thèse se fixe pour objectif principal de quantifier les mises en situation et les gestes techniques effectués par l'interne. Elle permettra secondairement d'explorer les modalités de leur réalisation, de préciser le type de supervision et de déterminer le mode d'utilisation du contenu pédagogique du guide.

MATERIEL ET METHODES

L'étude se déroule auprès des internes concernés par le stage sur le semestre de mai 2012 à novembre 2012.

Il s'agit d'une étude quantitative, prospective et déclarative. Les internes ont choisi ce stage selon les procédures requises : choix par ordre de classement dans les promotions et conditions remplies pour prétendre au SASPAS. Ils devaient donc avoir réalisé le stage de premier niveau chez le praticien et être en troisième année de DES. La condition de ne pas avoir effectué de stage validant la gynécologie ou la pédiatrie n'a pu être maintenue car des internes « éligibles » en dernière année de DES avaient effectué un stage antérieur en gynécologie ou pédiatrie. Six postes ont été créés pour l'expérimentation.

Les six internes ont été contactés par courriel et/ou par téléphone le 30 mai 2012.

Le recueil de données a été effectué grâce à un tableau rempli par les internes. Les rencontres avec ces derniers ont eu lieu au début de chaque mois sauf au mois d'août du fait de la période de congés. Le dernier rendez-vous s'est déroulé fin octobre car plusieurs internes, en fin de cursus, ont terminé le 31 octobre. Les dates et heures ont été déterminées en fonction des enseignements à la faculté ou à l'hôpital : le 1^{er} juin, le 6 juillet, le 7 septembre, le 5 octobre et le 26 octobre.

Le tableau est composé de quarante-deux lignes correspondant aux critères de validation et de trois colonnes (cf Annexe IV).

La première colonne explore le nombre d'actes validants effectués et examine la supervision : directe, indirecte ou non réalisée. La supervision réalisée par le MSU se fait soit en direct quand il est présent à la consultation de l'interne, soit de manière indirecte après la mise en situation en solo de l'étudiant.

La seconde quantifie les situations non vues en consultation nécessitant une validation différée par le biais de jeux de rôle, de récits cliniques rapportés par le MSU, de recherches littéraires.

La troisième concerne l'utilisation du guide :

- par l'interne, avant ou après la consultation.
- par l'interne avec les MSU.

L'interne complète le tableau chaque fois qu'il réalise un critère de validation sur l'ensemble des terrains de stage.

Deux consignes s'ajoutent :

- préciser le lieu de réalisation d'un geste technique si celui-ci n'a pas été fait dans les cabinets des MSU.
- faire des commentaires libres sur l'utilisation du référentiel.

Les réponses ont été saisies sous le logiciel Microsoft Excel®. L'analyse a été réalisée par quantification des résultats et calcul de moyennes.

Pour affiner l'utilisation du guide, un questionnaire a été distribué au début des deux derniers mois du stage (cf Annexe V). Il pose des questions ouvertes sur :

- les situations pour lesquelles l'interne a utilisé le guide, l'aide apportée et les recherches induites.
- le recours au guide avec le maître de stage référent en notant les items concernés.
- et la même question avec le trinôme des maîtres de stage.

RESULTATS

1. LA POPULATION

La répartition par sexe est de quatre femmes et deux hommes. Il y a deux internes en cinquième semestre et quatre en sixième.

Un interne a réalisé un stage de gynécologie, un autre de pédiatrie et quatre n'ont fait ni l'un ni l'autre.

Ils ont été contactés par téléphone et ont tous accepté de participer à l'étude.

Les internes ont tous rempli cinq tableaux sauf deux qui n'en ont fait que quatre (suite à une période de congés prolongés pendant l'été).

Rapport-Gratuit.com

2. LES CRITÈRES DE VALIDATION

Chaque interne a effectué en moyenne 300 actes de gynécologie-pédiatrie au cours du semestre (minimum 211, maximum 426, écart type : 140).

2.1. La réalisation des gestes techniques

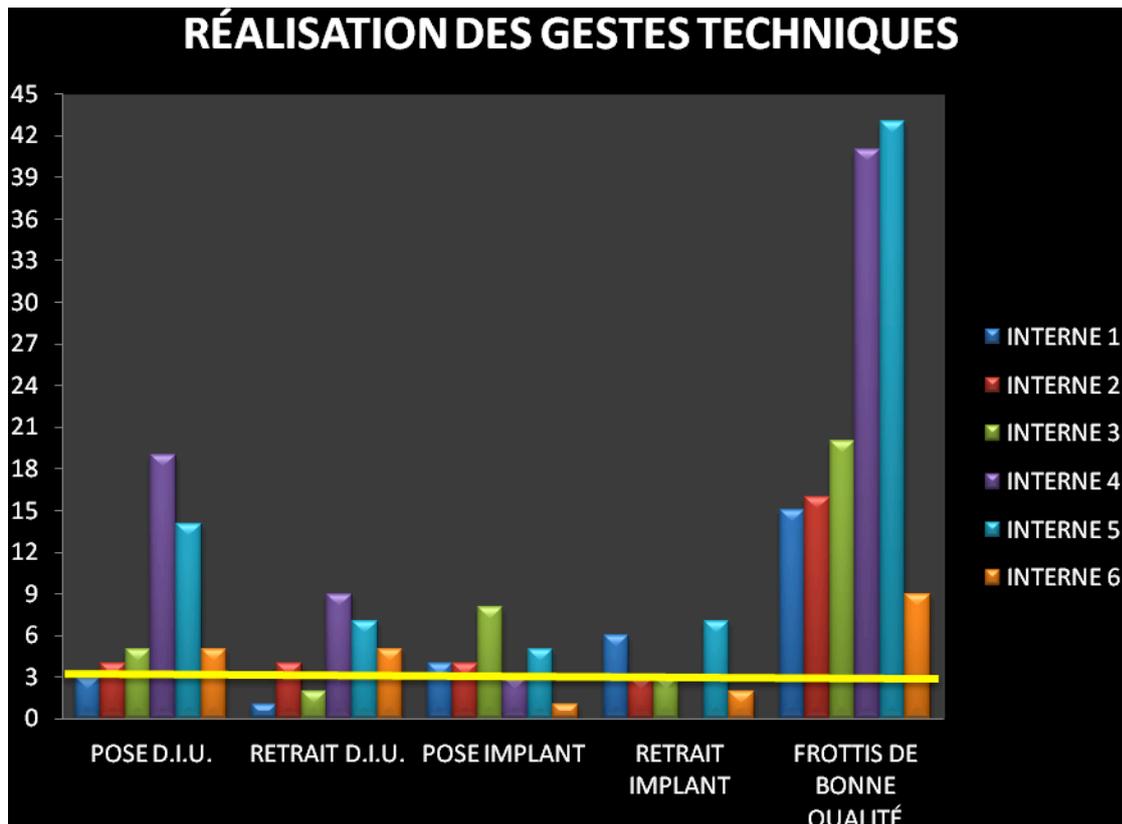


Figure 1 : Réalisation des gestes techniques

Le graphique ci dessus présente les cinq gestes techniques et leur nombre effectué par chacun des six internes. La validation exige trois réalisations pour chaque geste et est représentée par la ligne jaune.

Elle a été obtenue pour le Frottis Cervico-Utérin (FCU) dont la moyenne est de 25 par interne (écart type : 13,48) et pour la pose de Dispositif Intra Utérin (DIU) en moins grand nombre avec une moyenne de 10 (écart type : 7,75).L'exigence n'a pas été respectée par deux internes pour le retrait de DIU ; un pour la pose d'implant ; deux pour le retrait d'implant. Les gestes ont été effectués majoritairement sur les lieux de stages, seul un interne a posé un implant et en a retiré deux dans un Centre d'Éducation et de Planification Familiale (CPEF).

2.2. La réalisation des mises en situation

2.2.1. Les moyennes des mises en situation réalisées par interne

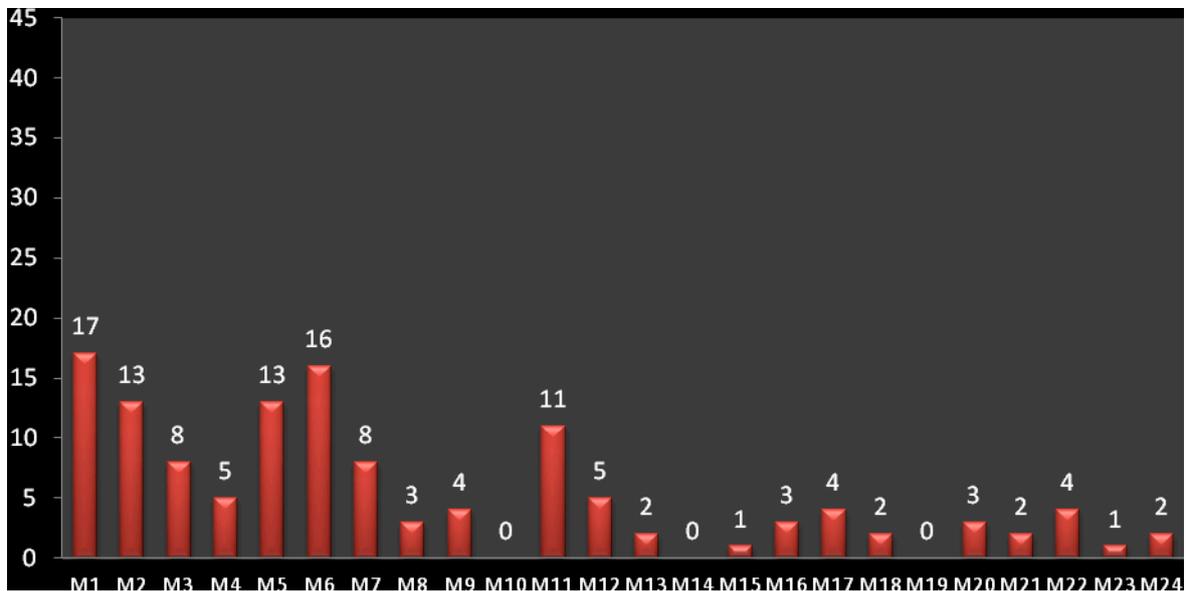


Figure 2 : Moyenne de mises en situation de gynécologie réalisées par interne

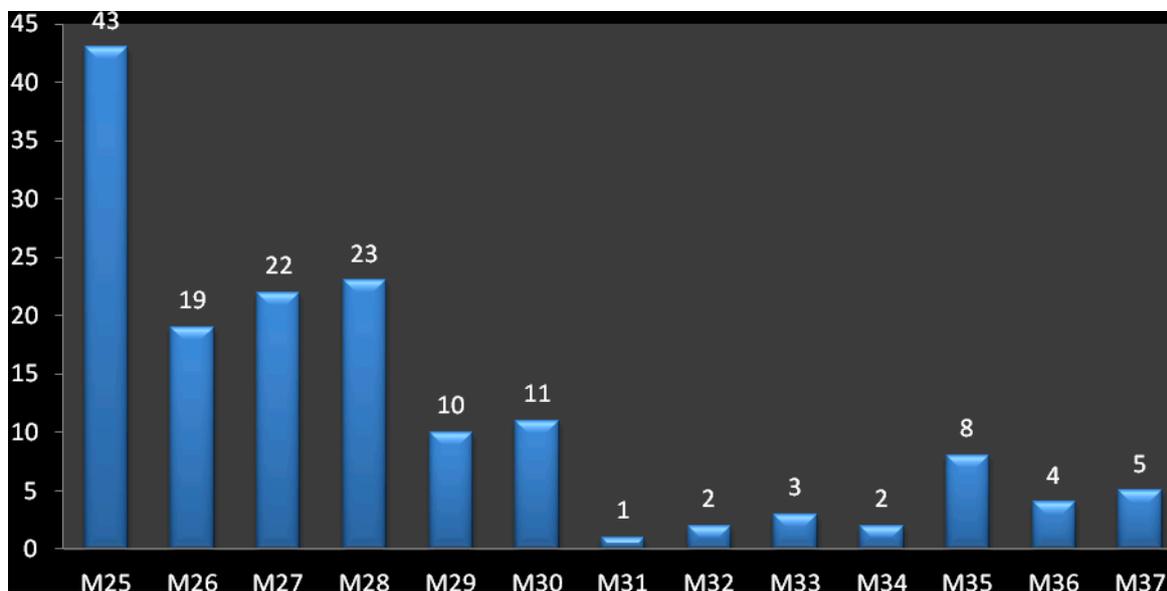


Figure 3 : Moyenne de mises en situation de pédiatrie réalisées par interne

Les figures ci-dessus représentent en abscisse les mises en situation (M) validantes de gynécologie (figure 2), de pédiatrie (figure 3). Pour chacune d'elle, la moyenne des mises en situation rencontrées par interne est représentée en ordonnée.

a) Les plus fréquentes

Les situations dont la moyenne est supérieure à 11 par interne sont :

- *en gynécologie :*
 - explications des moyens de contraception y compris la contraception d'urgence (M 1);
 - commentaire de l'examen clinique du sein à la patiente (M 6);
 - prescription d'acide folique, vérification du statut sérologique toxoplasmose, rubéole si désir de grossesse et transmission des conseils hygiéno-diététiques (M 2);
 - proposition d'une consultation dédiée pour faire un examen gynécologique de suivi (M 5);
 - programmation avec la patiente du suivi échographique de sa grossesse (M 11).

Tableau I : Moyenne et écart type des mises en situation de gynécologie les plus rencontrées

Mise en situation	Moyenne	Ecart type
M 1	17	5,28
M 6	16	6,2
M 2	1	2,31
M 5	13	4,53
M 11	11	4,51

- *en pédiatrie :*
 - vérification des courbes de développement staturo-pondéral et des items des examens obligatoires en les commentant aux parents (M 25);
 - information des parents sur l'attitude à avoir si fièvre et/ou diarrhée chez un nourrisson (M28);
 - en s'appuyant sur les repères du carnet de santé, accompagnement des parents dans l'alimentation de leur enfant (M27);
 - réalisation des dépistages sensoriels en sollicitant les parents sur leurs points de vue (M 26);
 - information d'une adolescente et ses parents sur la vaccination anti Human Papilloma Virus (HPV) (M 30);

Tableau II : Moyenne et écart type des mises en situation de pédiatrie les plus rencontrées

Mise en situation	Moyenne	Ecart type
M 25	43	28,12
M 28	23	9,61
M 27	22	13,92
M 26	19	12,13
M 30	11	3,16

Les moyennes des mises en situation rencontrées par interne en **pédiatrie sont majoritairement supérieures** à celles de gynécologie : elles vont de 11 à 43 pour la pédiatrie et de 11 à 17 pour la gynécologie.

b) Les moins fréquentes

Les situations dont la moyenne est inférieure ou égale à 2 par interne sont :

- *en gynécologie :*
 - précision des fonctions du dispositif "PASS PERINATALITE" (M 10);
 - réponse téléphonique à une maman qui présente un engorgement mammaire avec fièvre (M 14);
 - relevé des situations à risque de fracture dans les notes du dossier médical (M 19);

- recours au gynécologue/oncologue après résultat de biopsie positive d'un ACR (American College of Radiology) 4 à la mammographie (M 23);
- précision du contenu des séances de préparation à la naissance (M 15).

Tableau III : Moyenne et écart type des mises en situation de gynécologie les moins rencontrées

Mise en situation	Moyenne	Ecart type
M 10	0	0,41
M 14	0	1
M 19	0	0,58
M 23	1	1,41
M 15	1	0,82

- *en pédiatrie :*
 - hospitalisation d'un nourrisson de moins de trois mois qui a au moins 38° (M 31);
 - décision d'hospitaliser un enfant en prenant en compte le contexte familial (M 32);
 - d'hospitaliser ou non un enfant présentant une bronchiolite en faisant référence aux repères de recours aux urgences en pédiatrie de l'enseignement intégré (M 34).

Tableau IV : Moyenne et écart type des mises en situation de pédiatrie les moins rencontrées

Mise en situation	Moyenne	Ecart type
M 31	1	1,08
M 32	2	1,87
M 34	2	2,89

c) Intermédiaires

- *en gynécologie :*
 - prescription des marqueurs de trisomie 21 avec accord éclairé de la patiente (M 3);
 - évocation avec une femme de la cinquantaine de la place du Traitement Substitutif Hormonal (TSH), de l'ostéodensitométrie, des mesures de prévention de l'ostéoporose (M 7);
 - consultation de déclaration de grossesse (M 4);
 - récit d'une consultation du quatrième et sixième mois de grossesse (M 12);
 - commentaire à la patiente des résultats d'un FCU anormal et proposition de suivi (M 9) ;
 - réponse à une femme qui demande des dosages hormonaux pour confirmer sa ménopause (M 17) ;
 - mise en place d'un traitement probabiliste tenant compte de la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) (M 22) ;
 - réponse téléphonique en cas d'oubli de pilule (M 8) ;
 - récit d'une consultation post-natale (M 16) ;
 - notification dans le dossier médical de la recherche d'une incontinence urinaire d'effort et / ou par urgenterie chez une femme ménopausée (M 20) ;
 - écriture d'un courrier de synthèse du suivi de la grossesse pour l'obstétricien (M 13) ;
 - prescription de Traitement Hormonal de la Ménopause (THM) selon les recommandations françaises et le souhait de la patiente (M 18) ;
 - information de la femme mineure sur les différentes procédures d'interruption volontaire de grossesse (IVG) (M 21) ;
 - réponse à la demande de certificat médical d'une femme victime de violences (M 24).

Tableau V : Moyenne et écart type des mises en situation intermédiaires de gynécologie

Mise en situation	Moyenne	Écart type
M 3	8	2,5
M 7	8	6,58
M 4	5	3,74
M12	5	5,28
M 9	4	3,03
M 17	4	3,03
M 22	4	1,08
M 8	3	2,45
M 16	3	2,74
M 20	3	1,41
M 13	2	2,38
M 18	2	2,42
M 21	2	1,29
M 24	2	1,08

• *en pédiatrie* :

- exploration des craintes des parents sur le symptôme « pleurs de l'enfant » ou « coliques du nourrisson » (M 29) ;
- information d'un enfant non vacciné des indications du vaccin de l'hépatite B entre 10 et 13 ans (M 35) ;
- dans une consultation avec un adolescent : exploration des troubles du sommeil, de la répétition des accidents, du stress ressenti dans la famille et à l'école, de la consommation perturbante de tabac et d'alcool (M 37) ;
- proposition d'une consultation à l'adolescent 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 (M 36) ;
- proposition d'une consultation si demande d'orthophonie et réalisation d'un test de dépistage du langage adapté (M 33).

Tableau VI : Moyenne et écart type des mises en situation intermédiaires de pédiatrie

Mise en situation	Moyenne	Ecart type
M 29	10	11,85
M 35	8	5,6
M 37	5	5,6
M 36	4	3,14
M 33	3	3,46

2.2.2. *Les mises en situation devant être vérifiées au moins une fois en présence du MSU*

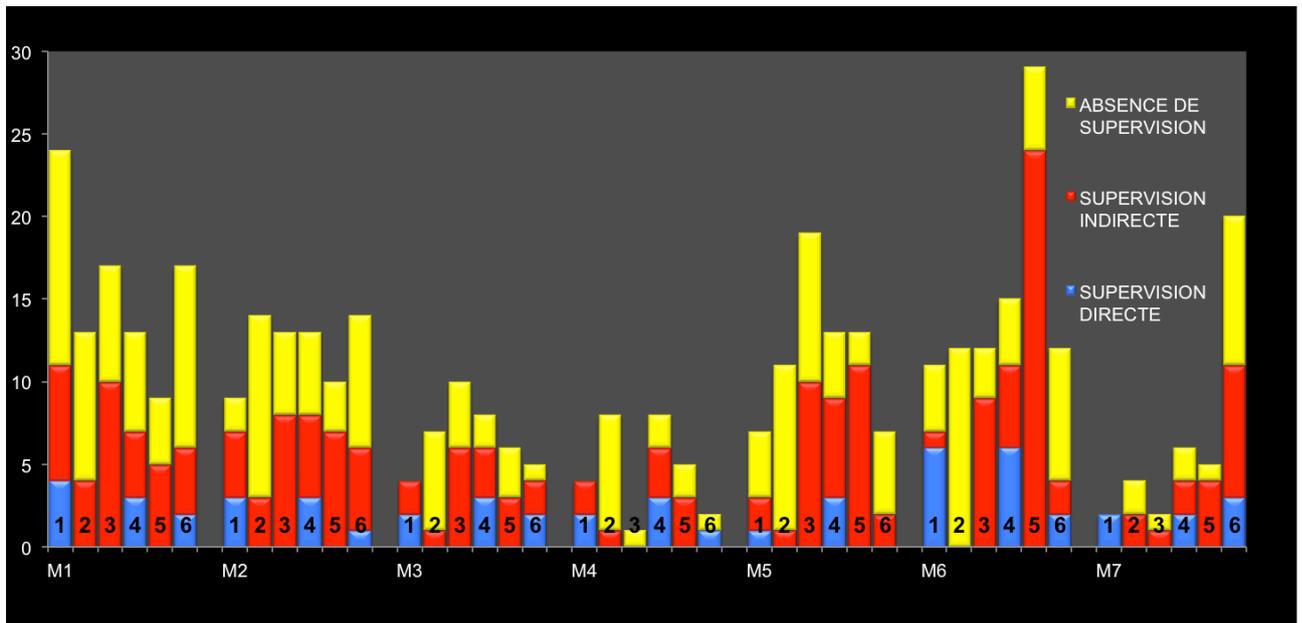


Figure 4 : Mises en situation de gynécologie devant être vérifiées en présence du MSU

Cette figure présente, en abscisse, les sept mises en situation de gynécologie(M) devant être vérifiées au moins une fois en présence du MSU. Pour chacune, les six colonnes représentent les internes (chiffres : 1, 2, 3, 4, 5, 6) et indiquent le nombre de mises en situation rencontrées en supervision directe (en bleu), supervision indirecte (en rouge) et sans supervision (en jaune).

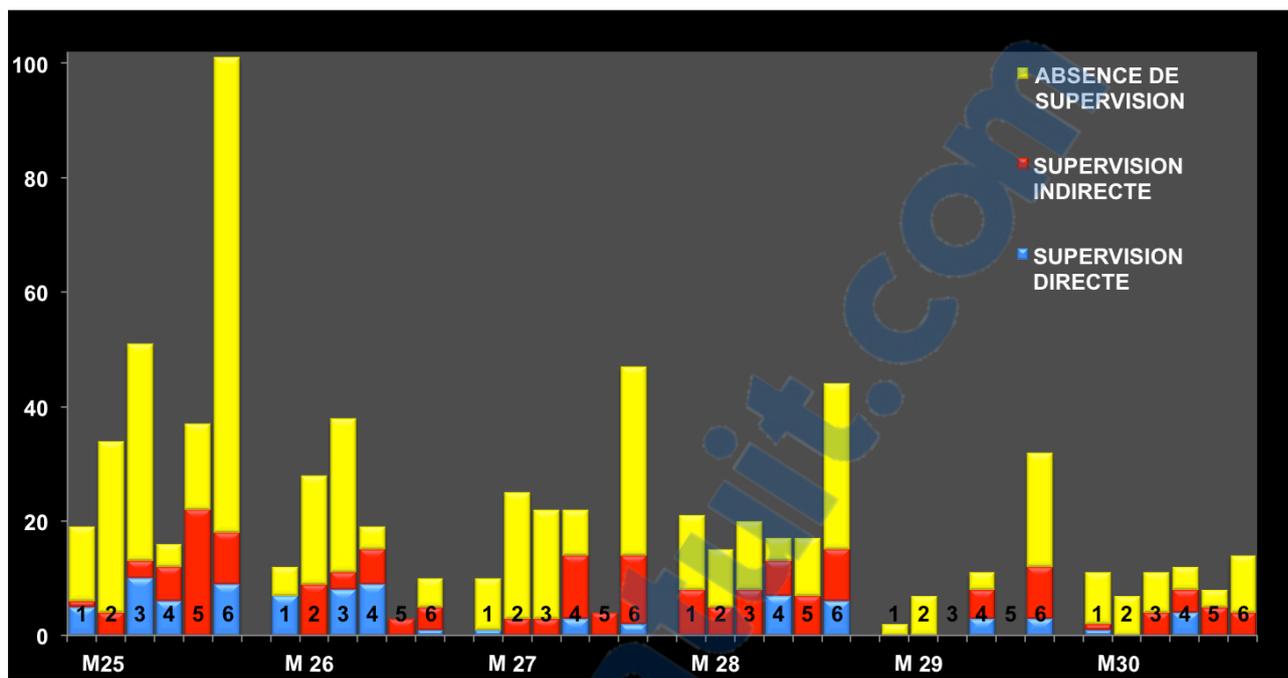


Figure 5 : Mises en situation de pédiatrie devant être vérifiées en présence du MSU

Cette figure présente, en abscisse, les six mises en situation de pédiatrie (M) devant être vérifiées au moins une fois en présence du MSU. Pour chacune, les six colonnes représentent les internes (chiffres : 1, 2, 3, 4, 5, 6) et indiquent le nombre de mises en situation rencontrées en supervision directe (en bleu), supervision indirecte (en rouge) et sans supervision (en jaune).

La validation demandait que l'interne soit confronté à **sept** situations de gynécologie et **six** de pédiatrie en présence du MSU.

En gynécologie, ce critère a été rempli pour trois internes dont un auquel il manquait une situation. En pédiatrie, il a été respecté pour un seul, et pour trois internes dans trois situations.

Les autres situations vues en solo ont bénéficié d'une supervision indirecte par le MSU sauf une pour deux internes et trois pour un interne.

En pédiatrie, l'item: exploration des « pleurs de l'enfant » ou « coliques du nourrisson » n'a jamais été rencontré par deux internes.

2.2.3. Les mises en situation devant être vérifiées au moins une fois en réel et/ou en différé

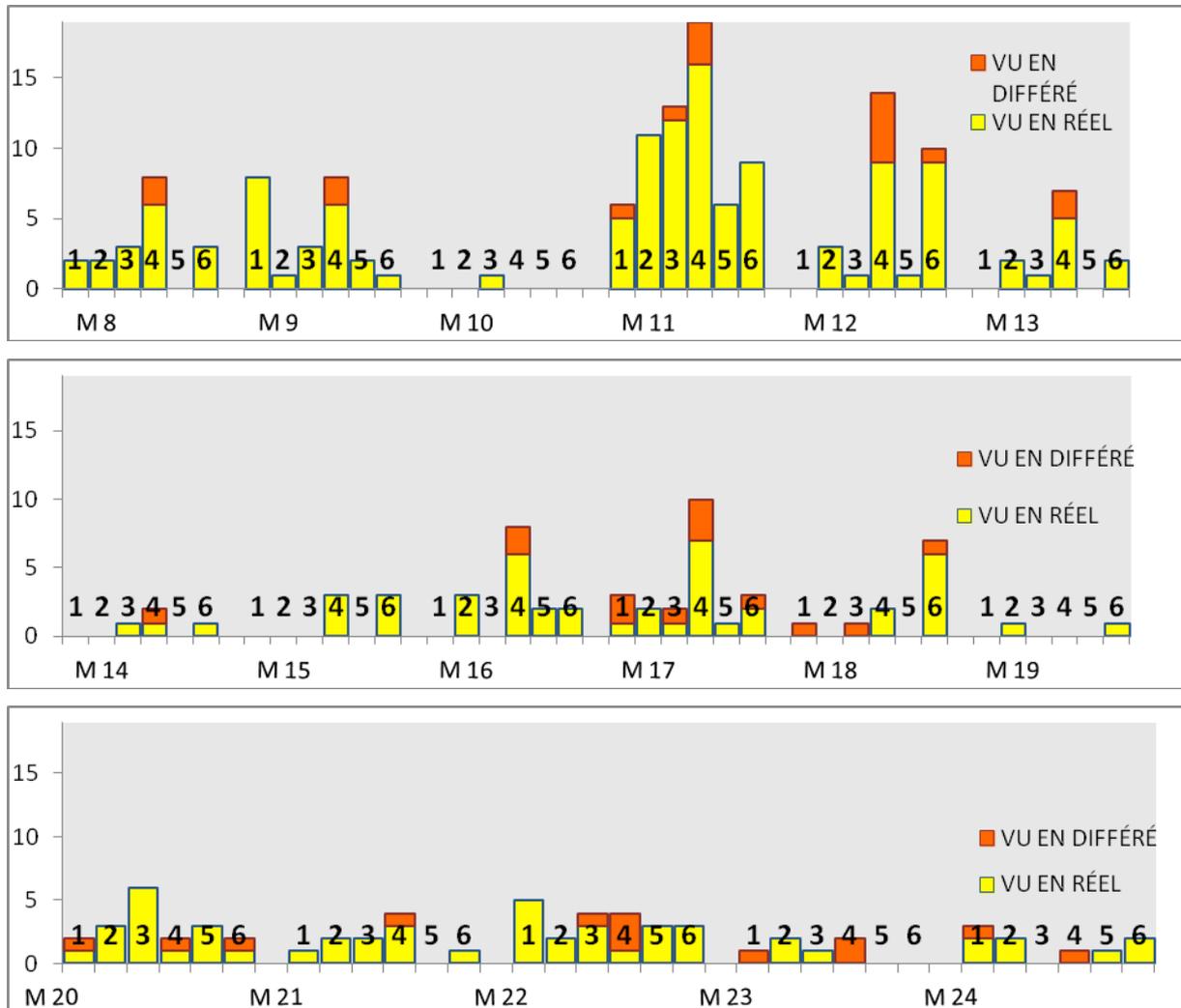


Figure 6 : Mises en situation de gynécologie devant être vérifiées au moins une fois en réel et/ou en différé

La figure ci-dessus présente les dix-sept situations de gynécologie (de M 8 à M 24) devant être vues en réel et/ou en différé. La validation exige que la situation soit vue en différé si elle n'a pas été vue en consultation réelle. Pour chacune, les six colonnes représentent les internes (chiffres : 1, 2, 3, 4, 5, 6) et indiquent le nombre de mises en situation rencontrées en réel (en jaune) et en différé (en orange).

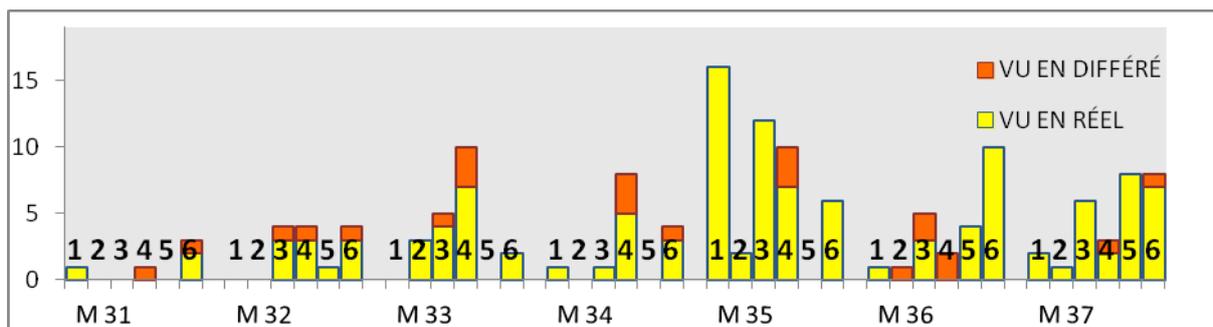


Figure 7 : Mises en situation de pédiatrie devant être vérifiées au moins une fois en réel et/ou en différé

La figure ci-dessus présente les sept mises en situation de pédiatrie (de M 31 à M 37) devant être vues en réel et/ou en différé. La validation exige que la situation soit vue en différé si elle n'a pas été vue en consultation réelle. Pour chacune, les six colonnes représentent les internes (chiffres : 1, 2, 3, 4, 5, 6) et indiquent le nombre de mises en situation rencontrées en réel (en jaune) et en différé (en orange).

a) En réel

Sur les vingt-quatre mises en situation concernées comprenant dix-sept de gynécologie et sept de pédiatrie, six ont été rencontrées en réel par les six internes :

- commentaire à la patiente des résultats d'un FCU anormal et proposition de suivi (M 9);
- programmation avec la patiente du suivi échographique de sa grossesse (M11) ;
- réponse à une femme qui demande des dosages hormonaux pour confirmer sa ménopause (M17);
- notification dans le dossier médical de la recherche d'une incontinence urinaire d'effort et/ou par urgenterie chez une femme ménopausée (M20);
- mise en place d'un traitement probabiliste tenant compte de la prévalence des IST (M22) ;
- dans une consultation avec un adolescent : exploration des troubles du sommeil, de la répétition des accidents, du stress ressenti dans la famille et à l'école, de la consommation perturbante de tabac et d'alcool (M 37) ;

b) En différé

Dix-huit mises en situation n'ont pas été vues en réel.

La validation en différé qui en découle est **différente** selon les internes.

Le tableau VII présente le nombre de situations non vues en consultation par chaque interne et présente celui de leur réalisation en différé.

Tableau VII : Nombre de situations non vues en réel et vues en différé par interne

	Mises en situation		
	Non vues en réel	Vues en différé	Non validées
Interne 1	11	2	9
Interne 2	8	2	6
Interne 3	6	1	5
Interne 4	6	4	2
Interne 5	13	0	13
Interne 6	2	0	2

Il existe une corrélation entre le nombre de mises en situation non vues en réel et le nombre de mises en situation non validées.

Les mises en situation qui ont été vues en différé sont :

- écriture d'un courrier adressé au gynécologue (ou oncologue concerné) après résultat de biopsie positive d'un ACR 4 à la mammographie (M 23) ;
- proposition d'une consultation à l'adolescent identifié en souffrance psychologique en respectant le souhait de la présence ou non de ses parents et en l'assurant de la confidentialité s'il vient seul (M36);
- prescription de THM selon les recommandations françaises et le souhait de la patiente (M18) ;
- réponse à la demande de certificat médical d'une femme victime de violences (M24);
- hospitalisation d'un nourrisson de moins de trois mois qui a au moins 38° (M31).

c) Non abordées

Celles qui n'ont jamais été abordées sont :

- précision des fonctions du dispositif « PASS PERINATALITE » (M10);
- précision du contenu des séances de préparation à la naissance (M15) ;
- relevé des situations à risque de fracture dans les notes du dossier médical (M19).

2.2.4. Relation entre le mode de supervision et la validation

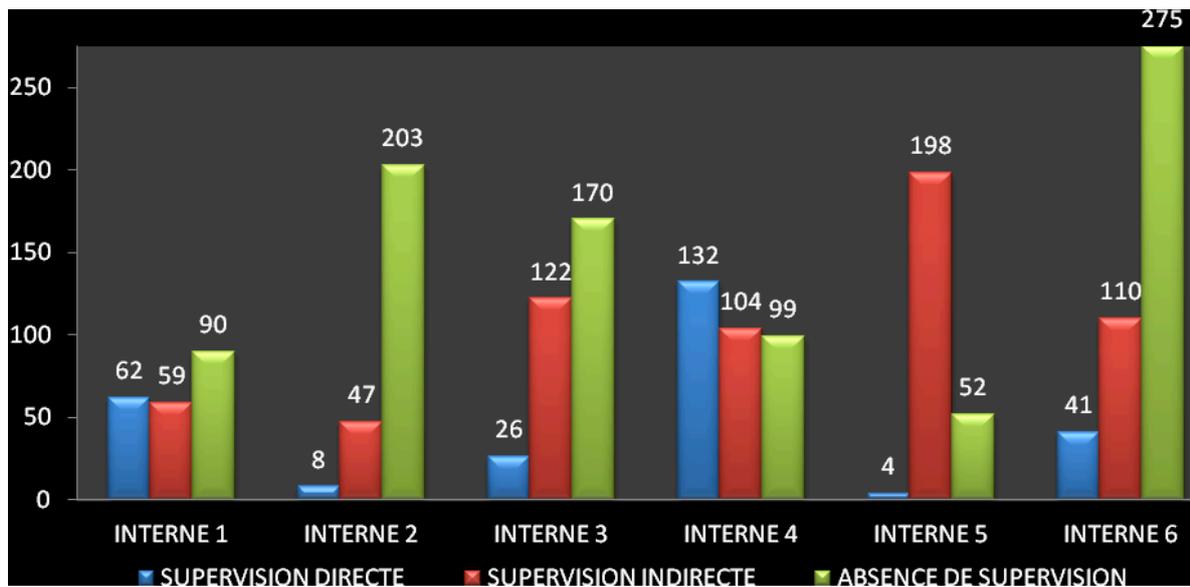


Figure 8 : Répartition du nombre de mises en situation en fonction du mode de supervision

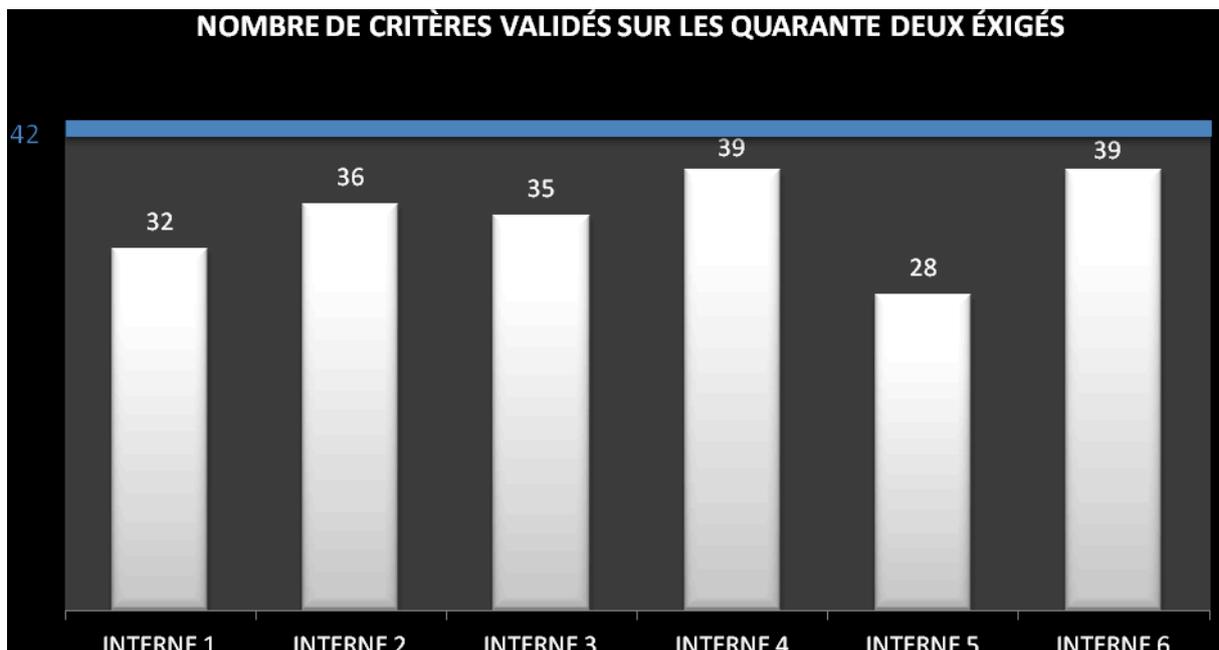


Figure 9 : Nombre de critères validés sur les quarante-deux exigés

La figure 8 représente le nombre total de mises en situation rencontrées par interne en fonction du mode de supervision: directe (en bleu) ; indirecte (en rouge) et absence (en vert). La figure 9 représente le nombre de critères de validation obtenus par interne sur les quarante-deux exigés.

La supervision directe, indirecte et l'absence de supervision ainsi que le nombre d'actes sont extrêmement variables selon les internes et leurs terrains de stage.

Pour l'interne 4, la supervision directe est le mode pédagogique le plus utilisé alors que pour les autres, elle est peu employée. Pour l'interne 5, la supervision indirecte prédomine largement et la supervision directe est quasi inexistante. Pour les internes 2 et 6, l'absence de supervision est nettement plus fréquente que les autres modes. Pour les internes 1 et 4, les différents modes sont équivalents.

Les deux internes ayant validé le plus de mises en situation se distinguent par les caractéristiques de leur supervision : l'un a eu beaucoup de supervision directe, l'autre a réalisé un grand nombre d'actes en l'absence de supervision.

A la fin du stage, les quarante-deux critères de validation comprenant cinq gestes techniques et trente-sept mises en situation n'ont pas tous été obtenus: la plupart des internes en ont validé entre trente-six et trente-neuf mais deux internes, seulement vingt-huit et trente-deux.

La supervision indirecte est la plus constante et semble compenser l'insuffisance de supervision directe.

3. L'UTILISATION DU GUIDE DES COMPÉTENCES

Un guide précisait les familles de situation du recours des femmes et des enfants en médecine générale auxquelles l'interne doit être confronté en stage et notait les tâches qu'il avait à effectuer pour développer sa compétence professionnelle. Parmi elles, quarante-deux mises en situation constituaient les critères de validation du stage.

3.1. Au cours des quatre premiers mois de stage

Le guide a été utilisé avant et après la mise en situation.

Avant la mise en situation, un interne y a référé pour toutes les situations au moins une fois, deux pour le quart et trois pour quatre seulement.

Après, un interne l'a consulté pour la moitié des items, les cinq autres pour moins de quatre.

Une seule équipe de MSU l'a utilisé avec l'interne: plus de deux tiers des compétences de pédiatrie et moins de la moitié de celles de gynécologie ont été abordées.

Avant la mise en situation, il a été le plus consulté pour :

- la pose de DIU ;
- le frottis de bonne qualité ;
- l'explication des moyens de contraception dont la contraception d'urgence ;
- le récit d'une consultation du quatrième et sixième mois de grossesse ;
- les dépistages sensoriels de l'enfant en sollicitant les parents sur leurs points de vue.

Après, pour :

- l'information sur les indications du vaccin de l'hépatite B entre 11 et 13 ans ;
- la prescription de marqueurs de trisomie 21 lors d'une grossesse ;
- l'accompagnement des parents concernant l'alimentation de leurs enfants ;
- la proposition d'une consultation à l'adolescent qui a été identifié en souffrance psychologique.

3.2. Au cours des deux derniers mois

Nous avons exploré plus précisément les modalités d'utilisation du guide par les internes.

L'utilisation personnelle par les internes ne s'est faite que dans une deuxième phase du stage. La première était consacrée à vérifier la faisabilité des mises en situation validantes. Le travail avec le guide permettait alors d'approfondir les compétences, et d'approuver ou de critiquer la conduite adoptée dans leurs consultations. Cela a nécessité une implication personnelle des internes qui l'ont notamment consulté après les séances d'enseignement et les réunions hebdomadaires avec le MSU référent pour compléter leurs connaissances. Pour certains, des recherches bibliographiques y ont fait suite. D'autres ont trouvé des ressources grâce aux revues de médecine générale auxquelles ils sont abonnés. Deux ne s'en sont pas servi en tant que référentiel. Ils l'ont perçu comme une liste exhaustive, non pragmatique: « *pas d'utilisation systématique mais je fais des recherches internet* ».

L'utilisation avec les MSU au cours des trois rencontres-bilans de stage a été faite par tous les internes. A la première, pour s'approprier les attendus du stage puis aux deux autres « *pour évaluer la progression des acquis et la réalisation des objectifs* ». Un interne l'a uniquement consulté à ces occasions « *par nécessité* ».

Le recours pour la validation finale a eu lieu pour cinq trinômes de MSU sur six. Le sixième a encouragé l'interne à s'y référer considérant qu'il « *gère seul sa validation* ».

Lors des supervisions avec deux MSU référents, l'emploi du guide a permis de cibler les thèmes à travailler et les apprentissages à faire. L'outil est devenu une « *source de discussion* ». Par exemple, concernant la ménopause, le traitement hormonal substitutif, l'indication de l'ostéodensitométrie, la supplémentation vitamino-calcique ont été évoqués, mais aussi « *l'importance de la prise en charge globale d'une femme durant sa ménopause et de ne pas seulement traiter un symptôme, on peut être bon en ménopause et moins bon dans la prise en charge d'une femme ménopausée* ». Des échanges concernant les limites des

connaissances biomédicales face à l'écoute et la demande du patient ont suivi. Parfois, des internes ont relaté une situation, puis les MSU se sont appuyés sur le contenu du guide pour couvrir le sujet dans son étendue.

Les items les plus consultés en fin de stage concernent :

- l'évocation avec une femme de la place du TSH, de l'ostéodensitométrie, des mesures de prévention de l'ostéoporose ;
- la réponse à une femme qui demande des dosages hormonaux pour confirmer sa ménopause.
- l'item : information d'un enfant non vacciné des indications du vaccin de l'hépatite B entre 10 et 13 ans est de nouveau cité comme au cours des quatre premiers mois.

DISCUSSION

1. FORCES ET LIMITES DE LA METHODE

L'évaluation a eu lieu sur le second semestre de la mise en place expérimentale du SASPAS GP pour assurer la suite de la thèse d'Aurélié Piveteau concernant l'évaluation qualitative du premier semestre. La population est limitée aux internes des six stages proposés. La diversité de l'échantillon existe malgré la petite taille. Les deux sexes sont présents, les internes sont en cinquième ou sixième semestre, l'antériorité d'un stage en gynécologie ou pédiatrie ou aucun des deux sont représentés. La forte implication des étudiants s'explique par la volonté de participer à la thèse d'une collègue de promotion, eux aussi étant concernés par leur thèse.

1.1. Limite statistique

Le but de l'étude était d'évaluer la mise en place récente du SASPAS GP. Il était obligatoire de se limiter au deuxième semestre de l'année d'expérimentation. Du fait de l'effectif trop restreint, les tests statistiques n'ont pu être réalisés, ce qui a entraîné une absence de représentativité statistique de ces résultats.

1.2. La méthode de recueil

Le choix d'un tableau Excel a été motivé par sa faisabilité. Les internes peuvent le remplir après chaque journée de consultation. Il permet de quantifier de façon plus objective les critères de validation. Les tableaux étaient remis par le thésard en mains propres aux internes au début de chaque mois (sauf en août). A chaque rencontre, ils en ont reçu un vierge et ont remis celui du mois précédent. Leur participation a ainsi été stimulée, régulière et satisfaisante. Deux internes n'ont rempli que quatre tableaux du fait d'une période de congés prolongés pendant l'été, ce qui a limité notre recueil.

1.3. Biais de réalisation

Le recueil des données correspond à la grille des items de validation du stage. Il est déclaratif. La confusion avec la validation peut constituer un biais dans la réponse de l'interne. Il est difficile de vérifier les actes et mises en situation réalisés réellement.

1.4. Limites du questionnaire initial

Après les quatre premiers mois de stage, il est apparu que la méthode quantitative obtient des réponses insuffisantes sur le recours au guide des compétences. Pour en explorer les modalités, un nouveau questionnaire structuré par des questions fermées et ouvertes, a été distribué afin de vérifier les différentes hypothèses de l'intérêt supposé de son utilisation. Les réponses ainsi obtenues ont permis de mieux caractériser l'impact pédagogique du guide et ses limites.

2. FAISABILITE DES GESTES TECHNIQUES

2.1. Le frottis cervico-utérin

Notre étude montre que les internes réalisent de nombreux FCU. Ce test recommandé pour le dépistage du cancer du col de l'utérus est organisé selon les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de 2002 et 2004^{1, 2}. D'après un rapport de l'institut national du cancer, la mortalité observée (Taux standardisé monde pour 100 000 personnes-années) en 2011 est de 1,7 contre 2,6 avant les années 2000³. Cette diminution traduit l'efficacité du programme de dépistage. La formation des internes à ce geste technique est primordiale et est réalisable dans ce stage.

2.2. La pose de dispositif intra-utérin

Les six internes ont au minimum posé trois stérilets et ceux qui ont eu un MSU n'exerçant que la gynécologie ou ayant un diplôme inter-universitaire en ont réalisé davantage. Ce résultat corrobore la conclusion de Lise Baranger-Royer qui soulignait, en 2011, que la formation des internes était tributaire de la pratique du maître de stage⁴. Afin que l'accès au DIU soit facilité, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que son utilisation soit mieux connue et que les bonnes pratiques de pose fassent l'objet d'un enseignement, notamment dans le cadre des organisations professionnelles⁵. En 2012, Charlotte Viry montrait que la formation à la pose de DIU était insuffisante durant le DES de médecine générale à Angers⁶. Le SASPAS GP comble ce manque, il serait opportun que le recrutement des MSU réponde à ce besoin de formation.

2.3. L'implant

Cinq internes ont posé trois implants et le sixième un seul. Quatre internes en ont retiré trois, un autre un seul et le dernier aucun. La commission de la transparence de 2005 affirme que le nombre de femmes susceptibles de recevoir l'implant tous les 3 ans est de l'ordre de 160000 à 220 000 patientes en France⁷. D'après la thèse de Véronique Dubois Jacque, la pose et le retrait sont davantage pratiqués par des jeunes médecins. Il est nécessaire que les internes en fin de DES les maîtrisent⁸. Les apprentissages les concernant doivent être renforcés.

2.4. Les lieux de formation

Tous les lieux de stage n'ont pas permis aisément la validation de gestes techniques. Pour un interne, le recours au CPEF a été nécessaire. Les facultés de Lyon, Grenoble, Toulouse et Marseille proposent actuellement des stages pôle Mère-Enfant en ambulatoire sur différents lieux: en cabinet de médecine générale, en PMI et en CPEF. En 2012, la thèse d'Anne Laure Bres, qui quantifie les apprentissages de gynécologie des internes sur deux semestres, a montré que 52% des poses de DIU, 89% des poses d'implant, 49% des FCU se sont déroulés dans un CPEF⁹. C'est une piste qui permettrait d'enrichir les expériences des internes pour les gestes techniques. A Angers, il serait intéressant et pertinent d'aller dans ce sens.

3. PERTINENCE DU CHOIX DES MISES EN SITUATION

Les consultations de pathologies infectieuses et des soins de prévention ont représenté le plus grand nombre des mises en situation de pédiatrie. Ces motifs sont aussi les plus fréquents dans une étude de la DREES en 2002 regroupant 818 médecins généralistes, dont les enfants de moins de 16 ans constituaient 13% de l'ensemble de leurs consultations¹⁰. Dans le domaine de la pédiatrie, l'exercice des internes et les objectifs qu'ils doivent valider sont donc proches de l'exercice du médecin généraliste.

En gynécologie, les domaines les plus fréquemment validés par les internes correspondent aux préconisations de l'HAS. Elle recommande que le médecin généraliste soit un acteur en matière de prévention et dépistage des cancers gynécologiques¹¹, d'information dans le choix des méthodes contraceptives⁵, de suivi des grossesses sans situation de risque ou à faible niveau de risque¹². La consultation autour d'une femme et sa ménopause a été peu rencontrée par l'interne alors que c'est le troisième motif des consultations de gynécologie en médecine générale¹³. Cependant, le stage SASPAS GP permet des acquisitions par l'exigence d'aborder ce thème avec le MSU et la mise en place d'un enseignement spécifique sur ce sujet.

Les objectifs exigés et globalement réalisés du SASPAS GP, correspondent aux champs d'application de la gynécologie et de la pédiatrie en médecine générale. Il serait souhaitable que les stages de gynécologie-pédiatrie dédiés à la formation des futurs médecins généralistes tendent vers cette adéquation.

4. PERTINENCE DE LA VALIDATION DES MISES EN SITUATION

4.1. La supervision directe

4.1.1. Une technique d'apprentissage reconnue

Les trois internes consultant plus souvent en duo ont mieux respecté l'exigence de supervision en présence du MSU. Ce mode de supervision est lié à la nécessité de développer les compétences de l'interne et d'évaluer son niveau. L'organisation sur le modèle du stage MG niveau 1 avec progression en trois phases (passive, semi-active et active) semble adaptée. Ce constat a été fait à Toulouse, où l'organisation est similaire à celle d'Angers¹⁴. Même si elle présente un aspect inconfortable ou intimidant pour certains étudiants, la supervision directe est plébiscitée par d'autres. Pendant l'observation de l'interne, un des rôles de l'enseignant est d'être un modèle explicite de ce que l'étudiant doit faire pour traiter l'information et prendre les décisions. La supervision directe permet de juger de façon la plus authentique qui soit la performance réalisée et d'obtenir des renseignements directs sur le déroulement de l'action.

4.1.2. Les freins à son application

En 2012, Aurélie Piveteau a montré que les internes en SASPAS GP choisissaient ce stage avant tout pour l'apprentissage en autonomie. En dernière année de DES, ils recherchaient une formation au plus proche de leur exercice futur. Ils préféreraient consulter en solo¹⁵.

En pédiatrie, la consigne de la supervision directe a été moins respectée qu'en gynécologie. Au début de l'étude, tous les internes avaient acquis des habiletés en pédiatrie grâce au semestre de Médecine Générale (MG) niveau 1 et au stage chez le praticien pendant l'externat pour certains. Ceci peut expliquer leur aisance dans l'examen pédiatrique et a pu entraîner une autonomisation plus rapide. L'évaluation réalisée à Toulouse montrait aussi une progression plus éclatante en pédiatrie qu'en gynécologie : les objectifs théoriques de stage ont été atteints en pédiatrie et mitigés en gynécologie¹⁴.

En ce qui concerne les MSU, la mise en place d'un nouveau dispositif a induit des tâtonnements. Ils ont dû s'investir de façon notable pour s'organiser et répondre aux exigences pédagogiques. L'application imparfaite des consignes vient probablement du caractère « original et inédit » du SASPAS GP. On peut espérer que cela s'améliore pour les promotions suivantes. Notre étude renforce l'idée que l'organisation des maîtres de stage référents est déterminante pour répondre à l'objectif pédagogique fixé.

4.2. Les consultations réalisées en solo

4.2.1. *La supervision indirecte est la plus constante*

Dans les situations en solo, les internes ont bénéficié le plus souvent de la supervision indirecte. Celle-ci facilite les apprentissages d'un étudiant qui a été mis en situation seul et renseigne sur les compétences mises en œuvre. La verbalisation de l'interne après la consultation permet de lui faire expliciter ses choix, d'avoir accès à sa démarche décisionnelle et de l'inciter à une réflexion a posteriori¹⁶. Elle semble donc adaptée aux attentes des internes. Ce support pédagogique du SASPAS est indispensable pour l'évaluation et la dynamique du stage.

4.2.2. *Les réunions hebdomadaires dédiées à la supervision: un temps pour analyser la pratique et pour compléter les apprentissages.*

Elles permettent aux internes et MSU d'échanger sur les consultations effectuées dans le but de réfléchir à la complexité des situations et d'élargir les compétences abordées. Le MSU référent a parfois illustré par des exemples les mises en situation vues par les internes. Recréer une consultation lors de jeux de rôle ou de récits relatés par le MSU sont des pistes reconnues et efficaces dans la formation des internes. Ce résultat encourageant témoigne de l'implication pédagogique des MSU.

En début de stage, le recours au guide des compétences concerne les gestes techniques qui représentent un objectif primordial pour les internes. Deux sujets ont été le plus souvent abordés durant les six mois: la ménopause et la vaccination contre l'hépatite B chez l'adolescent. Le premier résultat est concordant avec une étude préalable angevine qui montre qu'en 2010, moins de 60% des internes en fin de cursus se sentaient prêts à expliquer les enjeux du THM⁶. Le deuxième fait intervenir des compétences de santé publique: maîtriser le calendrier vaccinal et transmettre les enjeux de la vaccination¹⁷.

Cependant, notre étude révèle une sous-utilisation du guide. Pour trop d'internes et de MSU, il constitue uniquement l'outil de validation. Ce constat peut s'expliquer par la méconnaissance du courant pédagogique actuel fondé sur l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. L'étudiant doit développer une autonomie dans ses apprentissages pour devenir un professionnel réflexif sur ses pratiques¹⁸. Ce modèle nécessite un guide qui décrit les compétences spécifiques en gynécologie-pédiatrie et fournit un outil d'évaluation aux équipes pédagogiques. L'utilisation du guide doit entraîner une réflexion sur les ressources nécessaires pour répondre à chaque situation. Il permet ainsi d'éviter la confusion entre « avoir des compétences » et « être compétent ». Avoir des compétences, c'est avoir des moyens pour agir au sein d'une situation. « Être compétent » nécessite de les articuler de façon dynamique permettant une adaptation à chaque situation. Il est donc nécessaire de convaincre les acteurs de ce stage de l'intérêt du document. Une réunion commune internes-MSU avec l'équipe pédagogique en début de stage pourrait apporter les informations adéquates.

4.2.3. L'absence de supervision: un écueil du stage

Elle est a été majoritaire pour deux internes. La supervision régulière in vivo avec rétro-contrôle sur l'évolution de l'interne est indispensable. Elle nécessite une implication de l'interne, qui évoque les difficultés rencontrées en consultation dans le but de chercher une solution et donc de réaliser un apprentissage. Les MSU dont la mission est de former les futurs médecins et de vérifier qu'ils soient des professionnels compétents sont également impliqués. Réduire les situations non supervisées doit être une directive prioritaire.

4.3. La validation en différé

4.3.1. Des items abordés nécessaires à la formation

Deux items principaux, peu ou pas vus en stage ont bénéficié d'un apprentissage différé.

En pédiatrie, les recours aux urgences pour la bronchiolite se situent principalement en dehors de la période de notre étude¹⁹. L'évocation de cette situation fréquente par les MSU lors des réunions était nécessaire et adaptée.

En gynécologie, l'item concernant les violences faites aux femmes a été peu rencontré. En 2006, l'étude nationale des décès au sein du couple fait état d'une femme tuée tous les 3 jours par son partenaire²⁰. Le médecin généraliste exerce un rôle primordial dans le dépistage, l'accompagnement, l'orientation en urgence vers les structures spécialisées et le suivi ultérieur des femmes. Cette compétence professionnelle doit être maintenue dans le guide.

4.3.2. Des items à intégrer

Un interne a été confronté à des convulsions hyperthermiques chez un nourrisson et propose que ce thème figure dans le guide. Ces perturbations concernent 2 à 5% des enfants avant l'âge de cinq ans²¹. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un épisode unique avec fièvre. Mais le contraste est toujours grand entre la bénignité de l'événement et le vécu des parents.

L'allaitement maternel n'apparaît pas en tant qu'item mais est inclus dans celui de la consultation post-natale. L'HAS postule que les médecins généralistes soient en première ligne pour accompagner l'allaitement mais reconnaît que « ceux-ci ont rarement bénéficié d'une formation leur permettant d'assurer un suivi post-natal efficace et de résoudre les difficultés d'allaitement »²². Les internes doivent être sensibilisés à cet objectif de santé publique qui pourrait constituer un nouveau critère de validation.

4.3.3. Des items pertinents non vus en différé

Deux documents sur le contenu du dispositif de la PASS périnatalité et le bilan initial devant une hypofertilité ont été distribués aux internes en début de stage. Il leur était demandé de s'approprier ces ressources et d'en discuter avec les MSU pour en apprécier la pertinence. Cette deuxième étape n'a presque pas été réalisée. Pourtant, le suivi de grossesse d'une femme en situation de précarité ou l'accompagnement d'un couple dans le cadre d'une hypofertilité font intervenir plusieurs compétences notamment en termes de relation et de communication importantes à acquérir.

L'item « précision du contenu des séances de préparation à la naissance » n'a pas été abordé par les internes durant le stage. Dans le plan de préparation à la naissance et à la parentalité, l'HAS recommande qu'un entretien précoce au cours de la grossesse soit réalisé par le médecin ou la sage-femme. Il a pour principaux buts de présenter le dispositif de suivi de la grossesse, d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques, sociales qui pourraient advenir et d'encourager la femme ou le couple à participer aux séances de préparation à la naissance²³. La mise en place de demi-journées en cabinets de sages-femmes libérales, en PMI, ou avec l'équipe de le PASS PERINATALITE du CHU pourrait former les internes à ce sujet.

5. REFLEXIONS PAR RAPPORT A LA POPULATION DES INTERNES

5.1. Certains avaient déjà validé le semestre de gynécologie ou de pédiatrie

Ce parcours concernant deux internes a introduit un biais dans l'étude. On peut s'interroger sur les motivations à approfondir la valence déjà maîtrisée. Ils ont validé moins de critères que les autres internes. Cette situation ne devrait plus exister puisque, depuis novembre 2012, le SASPAS GP a évolué vers un stage ambulatoire Femme Enfant SAFE s'adressant aux internes ayant fait le stage MG de niveau 1 mais pas celui de gynécologie-pédiatrie.

5.2. Une grande variabilité entre le nombre d'actes réalisés par interne

Les internes ont en moyenne réalisé trois cents actes de gynécologie-pédiatrie durant le stage mais l'un d'entre eux n'en a fait que deux cent onze. Le semestre se déroulant de mai à octobre, les congés estivaux prolongés ont pu limiter leur nombre de journées de consultation et donc de situations validantes. Exiger un nombre minimum de trois cents consultations de gynécologie-pédiatrie est une piste pour améliorer la réalisation des critères de validation.

CONCLUSION

Le nombre croissant d'internes en médecine générale exige une augmentation des lieux de formation. Certaines facultés ont mis en place un stage ambulatoire femme-enfant. A Angers, le DMG a ouvert en novembre 2011 un semestre de gynécologie-pédiatrie couplé au SASPAS sous couvert d'une évaluation des critères de validation du stage. Ils comprennent cinq gestes techniques devant être réalisés au moins trois fois et trente-sept mises en situation devant être rencontrées au moins une fois. Les objectifs concernant le FCU et la pose de DIU ont été facilement atteints. Les autres gestes n'ont pas été réalisés trois fois par tous les internes: deux internes ont respectivement retiré un et deux DIU. Un autre a posé un implant et en a enlevé deux. Un étudiant n'a pas retiré d'implant. Les mises en situation demandées ont, pour la plupart, été rencontrées par tous les internes, ce qui confirme leur pertinence. Les consultations en duo avec le MSU ont facilité la réalisation des critères de validation. Celles faites en solo ont majoritairement bénéficié d'une supervision indirecte. Les réunions hebdomadaires avec les MSU ont été l'occasion de se référer au guide permettant ainsi de développer les compétences spécifiques de gynécologie et de pédiatrie en médecine générale.

En revanche, la consigne de valider en différé une situation qui n'avait pas été vue, a été peu appliquée. L'utilisation du guide uniquement lors de la validation par certains internes et MSU a constitué une autre limite du stage. Des aménagements sont à prévoir : adapter le mode de supervision, participer à des demi-journées en cabinet de sages-femmes libérales, en PMI, en CPEF, et exiger un nombre minimum de trois cents consultations de gynécologie-pédiatrie au cours du semestre. Une réunion commune internes-MSU permettrait de les sensibiliser au contenu et à l'intérêt du dispositif pédagogique du stage.

Au terme d'un an d'expérimentation, le stage apparaît formateur et légitime. Maintenir et développer le recrutement des MSU compétents reste une priorité pour assurer sa qualité.

BIBLIOGRAPHIE

[1]RENAUD R, SCHAFFER P, RITTER J, GAIRARD. Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, Lille, 1990.

[2]ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002.

[3]Institut National du Cancer. Epidémiologie du cancer du col de l'utérus en France métropolitaine - Incidence et mortalité, évolution de l'incidence (taux standardisé monde estimé) du cancer du col de l'utérus de 1980 à 2005. Projections pour l'année 2011. Consulté en mai 2013: <https://lesdonnees.e-cancer.fr/les-thematiques/1-types-cancer/13-cancer-col-uterus.html>.

[4] BARANGER ROYER LISE. Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire : enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS de Mai à Octobre 2010. Thèse de Médecine Générale, Angers, 2011, 34p.

[5] HAS, AFSSAPS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique, Service des recommandations professionnelles de l'ANAES 2004, 48p.

[6] VIRY CHARLOTTE. Acquisitions des habiletés gynécologiques des internes de médecine générale en fin de DES à Angers, étude sur 110 internes d'octobre à avril 2012. Thèse de Médecine Générale, Angers, 2012, 45p.

[7]HAS. Commission de la transparence, avis 6 Juillet 2005, Examen du dossier de la spécialité inscrite pour une durée de 5 ans par arrêté du 18 Septembre 2000 (JO du 23 septembre 2000), IMPLANON 68 mg, implant pour usage sous-cutané, 6 juillet 2005, 8p.

[8] DUBOIS JACQUE VERONIQUE. Les gestes techniques en médecine générale, état des lieux en Loire Atlantique et en Vendée. Thèse de Médecine Générale, Nantes, 2012, 53p.

[9] BRES ANNE-LAURE. Pratique clinique en gynécologie-obstétrique des internes en médecine générale lors des stages annexes du stage de gynécologie-pédiatrie chez le praticien. Thèse de Médecine Générale, Toulouse, 2012, 47p.

[10]FRANC, LE VAILLANT, ROSMAN, PELLETIER-FLEURY. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Collection Etudes et Résultats, n°588, avril 2012, 8p.

[11] HAS. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France,2010, 6p.

[12]HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. 2007, 42p.

[13]OBSERVATOIRE THALES. Répartition des actes gynécologiques effectués par les médecins généralistes, mai 2000. Consulté en mai 2013 sur <http://cngof.asso.fr>.

[14] MESTHE P., DUMG Toulouse. Stage chez le praticien en gynécologie-pédiatrie pour les internes de médecine générale des facultés de Toulouse. Communications, congrès du Collège National des Généralistes Enseignants, ROUEN 2010, texte 92.

[15] PIVETEAU AURELIE. Evaluation du premier semestre expérimental d'un stage ambulatoire en gynécologie et pédiatrie couplé au SASPAS, à la faculté d'Angers. Etude qualitative auprès des internes et des maîtres de stages universitaires, de novembre 2011 à mai 2012. Thèse de Médecine Générale, 2012, 143p.

[16]ATTALI C..Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale. Volume 4. Certifier les compétences nécessaires à la médecine générale.95p.

[17]MARLIER Y. Objectifs de formation des internes de médecine générale en stage de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et d'urgence à Lille. Thèse de Médecine Générale, Lille, 2012, 92p.

[18] CHARTIER S., FERRAT E., DJASSIBEL M., BERCIER S., COMPAGNON L. *et al.*. Mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétences : difficultés et propositions. *Exercer* 2012;103:169-74.

[19] Institut de Veille Sanitaire, situation épidémiologique de la bronchiolite en France métropolitaine, situation au 7 janvier 2013, consulté en mai 2013 à l'adresse : <http://ww.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Bronchiolite/Situation-epidemiologique-de-la-bronchiolite-en-France-metropolitaine/Archives-2012/Situation-epidemiologique-de-la-bronchiolite-en-France-metropolitaine.-Situation-au-7-janvier-2013>.

[20] Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Lutte contre les violences au sein du couple, le rôle des professionnels. Octobre 2008, 101p. Consulté en mai 2013 à l'adresse : http://www.justice.gouv.fr/publication/guide_violences_conjugales.pdf

[21] PEDEPSAN L.. Convulsions hyperthermiques, *Archives de Pédiatrie*, 2007, 14, 394-98

[22] HAS. Allaitement Maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations pour la pratique, mai 2002, 18p.

[23] HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité, série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, décembre 2007, 22p.

[24] DREES, SICART,

- Les Médecins au 1^{er} Janvier 2012, série statistique, N°167- février 2012, 137p.

- Les Médecins au 1^{er} Janvier 2009, série statistique, N°138 - 113p.

- Les Médecins au 1^{er} Janvier 2005, série statistique, N°88- octobre 2005, 95p.

- Les Médecins au 1^{er} Janvier 2002, série statistique, N°44 - décembre 2002, 89p.

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Réalisation des gestes techniques	16
Figure 2 : Moyennes de mises en situation de gynécologie réalisées par interne	17
Figure 3 : Moyennes de mises en situation de pédiatrie réalisées par interne	17
Figure 4 : Mises en situation de gynécologie devant être vérifiées en présence du MSU.....	24
Figure 5 : Mises en situation de pédiatrie devant être vérifiées en présence du MSU	25
Figure 6 : Mises en situation de gynécologie devant être vérifiées au moins une fois en réel et/ou en différé	26
Figure 7 : Mises en situation de pédiatrie devant être vérifiées au moins une fois en réel et/ou en différé	27
Figure 8 : Répartition du nombre de mises en situation en fonction du mode de supervision	30
Figure 9 : Nombre de critères validés sur les quarante-deux exigés.....	30

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Moyenne et écart type des mises en situation de gynécologie les plus rencontrées	18
Tableau II : Moyenne et écart type des mises en situation de pédiatrie les plus rencontrées ..	19
Tableau III : Moyenne et écart type des mises en situation de gynécologie les moins rencontrées	20
Tableau IV : Moyenne et écart type des mises en situation de pédiatrie les moins rencontrées	20
Tableau V : Moyenne et écart type des mises en situation intermédiaires de gynécologie.....	22
Tableau VI : Moyenne et écart type des mises en situation intermédiaires de pédiatrie	23
Tableau VII : Nombre de situations non vues en réel et vues en différé par interne.....	28

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	7
LISTE DES ABREVIATIONS	9
SOMMAIRE.....	10
INTRODUCTION.....	11
MATERIEL ET METHODES	13
RESULTATS.....	15
1. LA POPULATION	15
2. LES CRITÈRES DE VALIDATION.....	16
2.1. La réalisation des gestes techniques.....	16
2.2. La réalisation des mises en situation.....	17
2.2.1. <i>Les moyennes des mises en situation réalisées par interne</i>	17
a) Les plus fréquentes	18
b) Les moins fréquentes.....	19
c) Intermédiaires.....	21
2.2.2. <i>Les mises en situation devant être vérifiées au moins une fois en présence du MSU</i>	24
2.2.3. <i>Les mises en situation devant être vérifiées au moins une fois en réel et/ou en différé</i>	26
a) En réel.....	27
b) En différé.....	28
c) Non abordées	29
2.2.4. <i>Relation entre le mode de supervision et la validation</i>	30
3. L'UTILISATION DU GUIDE DES COMPÉTENCES	32
3.1. Au cours des quatre premiers mois de stage	32
3.2. Au cours des deux derniers mois.....	33
DISCUSSION	35
1. FORCES ET LIMITES DE LA METHODE.....	35
1.1. Limite statistique	35
1.2. La méthode de recueil	35
1.3. Biais de réalisation	36
1.4. Limites du questionnaire initial.....	36
2. FAISABILITE DES GESTES TECHNIQUES.....	37
2.1. Le frottis cervico-utérin.....	37
2.2. La pose de dispositif intra-utérin.....	37
2.3. L'implant.....	37
2.4. Les lieux de formation.....	38
3. PERTINENCE DU CHOIX DES MISES EN SITUATION.....	39
4. PERTINENCE DE LA VALIDATION DES MISES EN SITUATION.....	40
4.1. La supervision directe	40
4.1.1. <i>Une technique d'apprentissage reconnue</i>	40
4.1.2. <i>Les freins à son application</i>	40
4.2. Les consultations réalisées en solo.....	41
4.2.1. <i>La supervision indirecte est la plus constante</i>	41

4.2.2. Les réunions hebdomadaires dédiées à la supervision: un temps pour analyser la pratique et pour compléter les apprentissages.	41
4.2.3. L'absence de supervision: un écueil du stage.....	42
4.3. La validation en différé	42
4.3.1. Des items abordés nécessaires à la formation	42
4.3.2. Des items à intégrer	43
4.3.3. Des items pertinents non vus en différé.....	43
5. REFLEXIONS PAR RAPPORT A LA POPULATION DES INTERNES	44
5.1. Certains avaient déjà validé le semestre de gynécologie ou de pédiatrie.....	44
5.2. Une grande variabilité entre le nombre d'actes réalisés par interne	44
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE.....	46
TABLE DES FIGURES	49
TABLE DES TABLEAUX.....	50
TABLE DES MATIERES.....	51
ANNEXES	53
Annexe I : Effectif des médecins généralistes, gynécologues médicaux et pédiatres au cours des dix dernières années	53
Annexe II : Liste des critères de validation	54
Annexe III : Guide des compétences	56
Annexe IV : Tableau des critères de validation distribué aux internes	67
Annexe V : Questionnaire explorant l'utilisation du guide pendant les deux derniers mois de stage.....	81

ANNEXES

Annexe I : Effectif des médecins généralistes, gynécologues médicaux et pédiatres au cours des dix dernières années ²⁴

		2002	2005	2009	2012
Effectif des médecins généralistes	total	80370	82755	82399	101896
Effectif des gynécologues médicaux	libéraux/mixtes	1694	1916	1839	2638
	cabinet	1689	1914	1834	1610
	total	1841	2101	2063	3719
Effectif des pédiatres	libéraux/mixtes	2961	2888	2078	2452
	cabinet	2975	2875	2843	2663
	total	6382	6659	6935	7450

EFFECTIFS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES, GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX, PÉDIATRES AU 1ER JANVIER DE CHAQUE ANNÉE

Annexe II : Liste des critères de validation

Gestes Techniques

- 1 : pose DIU
- 2 : retrait DIU
- 3 : pose implant
- 4 : retrait implant
- 5 : frottis de bonne qualité

Mises en situation

- M 1 : explications des moyens de contraception dont la contraception d'urgence
- M 2 : grossesse: prescription d'acide folique, vérification sérologique, conseils hygiéno-diététiques
- M 3 : prescription des marqueurs de trisomie 21 avec accord éclairé de la patiente
- M 4 : consultation de déclaration de grossesse
- M 5 : proposition d'une consultation pour un examen gynécologique de suivi
- M 6 : commentaire de l'examen clinique du sein à la patiente
- M 7 : aborde avec une femme la place du TSH, de l'ostéodensitométrie, des mesures de prévention de l'ostéoporose
- M 8 : réponse téléphonique en cas d'oubli de pilule
- M 9 : commentaire à la patiente des résultats d'un FCU anormal et proposition de suivi
- M 10 : précision du dispositif « PASS PERINATALITE »
- M 11 : programmation avec la patiente du suivi échographique de sa grossesse
- M 12 : récit d'une consultation du 4^e et 6^e mois de grossesse
- M 13 : écriture d'un courrier de synthèse du suivi de la grossesse pour l'obstétricien
- M 14 : réponse téléphonique à une maman qui présente un engorgement mammaire avec fièvre
- M 15 : précision du contenu des séances de préparation à la naissance
- M 16 : récit d'une consultation post-natale
- M 17 : réponse à une femme qui demande des dosages hormonaux pour confirmer sa ménopause
- M 18 : prescription de THM selon les recommandations françaises et le souhait de la patiente
- M 19 : relevé des situations à risque de fracture dans les notes du dossier médical
- M 20 : notification dans le dossier médical de la recherche d'une incontinence urinaire d'effort

et / ou par urgenterie chez une femme ménopausée

M 21 : information de la femme mineure sur les différentes procédures d'IVG

M 22 : mise en place d'un traitement probabiliste tenant compte de la prévalence des IST

M 23 : écriture d'un courrier adressé au gynécologue (ou oncologue concerné) après résultat de biopsie positive d'un ACR 4 à la mammographie

M 24 : réponse à la demande de certificat médical d'une femme victime de violences

M 25 : remplit sur le carnet de santé les courbes de développement staturo-pondéral et les items des examens obligatoires en les commentant aux parents

M 26 : fait les dépistages sensoriels en sollicitant les parents sur leurs points de vue

M 27 : s'appuie sur les repères du carnet de santé de l'enfant pour accompagner les parents dans l'alimentation de leur enfant

M 28 : informe les parents sur l'attitude à avoir si fièvre/ diarrhée chez un nourrisson

M 29 : explore les craintes des parents sur le symptôme « pleurs de l'enfant » ou « coliques du nourrisson »

M 30 : informe une adolescente et ses parents sur la vaccination anti HPV

M 31 : hospitalise un nourrisson de moins de 3 mois qui a au moins 38°

M 32 : prend en compte le contexte familial pour décider de l'hospitalisation d'un enfant

M 33 : propose une consultation si demande d'orthophonie et fait un test de dépistage du langage adapté

M 34 : fait référence aux repères du recours aux urgences en pédiatrie de l'enseignement intégré pour décider de ne pas hospitaliser un enfant présentant une bronchiolite

M 35 : informe un enfant non vacciné des indications du vaccin de l'hépatite B entre 10 et 13 ans

M 36 : propose une consultation à l'adolescent identifié en souffrance psychologique en respectant le souhait de la présence ou non de ses parents et en l'assurant de la confidentialité s'il vient seul

M 37 : intègre dans une consultation avec un adolescent : 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

▪ **Annexe III : Guide des compétences**

Dans le cadre du premier recours, le médecin généraliste doit être en mesure de répondre aux demandes et plaintes indifférenciées.

Parmi celles-ci, un certain nombre de situations font référence aux demandes des femmes de tous âges. Pour résoudre les problèmes posés par ces situations il devra utiliser, mobiliser les différentes ressources dans les domaines de compétences transversales de la Médecine générale

Le stage en Gynéco Pédiatrie est un lieu privilégié pour acquérir et mobiliser les ressources nécessaires afin de faire face à ces familles de situations.

À la fin du stage, l'interne devra avoir été mis en situation :

1- De 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.

L'interne:

- **écoute les demandes explicites, facilite la formulation des demandes implicites puis propose en expliquant les différents moyens de contraception pour permettre un choix éclairé à la patiente et au couple.**

On attend qu'il :

- *présente, adaptée à la demande, la contraception hormonale, mécanique, intra utérine, en explique les modes d'action, leur efficacité et leurs effets.*

Indicateurs:

À l'aide d'outils pédagogiques, explication des différents moyens de contraception

- **propose et justifie un mode de contraception adapté à la personne**

On attend qu'il:

- *tienne compte des souhaits de la femme et ou du couple.*
- *prenne en compte les contre indications médicales, mais aussi le contexte familial et socio économique (remboursement, confidentialité), informe des modalités de prise ou de mise en place et des effets (profil de saignements en particulier)*
- *informe sur les conduites à tenir en cas de problème en particulier en cas d'oubli*
- *donne les coordonnées, au besoin, des lieux d'accès gratuit à la contraception*

Indicateurs:

Prescription de contraception d'urgence

Réponse téléphonique en cas d'oubli de pilule

-commente et élabore un projet de suivi :

On attend qu'il:

- *explique la place de l'examen clinique et de la biologie (compétence communication)*
- *optimise l'efficacité du moyen de contraception : oubli de pilule, surpoids et implant, troubles digestifs, conditions d'efficacité des moyens mécaniques (compétence communication)*
- *développe les habiletés psychomotrices nécessaires à la pose de DIU, d'implant et de leur retrait (compétence premiers recours)*
- *réévalue le choix de la contraception en fonction de la tolérance et l'acceptation (compétence communication, suivi)*
- *informe si besoin sur les méthodes et les modalités de stérilisation (compétence communication).*

Indicateurs:

Pose et retrait de DIU, pose et retrait d'implant

2- D'informer autour d'un projet de grossesse. Suivre une grossesse normale dans sa dimension médicale, mais aussi affective en y intégrant la consultation préconceptionnelle, aider la femme à réduire ses risques (produits psycho actifs, tabac, alcool), repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme.

L'interne:

- se rend disponible pour écouter la patiente et l'informer sur son projet de grossesse

On attend qu'il:

- *utilise les différentes rencontres pour évoquer la faisabilité du projet de grossesse (âge, antécédents personnels et familiaux, ambivalence du projet, situations socio éco.)(Compétences communication)*
- *assure les premières consultations devant une crainte d'hypofertilité (premiers recours)*
- *repère les risques d'une future grossesse (GRE) en y intégrant les facteurs socio économiques, et demande un avis spécialisé, oriente vers le « PASS périnatalité » si nécessaire*
- *informe sur les mesures préventives et de la nécessité d'une consultation précoce en cas de positivité du test*

Indicateurs:

Prescription de Spécifaldine, transmission des conseils hygiéno-diététiques, vérification statut sérologique Toxoplasmose, Rubéole,

Précision des fonctions du dispositif « PASS périnatalité »

-suit l'évolution de la grossesse, de la déclaration à l'adresse au gynéco obstétricien

On attend qu'il :

- *effectue une consultation programmée après le résultat positif du Test de grossesse*

- organise le suivi Clinique et échographique et propose un des dépistages combinés des marqueurs de trisomie
- explique les conditions de délivrance des prestations, s'enquière du lieu prévu de l'accouchement, se propose pour assurer les consultations de suivi
- assure les consultations de la déclaration de grossesse et du suivi : réponde aux questions de la future et du futur père, fasse l'examen clinique et obstétrical adapté et les prescriptions recommandées
- soit vigilant au risque iatrogène, et au respect des règles hygiéno-diététiques
- dépiste la prise de toxique et propose un suivi spécifique dans ce cas (alcool tabac, drogue, médicaments)
- recherche les signes de gravité nécessitant un avis spécialisé (fièvre, GEU, bilan hépatique perturbé ...)
- assure la continuité entre les différents professionnels

Indicateurs :

Prescription des marqueurs T21 avec accord éclairé

Programmation du suivi échographique avec la patiente

Écriture d'un courrier de synthèse du suivi de la grossesse pour l'obstétricien

-accompagne les parents dans l'accueil de l'enfant à naître

On attend qu'il :

- présente le contenu des séances de préparation à la naissance, interroge le souhait d'allaitement et s'adapte au projet de naissance des futurs parents
- aborde les conditions envisagées pour l'accueil de l'enfant
- prenne en compte les possibles difficultés psychiques et physiques pour la femme et le couple

Indicateur : précision du contenu des séances de préparation à la naissance

-informe et suive la maman,

On attend qu'il :

- prescrive ou suive la contraception en post-partum,
- dépiste et prévienne les complications du post-partum (mammaires, utérines, psychiatriques)

Indicateur :

Réponse téléphonique à une maman qui présente un engorgement mammaire avec fièvre

3- De suivre une femme 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 des autres risques inhérents à cet âge. Evaluer le risque ostéoporotique et proposer une stratégie adaptée. Répondre à la plainte concernant les troubles urinaires et sexuels.

L'interne :

-répond à la demande de la patiente concernant son statut ménopausique et l'informe sur les possibilités de soins

On attend qu'il :

- *identifie la ménopause dans sa définition clinique*
- *réponde aux demandes exprimées lors de ces situations, prenne en compte les plaintes concernant les bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale et les gênes urinaires*
- *explique les bénéfices et risques d'un traitement hormonal substitutif, en assure la prescription et le suivi, à la demande de la femme.*
- *assure un suivi attentif aux possibles répercussions psychologiques mal être de cette phase de transition*

Indicateurs :

Réponse à une femme qui demande des dosages hormonaux pour confirmer la ménopause

Prescription de THM selon les recommandations françaises

- propose les dépistages (col utérin et sein, colon) en les situant dans le cadre des dépistages organisés et /ou individuel (cf. chapitre 6)

- évalue le risque fracturaire et organise son suivi

On attend qu'il :

- *explique les recommandations liées à l'hygiène de vie et l'alimentation adaptées à la prévention de l'ostéoporose*
- *prescrive l'ostéodensitométrie selon les recommandations, la situation clinique et les demandes implicites et explicites de la femme*
- *prescrive les traitements adaptés en prévention des fractures*

Indicateurs :

Relevé des situations à risque de fracture dans les notes du dossier médical

Prescription d'une ostéodensitométrie argumentée avec information sur les conditions de son remboursement

- interroge les signes d'incontinence urinaire et l'inconfort des rapports sexuels

On attend qu'il :

- propose la thérapeutique adaptée aux troubles urinaires
- propose des traitements de la sécheresse vaginale
- repère cystocèle, rectocèle, hystéro ptose

Indicateurs :

Notification dans le dossier médical de la recherche d'une incontinence urinaire d'effort et /ou par urgenterie.

4- De répondre à une demande d'IVG en connaissant son cadre réglementaire et les méthodes

L'interne prend en compte la demande d'IVG en respectant le devoir d'information et la clause de conscience

On attend qu'il :

- respecte le devoir d'information en précisant les démarches règlementaires et les méthodes ou donne l'adresse d'une personne référente (compétence communication)
- accompagne la patiente dans sa décision (prescriptions utiles, exploration des ratés de la contraception)
- puisse prescrire et suivre une interruption volontaire de grossesse dans les dispositifs prévus

Indicateurs :

Explication des modalités de l'IVG médicamenteuse

Information de la femme mineure sur les différentes procédures possibles

5- De prendre en charge dans un contexte d'urgence réelle ou ressentie une femme avec une plainte d'origine gynécologique et plus largement de répondre de façon adaptée à toute femme qui présente un problème d'origine gynécologique en premier recours en y intégrant les plaintes sexuelles

L'interne :

-effectue un examen clinique gynécologique si nécessaire

On attend qu'il :

- propose en le justifiant un examen gynécologique en cas de besoin (métrorragie, vaginite, dyspareunie, cystite récidivante, douleur abdominale ou abdomino pelvienne)
- effectue avec tact et délicatesse un examen gynécologique (matériel adapté, recueil de données fiables avec leurs commentaires,) et précise ses limites
- respecte les difficultés de la femme à se laisser examiner, prenne en compte son histoire, sa sexualité et évoque les possibles antécédents de traumatisme (maltraitance, abus sexuels)

- *entende les plaintes autour de la sexualité exprimées directement ou par des symptômes répétitifs évocateurs (vaginites, douleurs abdominales ...)*

Indicateurs :

Commentaire correct de 3 examens cliniques sur 5 en atelier de gestes techniques
Proposition d'une consultation dédiée pour faire un examen gynécologique de suivi

- **prescrive des examens para cliniques nécessaires, intègre la sexualité dans l'abord de la femme et évalue la nécessité de l'adresse au spécialiste**

On attend qu'il :

- *prescrive les examens adaptés (échographie pelvienne, biologie ciblée, dosages hormonaux), les commente et prenne une décision argumentée (kyste ovarien, fibrome, pathologie endométriale)*
- *repère les situations urgentes chirurgicales (ventre chirurgical, hémorragie, Syndrome infectieux...) et demande un avis spécialisé*

Indicateurs :

Apporte une situation clinique illustrant une démarche décisionnelle devant une plainte de métrorragies à la séance d'enseignement intitulé « quand demander un avis auprès d'un spécialiste en gynéco obstétrique »

- **assure la prévention des IST, leur dépistage et leur traitement prenant en compte les objectifs de santé publique (compétence santé publique prévention)**

On attend qu'il :

- *applique les recommandations de dépistage et participe à la prévention organisée sur le plan individuel de santé publique*
- *prescrive et effectue les prélèvements nécessaires*
- *prescrive le traitement efficace, se préoccupe du traitement du ou des partenaires*

Indicateurs :

Mise en place d'un traitement probabiliste tenant compte de la prévalence des IST

6- Assurer et informer sur le dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risques personnels de la femme. Habiletés afférentes : Frottis, connaître les critères de qualité d'une imagerie mammaire à défaut de pouvoir l'interpréter finement

L'interne s'inscrit dans les objectifs de santé communautaire

On attend qu'il

- soutienne l'argumentation nécessaire à l'acceptation raisonnée des gestes de dépistage, les intègre à la mise en place des dépistages organisés et accepte les réticences et les refus de ce dépistage
- développe les habiletés nécessaires à l'examen clinique du sein et la pratique du FCU, explique les modalités de la réalisation du frottis et assure le suivi des résultats anormaux.
- précise la place de la mammographie, apprécie la qualité des commentaires de l'imagerie et élabore une démarche adaptée

Indicateurs

Pratique d'un frottis de bonne qualité à la fréquence recommandée quelque soit le statut vaccinal HPV

Commentaire de l'examen clinique du sein à la patiente

-assure la continuité des soins dans une approche centrée sur la patiente

On attend qu'il :

- prenne en compte l'inquiétude de la femme et de son entourage au retour des résultats, précise avec attention les orientations thérapeutiques et adresse aux professionnels compétents.

Indicateurs :

Commente à la patiente les résultats d'un FCU anormal et proposition de suivi

Écriture d'un courrier adressé au gynécologue (ou oncologue concerné) après résultat de biopsie positive d'un ACR 4 à la mammographie.

7 - De dépister les signes suspects de violences faites à une femme, et l'assister dans une double dimension thérapeutique et sociale.

L'interne :

-est attentif aux plaintes évocatrices de violences subies et repère une possible situation de violence

On attend qu'il :

- aborde avec la femme la possibilité d'une violence subie devant des signes et symptômes évocateurs et plaintes répétitives physiques ou psychologiques.
- s'appuie sur les notions d'emprise et de cycle de violence dans l'écoute active de la femme
- répond à la demande de certificat et informe dans un souci de prévention et de protection**

On attend qu'il :

- rédige un certificat d'ITT en en connaissant les implications juridiques et le propose à la femme*
- Propose un accompagnement centré sur sa protection et respectueux de ses choix*
- informe sur les lois et les structures auxquelles la femme peut faire appel.*

Indicateurs :

Rédaction d'un certificat médical avec précision ou non de l'ITT à la demande d'une femme victime de violences.

Compétences attendues dans le domaine du suivi de l'enfant

À la fin du stage Gynéco Pédiatrie, l'interne devra avoir été mis en situation de :

Faire le suivi du nourrisson et de l'enfant dans les consultations systématiques en s'assurant du développement global, de la prévention vaccinale et du dépistage individuel des troubles sensoriels et psycho comportementaux.

On attend qu'

Il propose une consultation dédiée à l'examen systématique

Prenne le temps nécessaire au suivi du développement global de l'enfant.

Soit attentif aux interactions mère enfant et prévenant dans la mise en place de la triade « père mère bébé »

Entende les interrogations et craintes des parents et prenne soin de les accompagner dans leur rôle parental prévenant et bientraitant.

Suive les recommandations du calendrier vaccinal et fasse les rattrapages nécessaires

Indicateurs

Remplit sur le carnet de santé les courbes de développement staturo-pondéral et les items des examens obligatoires en les commentant aux parents

Fait les dépistages sensoriels en sollicitant les parents sur leurs points de vue

Il répond aux questions des repères dans l'alimentation du nourrisson

- précise et explique les recommandations de complémentation vitaminique et d'introduction de l'alimentation diversifiée*
- transmette les conseils de l'allaitement au sein, intervienne sans médicaliser sur ses aléas et contribue à sa poursuite si la maman le désire*
- prenne en compte le contexte socioéconomique et respecte les savoirs profanes*

Indicateurs :

S'appuie sur les repères du carnet de santé de l'enfant pour accompagner les parents dans l'alimentation de leur enfant

Il poursuit les consultations systématiques de suivi de l'enfant après 3 ans

Tienne compte des doutes des parents sur les troubles sensoriels, comportementaux et ceux du langage et fasse les dépistages adaptés (DPL3, ERTL4)

S'adresse à l'enfant et le met en confiance dans un environnement adapté

Fasse un examen commenté de l'enfant en soutenant le rôle des parents et leur devoir de protection de l'enfant

Soit vigilant aux signes d'alerte de maltraitance

S'inscrive dans le soin et l'accompagnement de la construction subjective de l'enfant

Indicateurs :

Il propose une consultation si demande d'orthophonie et y inclue un test ERTL4

Avoir une conduite adaptée devant une fièvre chez le nourrisson et accompagner les parents en cas de petits maux de bébé

On attend

Qu'il ait une attitude d'éducation sanitaire et de prévention

Précise aux parents, à la première consultation du nourrisson, la conduite à tenir en cas de fièvre et prescrive des antipyrétiques

Informe sur les situations nécessitant de revoir l'enfant fébrile

Repère les éléments de gravité et de contexte nécessitant une hospitalisation

Applique les recommandations de prescription d'antibiotiques dans les infections ORL et bronchites

Donne les conseils diététiques adaptés en cas de trouble du transit et prescrive un soluté de réhydratation si diarrhée

Soigne les conjonctivites en précisant leur histoire naturelle

Explique le rôle physiologie du lavage de nez et celui de la toux

Indicateurs :

Hospitalise un nourrisson de moins de 3 mois qui a au moins 38°

Commente aux parents un document écrit sur l'attitude à avoir en cas de fièvre et en cas de diarrhée

Répond à la demande des parents souhaitant un sirop pour la toux de leur enfant de moins de 2 ans

Qu'il prenne en compte les plaintes des parents dans leur dimension psychologique et sociale

Entende la plainte autour des coliques en expliquant la place limitée des médicaments

Prenne en compte l'inquiétude des parents dont le nourrisson pleure en s'attachant à faire un examen clinique approprié

Réponde aux plaintes sur les problèmes de sommeil

Indicateurs :

Explore les craintes des parents sur le symptôme « pleurs de l'enfant »

Repère les urgences réelles ou ressenties et a une attitude adaptée

On attend qu'il

Réponde au téléphone en posant les questions discriminantes de repérage des urgences et en vérifiant d'avoir réassuré les parents et répondu à leurs questions

Demande un avis spécialisé si doute de gravité

Fasse les premiers gestes d'urgences

Indicateurs :

Il prend en compte le contexte familial pour décider de l'hospitalisation d'un enfant

Fait référence aux repères de recours aux urgences en pédiatrie de l'enseignement intégré pour décider de ne pas hospitaliser un enfant présentant une bronchiolite

Suive le développement de l'enfant et de l'adolescent en intégrant la prévention et le dépistage des troubles de la croissance et du comportement, des problèmes locomoteurs, ainsi que ceux des maladies chroniques prévalentes.

On attend qu'il

Identifie un trouble de la croissance, du développement pubertaire et fasse les premières explorations nécessaires

Repère les troubles de la statique et ait une conduite adaptée

Propose, à un enfant qui présente des symptômes insistants ou des perturbations de son comportement, une consultation avec ou sans ses parents pour entendre ce qu'il a à en dire.

Informe des mesures sociales et assure la coordination des soins en cas de maladie chronique ou handicap

Tienne compte avec pudeur et respect dans une rencontre avec un adolescent de son identité sexuelle, de son corps en transformations et de son être social et familial en devenir.

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, cannabis et alcool.

Informe des vaccinations recommandées à l'adolescence et saisisse l'opportunité d'ouvrir le dialogue aux questions de sexualité

Indicateurs :

Aux parents qui s'interrogent sur la vaccination anti HPV de leur fille, propose une consultation avec l'adolescente concernée.

Informe des indications du vaccin de l'hépatite B entre 10 et 13 ans si l'enfant n'est pas vacciné.

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.

Annexe IV : Tableau des critères de validation distribué aux internes

POUR CHAQUE CRITERE, INDIQUEZ LE NOMBRE DE SITUATIONS RENCONTREES ET SI VOUS AVEZ EU RECOURS AU RÉFÉRENTIEL DES COMPETENCES (AVANT OU APRES LA CONSULTATION OU LA MISE EN SITUATION), MERCI

- Indiquer par des bâtons le nombre de situations validantes dans les cases correspondantes.
- Indiquer si vous avez utilisé le référentiel des compétences (correspondant aux photocopiés de gynécologie et de pédiatrie détaillant les compétences à aborder pendant le stage) soit avant la consultation (avt), soit après (aps), soit avant les réunions avec le MSU référent ou avec les 3 MSU.
- Si vous avez rencontré des mises en situation dans d'autres lieux que vos terrains de stage ou si vous avez utilisé le référentiel dans d'autres cas de figure, notez-le dans la case « autre » ou dans la marge.

NOM PRENOM :	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »		
	supervision					Par l'interne		Autre: avec le maître de stage lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage
	Directe	Indirecte	Sans supervision	Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations précisez	Avt	Aps	
Pose DIU								
Retrait DIU								
Pose implant								
Retrait implant								
Frottis bonne qualité								

NOM PRENOM :	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »		
	supervision					Par l'interne		Autre: avec le maître de stage, lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage
	Directe	Indirecte	Sans supervision	Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations, précisez	Avt	Aps	
Explication des moyens de contraception dont la Contraception d'urgence								
Grossesse: Prescription acide folique, vérification sérologique, conseils hygiéno-diététiques.								

NOM PRENOM :	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »		
	Supervision					par l'interne		Autre: avec le maître de stage, lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage
	Directe	Indirecte	Sans supervision	Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations, précisez	Avt	Aps	
Prescription des marqueurs de trisomie 21 avec accord éclairé de la patiente								
Consultation de déclaration de grossesse								
Proposition d'une consultation pour un examen gynécologique de suivi								

NOM PRENOM :	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »		
	Supervision			Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations, précisez	Par l'interne		Autre: avec le maître de stage, lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage
	Directe	Indirecte	Sans supervision			Avt	Aps	
Commentaire de l'examen clinique du sein à la patiente								
Aborde avec une femme la place du TSH, de l'ostéodensitométrie, des mesures de prévention de l'ostéoporose								

NOM PRENOM :	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »		
	Supervision					Par l'interne		Autre : avec le maître de stage, lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage
	Directe	Indirecte	Sans supervision	Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations, précisez	Avt	Aps	
Réponse téléphonique en cas d'oubli de pilule								
Commentaire à la patiente des résultats d'un FCU anormal et proposition de suivi								
Précision du dispositif PASS PERINATALITE								
Programmation avec la patiente du suivi échographique de sa grossesse								
Récit d'une consultation du 4 ^{ème} et 6 ^{ème} mois de grossesse								

NOM PRENOM :	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »		
	Supervision			Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations, précisez	Avt	Aps	Autre : avec le maître de stage, lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage
	Directe	Indirecte	Sans supervision					
Ecriture d'un courrier de synthèse du suivi de la grossesse pour l'obstétricien								
Réponse téléphonique à une maman qui présente un engorgement mammaire avec fièvre								
Précision du contenu des séances de préparation à la naissance								

NOM PRENOM :	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »			
	Supervision					Par l'interne		Autre: avec le maître de stage, lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage	
	Directe	Indirecte	Sans supervision			Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations, précisez		
Récit d'une consultation post-natale									
Réponse à une femme qui demande des dosages hormonaux pour confirmer sa ménopause									
Prescription de THM selon les recommandations françaises et le souhait de la patiente									

NOM PRENOM :	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »		
	Supervision					Par l'interne		Autre: avec le maître de stage, lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage
	Directe	Indirecte	Sans supervision	Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations, précisez	Avt	Aps	
Relevé des situations à risque de fracture dans les notes du dossier médical								
Note dans le dossier de la recherche d'une IU d'effort ou par urgenterie chez une femme ménopausée								
Information de la femme mineure sur les différentes procédures d'IVG								

NOM PRENOM :	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »		
	Supervision					Par l'interne		Autre: avec le maître de stage, lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage
	Directe	Indirecte	Sans supervision	Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations, précisez	Avt	Aps	
Mise en place d'un traitement probabiliste tenant compte de la prévalence des IST								
Ecriture d'un courrier adressé au gynécologue/oncologue après résultat de biopsie positive d'un ACR 4 à la mammographie								
Réponse à la demande de certificat médical d'une femme victime de violences								

NOM PRENOM :	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »		
	Supervision					Par l'interne		Autre: avec le maître de stage, lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage
	Directe	Indirecte	Sans supervision	Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations, précisez	Avt	Aps	
Remplit sur le carnet de santé les courbes de développement staturo-pondéral et les items des examens obligatoires en les commentant aux parents								
Fait les dépistages sensoriels en sollicitant les parents								
S'appuie sur les repères du carnet de santé pour accompagner les parents dans l'alimentation de leur enfant								

NOM PRENOM :	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »		
	Supervision					Par l'interne		Autre: avec le maître de stage, lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage
	Directe	Indirecte	Sans supervision	Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations, précisez	Avt	Aps	
Informe les parents sur l'attitude à avoir si fièvre et / ou diarrhée chez un nourrisson								
Explore les craintes des parents sur le symptôme « pleurs de l'enfant » ou « coliques du nourrisson »								
Informe une adolescente et ses parents sur la vaccination anti HPV								

NOM PRENOM:	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »		
	Supervision			Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations, précisez	Par l'interne		Autre: avec le maître de stage, lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage
	Directe	Indirecte	Sans supervision			Avt	Aps	
Hospitalise un nourrisson de moins de 3 mois qui a au moins 38°								
Prend en compte le contexte familial pour décider de l'hospitalisation d'un enfant								
Propose une consultation si demande d'orthophonie et fait un test de dépistage du langage adapté								

NOM PRENOM :	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »		
	Supervision					Par l'interne		Autre: avec le maître de stage, lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage
	Directe	Indirecte	Sans supervision	Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations, précisez	Avt	Aps	
Fait référence à l'enseignement ingé ou décider de ne pas hospitaliser un enfant présentant une bronchiolite								
Informe un enfant non vacciné des indications du vaccin de l'hépatite B entre 10 et 13 ans.								

NOM PRENOM :	Situation vérifiée en réel (faite en cslt par l'interne)			Situation vérifiée en différé (non faite en cslt par l'interne)		Utilisation du référentiel « compétences »		
	Supervision					Par l'interne		Autre: avec le maître de stage, lors des rencontres avec les 3 maîtres de stage
	Directe	Indirecte	Sans supervision	Situation réelle rapportée par le MSU	Autre: jeux de rôle, discussion sur les recommandations, précisez	Avt	Aps	
Consultation proposée à l'adolescent qu'il a identifié en souffrance psychologique (présence ou non des parents, confidentialité s'il vient seul)								
Consultation avec un adolescent concernant 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.								

Annexe V : Questionnaire explorant l'utilisation du guide pendant les deux derniers mois de stage

POUR QUELLES SITUATIONS AVEZ-VOUS UTILISE LE REFERENTIEL ?

DANS QUELLES SITUATIONS CELA VOUS A T-IL AIDE ? DANS QUELS CAS CELA A T-IL ENTRAINE DES RECHERCHES DE VOTRE PART ?

Par exemple, 1/ vous avez eu recours au référentiel pour la situation suivante : « patiente demandeuse d'IVG » pour vérifier que les informations sur les différentes procédures possibles, les aspects réglementaires... ont été expliqués.

2/ A la lecture du référentiel, vous notez l'item « incontinence urinaire de la femme » et vous décidez de l'aborder dans vos prochaines consultations de gynécologie. Si vous avez effectué des recherches pour compléter vos connaissances, vous pouvez les noter.

**AVEZ-VOUS UTILISE LE REFERENTIEL AVEC LE MAÎTRE DE STAGE REFERENT ?
POURS QUELLES SITUATIONS ? DETAILLEZ SVP**

**AVEZ-VOUS UTILISE LE REFERENTIEL AVEC LES MAÎTRES DE STAGE ?
DETAILLEZ SVP**

PERMIS D'IMPRIMER

**THÈSE DE Mademoiselle BEAUDOUIN
Charline**

Vu, le Directeur de thèse *Al. Baron*



Vu, le Président du jury de thèse

 *P. Jéhuez*

**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer

