

UNIVERSITE TOULOUSE III-Paul SABATIER-

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

2012 TOU3 1091

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 NOVEMBRE 2012

PAR BRES Anne-Laure

SUJET DE THESE :

**PRATIQUE CLINIQUE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DES
INTERNES EN MEDECINE GENERALE LORS DES STAGES
« ANNEXES » DU STAGE DE GYNECOLOGIE-PEDIATRIE CHEZ
LE PRATICIEN**

DIRECTEUR DE THESE : Michel BISMUTH

JURY :

M. le Professeur OUSTRIC Stéphane, Président.

M. le Professeur PARANT Olivier, Assesseur.

M. le professeur POUTRAIN Jean-Christophe, Assesseur.

Mme. le Docteur ESCOURROU Brigitte, Assesseur.

M. le Docteur BISMUTH Michel, Assesseur.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur OUSTRIC Stéphane

Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous le remercions de l'honneur que vous nous faites en présidant notre jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur PARANT Olivier,

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de gynécologie-Obstétrique

Veillez accepter tous nos remerciements pour votre présence dans ce jury. Nous vous exprimons notre plus grand respect.

À Monsieur le Professeur POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur associé de Médecine Générale

Nous vous remercions de bien vouloir juger notre travail.

À Madame le Docteur ESCOURROU Brigitte,

Maître de conférences Associé de Médecine Générale

Nous vous remercions de bien vouloir juger notre travail

À Monsieur le Docteur BISMUTH Michel,

Maître de conférences Associé de Médecine Générale

Un grand merci pour m'avoir proposé ce sujet de thèse, pour m'avoir supervisé, pour votre aide, votre réactivité et votre disponibilité. Merci aussi de m'avoir poussée à faire ma thèse avant mon départ, merci également pour vos conseils pendant tout mon internat en tant que tuteur.

Merci à ma mère d'avoir toujours été à mes côtés pendant ces longues années d'études et pour toutes ces petites attentions, à mon père, ainsi que Daniel et Line, qui ont toujours cru en moi et qui m'ont toujours soutenue. Merci de m'avoir permis de faire ces études, pour votre soutien et votre amour.

À tous mes frères et sœurs, merci pour tous ces bons moments passés ensemble, tous ces souvenirs au Mercou ou en camping, à ma petite sœur Charlène pour son « calme » pendant mes études, bonne continuation à tous, en France ou ailleurs. Le service de consultations en ligne sera toujours ouvert !

À Mélanie, ma plus « vieille amie » qui me suit depuis de nombreuses années, et qui malgré la distance m'est toujours aussi chère.

À mes amis du lycée, pour tous ces moments de bonheur passés et à venir, bonne continuation à tous, enfin dans le sud pour certains.

À mes amis de médecine de Nîmes, « la famille » comme on aime à le dire, pour toute cette vie étudiante passée ensemble qui nous a tant rapprochés, bonne continuation à tous et bienvenu aux petits derniers (Vlad et Pilat !).

À mes amis les « gitants », merci pour nos fous rires passés ensemble, votre amitié et votre soutien, merci d'avoir fait que la distance avec mon chéri soit moins douloureuse...

À mes autres amis toulousains, rencontrés au cours des différents stages.

À mes beaux-parents et à toute ma belle famille, merci pour la relecture Babou et merci pour votre soutien pendant toutes ses années.

À mes grands parents, et à ma famille.

Aux médecins qui ont contribué à ma formation de médecin généraliste et qui m'ont donné le goût de la médecine, je pense notamment à Edith Laberrenne et Sylvaine Toutlemonde, à Jean Pierre Duquesne, Valérie Asencio, Mathieu Houles et à Corinne Cressent, merci à tous pour votre investissement dans l'enseignement de la médecine générale.

Enfin, merci à l'amour de ma vie qui me rend heureuse toujours plus chaque jour, et sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui, merci pour ton soutien pendant ces longues années, merci pour tout.

Table des matières

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS.....	3
I. INTRODUCTION	4
II. RAPPELS SUR LE CONTENU DE L'ENSEIGNEMENT EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DANS LA REGION MIDI-PYRENEES	6
A. Le stage pratique en libéral.....	6
B. L'enseignement théorique	6
III. MATERIELS ET METHODES	7
A. Les objectifs pédagogiques à atteindre lors du stage.....	7
B. La répartition géographique des terrains de stage.....	7
C. La période de réalisation de notre étude	7
D. Formation préalable au recueil de données	7
E. Le recueil de données en vue de l'analyse.....	7
F. Analyse des données.....	8
IV. RESULTATS	9
A. Résultats globaux	9
1. <i>En différents thèmes</i>	<i>9</i>
2. <i>En motif primaires et secondaires</i>	<i>9</i>
3. <i>Par tranche d'âge.....</i>	<i>10</i>
4. <i>Par champs d'activité.....</i>	<i>10</i>
B. Résultats par terrains de stage	11
1. <i>Semestre de novembre 2010 à avril 2011 : 52.3% (n=1015)</i>	<i>11</i>
2. <i>Semestre de novembre 2011 à avril 2012 : 47.7% (n=921)</i>	<i>12</i>
3. <i>Sur l'ensemble des deux semestres : n=1936.....</i>	<i>13</i>
4. <i>Résultats des motifs de consultations en fonction des lieux des stages.....</i>	<i>13</i>
C. Résultats détaillés des motifs de consultations.....	16
1. <i>La grossesse : 29% (n=561)</i>	<i>16</i>
2. <i>La contraception : 27.8% (n=538)</i>	<i>18</i>
3. <i>Le dépistage et la prévention des cancers : 18.4% (n=357).....</i>	<i>19</i>

4. Les pathologies gynécologiques : 16.4% (n=317)	20
5. Le post-partum : 3.6% (n=69)	21
6. Autres : 2.7% (n=53).....	22
7. La ménopause : 1% (n=19).....	22
8. Les pathologies urologiques : 0.9% (n=18)	23
9. Les violences : 0.2% (n=4)	24
V. DISCUSSION.....	25
A. Notre étude	25
1. Les forces de notre travail.....	25
2. Biais et limites	28
B. Contenu pédagogique de l'enseignement théorique et pratique en gynécologie....	29
1. Les gestes techniques.....	29
2. L'enseignement théorique	30
VI. CONCLUSION	35
VII. BIBLIOGRAPHIE	37
VIII. ANNEXES	40

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESMG : Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale

DIU : Dispositif Intra Utérin

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ENC : Examen National Classant

FCU : Frottis Cervico Utérin

GO : Gynécologie-Obstétrique

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus

IMG : Internes de Médecine Générale

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MDSU : Maitre De Stage Universitaire

PMA : Procréation Médicalement Assistée

THS : Traitement Hormonal Substitutif de la ménopause

I. INTRODUCTION

La démographie médicale évoluant vers une baisse du nombre des gynécologues médicaux et obstétricaux (1) et la population féminine française augmentant (2), le médecin généraliste est de plus en plus confronté à la prise en charge des pathologies et du suivi gynécologique et obstétrique de ses patientes. Sur ces prochaines années, cette situation va s'aggraver, comme le montre les projections des Pr Cohen, Madélnat et Lévy-Toledano (3), « le nombre de gynécologues à l'horizon 2020 sera inférieur à l'effectif actuel : il serait d'un peu moins de 6 500 gynécologues » contre 7181 au 1^{er} janvier 2011 (1), « dont 1915 gynécologues médicaux, si 100 internes étaient formés tous les ans à la gynécologie, et 4 550 gynécologues obstétriciens si 200 internes étaient formés annuellement à la gynécologie obstétrique ». Hors, nous restons en-dessous de ces prévisions avec seulement 30 postes de gynécologie médicale et 206 postes de gynécologie obstétrique ouverts à l'Examen National classant pour l'année universitaire 2012-2013 (4). Il est donc primordial que les internes de médecine générale y soient préparés au cours de leur formation diplômante.

Le médecin généraliste en tant que professionnel de santé de première ligne prend en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge et du sexe. Ses missions sont multiples puisqu'il assure à la fois : une médecine curative de premier recours en prenant en charge les maladies aiguës et chroniques, une médecine de dépistage, de prévention, d'éducation pour la santé, une médecine « globale » autant médicale que psychologique et sociale, une médecine d'orientation puis de synthèse et de suivi une médecine de coordination des soins. (5)

La formation des internes de médecine générale prévoit un semestre obligatoire de gynécologie et/ou pédiatrie dans des services ou départements hospitaliers agréés pour la médecine générale. Cependant un grand nombre de ces stages abordent exclusivement l'une ou l'autre de ces deux spécialités, rarement les deux. (6) Depuis le 10 août 2010, date du dernier arrêté fixant la réglementation de ce diplôme, (7) il est possible de valider ce semestre dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline de médecine générale et introduit ainsi la possibilité de stage en ambulatoire.

Ceci a été mis en place sur Toulouse dès la rentrée universitaire 2009-2010 par un enseignement intégré composé de modules d'enseignement théoriques, d'une formation

aux gestes techniques et d'un stage pratique. Une partie de ce stage pratique se déroule chez un médecin généraliste (Maitre de Stage Universitaire, MDSU) et contient en complément des stages dits « annexes » c'est-à-dire soit en planning familial, et/ou en consultation avec des sages-femmes, et/ou des gynécologues libéraux et/ou hospitaliers et/ou en maternité.

Dès lors, un premier travail de thèse, mené par Sandrine BAGAN (8), soutenu le 28 février 2012, a cherché à évaluer la pratique clinique en gynécologie-obstétrique (GO) des internes en médecine générale lors du stage de gynécologie-pédiatrie chez le praticien. Dans ce travail une étude prospective a permis de mettre en évidence le contenu de la formation des internes et de le comparer à celui de l'enseignement intégré.

Cependant, certaines situations cliniques n'étaient pas suffisamment retrouvées pour pouvoir être formatrices et la question s'est posée de savoir si le contenu des stages annexes pouvait gommer ces manques.

Notre objectif principal est donc d'évaluer à partir d'un recueil de données prospectif, la fréquence et le type de consultations en GO auxquels sont confrontés les internes au cours de leurs stages annexes.

Notre objectif secondaire est de comparer ces éléments au contenu global de l'enseignement intégré dans le domaine de la GO.

II. RAPPELS SUR LE CONTENU DE L'ENSEIGNEMENT EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DANS LA REGION MIDI-PYRENEES

A. Le stage pratique en libéral

À la rentrée 2009/2010, de nouveaux terrains de stage ont été mis en place. Ils se composent d'un temps de présence de 2 jours par semaine au cabinet libéral chez des maîtres de stage ayant une activité importante reconnue dans ces deux spécialités, et d'un temps de présence de 2 à 3 jours par semaine dans des terrains de stages dits « annexes » (centre de planification familiale, gynécologues libéraux, gynécologues hospitaliers, sages-femmes, maternité).

Le nombre de stage de gynécologie-pédiatrie en ambulatoire est croissant d'année en année, avec pour la rentrée universitaire 2012/2013, 37 terrains de stages disponibles contre 12 à sa création.

B. L'enseignement théorique

En 2010, le DUMG de Toulouse a réorganisé l'enseignement théorique à partir du *Référentiel Métier et Compétences des Médecins Généralistes* de juin 2009 (9). Cette réorganisation porte sur plusieurs points et en particulier le développement et le renforcement d'un enseignement intégré spécifique au stage de gynécologie-pédiatrie avec deux modules théoriques et un atelier sur les gestes techniques réalisés avant le stage.

Annexe n°1 : Programme d'enseignement théorique de gynécologie pour l'année universitaire 2012/2013 à Toulouse

III. MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude prospective avec relevé des motifs de consultations en GO, vus par les internes en stage de gynécologie/pédiatrie en ambulatoire lors des stages annexes en Midi-Pyrénées.

A. Les objectifs pédagogiques à atteindre lors du stage

En l'absence d'objectifs pédagogiques nationaux préétablis concernant l'enseignement de la gynécologie au cours du 3^{ème} cycle, le DUMG de Toulouse a élaboré une liste d'objectifs pédagogiques à valider lors du stage dans le pôle mère-enfant (compétences spécifiques à la médecine générale) à l'aide de divers référentiels : Le dictionnaire des résultats de consultations en médecine générale (Société Française de Médecine Générale (SFMG)), et le Référentiel Métier et Compétences des Médecins Généralistes de juin 2009 (9).

Ensuite, toutes ces données ont été discutées avec les autres intervenants du stage et en particulier avec le centre de planification familiale, puis adaptées aux particularités de ces différents terrains de stages.

Annexe n°2 : liste des objectifs pédagogiques concernant la gynécologie (10)

B. La répartition géographique des terrains de stage

Les terrains de stage étaient répartis sur 6 des 8 départements de la région Midi-Pyrénées, en Ariège (09), Aveyron (12), Haute-Garonne (31), Hautes-Pyrénées (65), Lot (46), et en Tarn et Garonne (82).

C. La période de réalisation de notre étude

Le recueil de données a été réalisé sur deux semestres.

D. Formation préalable au recueil de données

L'interne a été formé au préalable au recueil de données, à partir d'une grille qui comportait la date, l'âge, le motif de consultation principal, le motif de consultation secondaire s'il y en avait un. Puis l'interne devait, pour chaque motif de consultations, les classer en tant que pathologie aiguë, pathologie chronique, consultation de dépistage, consultation de prévention, en motif « administratif » ou consultation dites « autres ».

Annexe n°3 : fiche du recueil de données.

E. Le recueil de données en vue de l'analyse

Nous avons ensuite classé et analysé ces différents motifs de consultations en plusieurs thèmes choisis par rapport au contenu de l'enseignement théorique.

- La grossesse.
- Le post-partum (PP).
- La prévention et le dépistage des cancers gynécologiques (DPK).
- La contraception.
- Les pathologies urologiques.
- Les pathologies gynécologiques.
- La ménopause
- Les violences
- Autres

Ces motifs ont été répartis parmi les catégories suivantes : pathologie aiguë, pathologie chronique, consultation de dépistage, consultation de prévention, « administratif » ou consultation dite « autre ».

Les tranches d'âges ont été établies selon les étapes du suivi gynécologique de la vie d'une femme.

F. Analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur tableur Excel.

IV. RESULTATS

A. Résultats globaux

Nous avons inclus 1637 patients avec un total de 1936 motifs de consultations sur 17 terrains de stages répartis sur Midi-Pyrénées : 3 en Ariège (09), 3 en Aveyron (12), 6 en Haute-Garonne (31), 2 en Hautes-Pyrénées (65), 2 dans le Lot (46), et 1 en Tarn et Garonne (82).

L'étude s'est déroulée sur deux semestres, de novembre 2010 à avril 2011 : 8 terrains de stage analysés, et de novembre 2011 à avril 2012 : 9 terrains de stage analysés.

1. En différents thèmes

Sur l'ensemble des motifs de consultations relevés nous notons par ordre de fréquence et par thèmes :

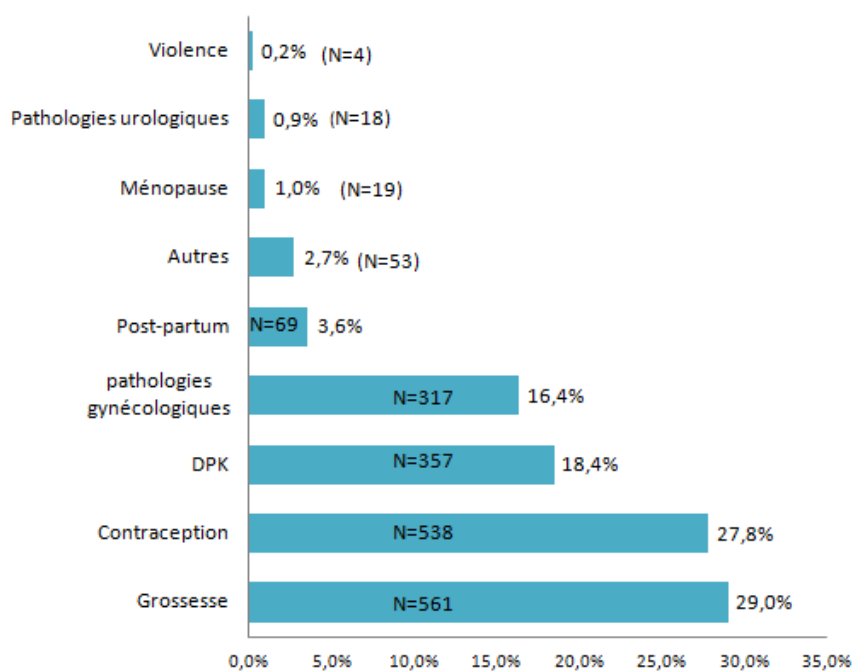


Figure 1: Répartition par thèmes

2. En motif primaires et secondaires

Une majorité des motifs est abordée lors d'un motif primaire de consultation :

- Motifs primaires : 85% (n=1637)
- Motif secondaire : 15% (n=299)

3. Par tranche d'âge

1637 patients ont été analysés sur les deux semestres avec une moyenne d'âge de 30.9 ans, leur répartition se fait comme suit :

- Moins de 14 ans = 0.19% (n=3)
- De 14 à 29 ans = 57.3% (n=883)
- De 30 à 49 ans = 31.2% (n=481)
- De 50 à 59 ans = 5.2% (n=80)
- Plus de 60 ans = 6.1% (n=94)

4. Par champs d'activité

→ **Consultations de dépistage : 44.8% (n=883)**

Il s'agit essentiellement du dépistage lié au suivi de grossesse (28.1%, n=248), puis vient celui du cancer du col de l'utérus par FCV (27%, n=238), celui lié à la contraception (25.7%, n=227,) puis le suivi gynécologique simple (10.9%, n=96).

→ **Consultations liées aux problèmes aigus : 23.9% (n=472)**

Cela concerne d'abord les IVG, (23%, n=109), puis les pathologies infectieuses (22%, n=102,) et en quantité à peu près identiques les métrorragies (MTR) qu'elles soient liées ou non à la grossesse (14%, n=64) et les autres pathologies intercurrentes de la grossesse.

→ **Consultation de prévention : 18.2% (n=360)**

Il s'agit essentiellement des demandes d'informations sur la contraception (35%, n=125), puis des cours de préparation à l'accouchement (14%, n=51), la rééducation périnéale réalisée par les sages-femmes (11%, n=40), puis vient la pose d'implant (10%, n=37), la pose de DIU (7%, n=24) et les consultations préconceptionnelles (4%, n=16).

→ **Consultations liées aux problèmes chroniques : 9.3% (n=184)**

Cela correspond aux pathologies organiques gynécologiques (52%, n=96), et aux pathologies cancéreuses (17%, n=32).

→ **Administratif : 3.8% (n=74)**

Cela correspond essentiellement à la demande d'IVG (65%, n=48) puis à l'administratif lors de la grossesse (déclaration de grossesse, recherche de la T21) (34%, n=25).

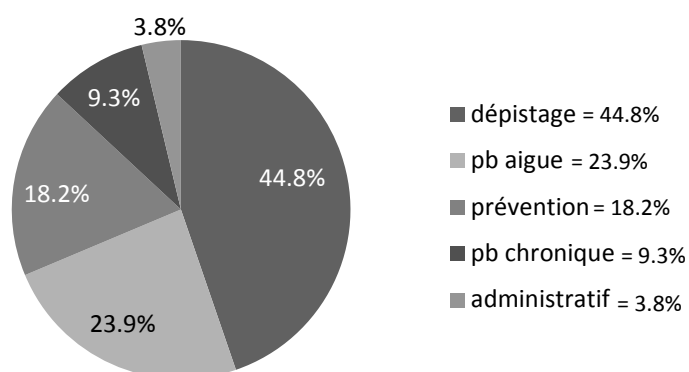


Figure 2: Répartition par champs d'activité

B. Résultats par terrains de stage

1. Semestre de novembre 2010 à avril 2011 : 52.3% (n=1015)

8 terrains de stage ont été analysés sur 18 terrains de stage présents au choix des internes, avec un total de 1015 motifs de consultations. Le nombre de motifs de consultations varie de 41 à 249, avec une moyenne de 127 motifs de consultations vus par l'interne sur l'ensemble du semestre.

SEMESTRE 2010-2011	N	%
Cahors	184	18%
Aussonne	65	6%
Baraqueville	168	17%
Labarthe sur léze	66	7%
Le monastère	249	25%
Toulouse Dr Brillac	41	4%
Toulouse Razongles	77	8%
Villeneuve	165	16%
TOTAL	1015	100%
MOYENNE	126,875	

La répartition des motifs de consultations en fonction du stage annexe se répartit comme suit.

Ville du médecin coordinateur	Planning	Gynécologue en libéral	Gynécologue à l'hôpital	Maternité	Sages femmes
Cahors	n=2		n=182		
Aussonne			n=18		n=47
Baraqueville	n=45	n=91		n=10	n=22
Labarthe sur Lèze	n=66				
Le Monastère	n=72	n=74		n=62	n=42
Toulouse: Dr Brillac	n=19				n=22
Toulouse: Dr Razongles	n=77				
Villeneuve				n=165	
TOTAL	27.9% (n=283)	16.3% (n=165)	19.7% (n=200)	23.3% (n=237)	12.8% (n=130)

2. Semestre de novembre 2011 à avril 2012 : 47.7% (n=921)

9 terrains de stage ont été analysés sur 23 terrains de stages présents aux choix des internes, avec un total de 921 motifs de consultations. Le nombre de motifs de consultations varie de 19 à 402, avec une moyenne de 102 motifs de consultations vus par l'interne sur l'ensemble du semestre.

SEMESTRE 2011-2012	N	%
Tarbes	402	44%
Cahors	43	5%
Pamiers, Dr Escourrou	79	9%
Foix	81	9%
Saint Jory	50	5%
Lagardelle sur lèze	19	2%
Pamiers	111	12%
Montech	117	13%
Lanomezan	19	2%
TOTAL	921	100%
MOYENNE	102,33	

La répartition des motifs de consultations en fonction du stage annexe se répartit comme suit.

Ville du médecin coordinateur	Planning	Gynécologue en libéral	Gynécologue à l'hôpital	Maternité	Sage femme
Tarbes	n=283		n=119		
Cahors	n=13		n=30		
Pamiers	n=79				
Foix	n=45		n=36		
Saint Jory	n=50				
Lagardelle sur Lèze		n=19			
Pamiers		n=111			
Montech	n=117				
Lanomezan	n=19				
TOTAL	65.8% (n=606)	14.1% (n=130)	20.1% (n=185)		

3. Sur l'ensemble des deux semestres : n=1936

17 terrains de stages ont été analysés avec un total de 1936 motifs de consultations avec une moyenne de 113 motifs de consultation vus par l'interne.

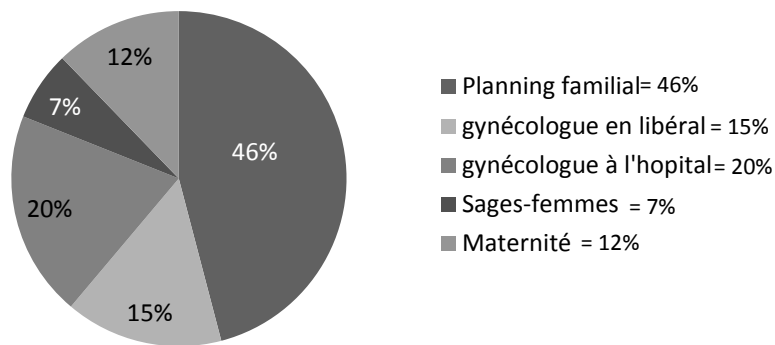


Figure 3: Répartition selon le lieu de stage

4. Résultats des motifs de consultations en fonction des lieux des stages.

a) La grossesse

GROSSESSE	Planning familial	Gynécologue en libéral	Gynécologue à l'hôpital	Maternité	Sages-femmes
suivi de grossesse	4%(n=10)	20%(n=53)	32%(n=85)	37%(n=96)	7%(n=19)
IVG	81%(n=88)		9%(n=10)	9%(n=10)	1%(n=1)
préconception	57%(n=38)	13%(n=9)	18%(n=12)	12%(n=8)	
pathologies intercurrentes	9%(n=5)	7%(n=4)	21%(n=12)	61%(n=34)	2%(n=1)
Préparation à l'accouchement					100%(n=51)
Accouchement			14%(n=2)	86%(n=12)	
TOTAL	25%(n=141)	12%(n=66)	22%(n=121)	29%(n=160)	13%(n=72)

Le suivi de grossesse s'est effectué en part équivalente entre la maternité et le gynécologue hospitalier, les autres intervenants de santé arrivent après.

Les IVG ont été pris en charge à 81% dans les centres de planification familiale.

Sur l'ensemble des consultations liées à la grossesse, la prise en charge a d'abord été réalisée par la maternité, les autres intervenants arrivent après.

b) La contraception

CONTRACEPTION	Planning familial	Gynécologue en libéral	Gynécologue à l'hôpital	Maternité	Sages-femmes
Demandes de contraception	84%(n=83)	5%(n=5)	8%(n=8)	3%(n=3)	
CO	88%(n=69)	6%(n=12)	6%(n=12)		
DIU	52%(n=46)	25%(n=22)	17%(n=15)	6%(n=5)	
Implant	89%(n=65)	5%(n=4)	5%(n=4)		
Patch	100%(n=9)				
Nuvaring	88%(n=7)		13%(n=1)		
Non précisé	78%(n=42)	17%(n=9)	6%(n=3)		
TOTAL	80%(n=421)	10%(n=52)	8%(n=43)	2%(n=8)	

Les consultations de contraception se sont déroulées dans 80% des cas dans un centre de planification familiale.

c) Le dépistage et la prévention des cancers

DPK	Planning familial	Gynécologue en libéral	Gynécologue à l'hôpital	Maternité	Sages-femmes
FCV	49%(n=117)	23%(n=55)	19%(n=44)	9%(n=21)	
suivi gynécologique	41%(n=39)	31%(n=30)	19%(n=18)	9%(n=9)	
mammographies	24%(n=5)	24%(n=5)	14%(n=3)	38%(n=8)	
vaccin anti-HPV	100%(n=2)				
TOTAL	46%(n=163)	25%(n=90)	18%(n=65)	11%(n=38)	

Les consultations de dépistage et prévention des cancers se déroulent pour 46% au planning familial, le motif de consultations le plus représenté reste le FCV.

d) Les pathologies gynécologiques

PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES	Planning familial	Gynécologue en libéral	Gynécologue à l'hôpital	Maternité	Sages-femmes
Pathologies organiques	18%(n=28)	24%(n=39)	48%(n=76)	6%(n=10)	4%(n=7)
Pathologies infectieuses	83%(n=100)	6%(n=7)	8%(n=10)	3%(n=4)	
Pathologies cancéreuses	6%(n=2)	41%(n=13)	47%(n=15)	6%(n=2)	
TOTAL	42%(n=130)	19%(n=59)	32%(n=101)	5%(n=16)	2%(n=7)

Les pathologies organiques sont le plus souvent suivies par les gynécologues en libéral ou en hospitalier.

Les pathologies infectieuses sont le plus souvent rencontrées au planning familial (à 83%).

Les pathologies cancéreuses sont le plus souvent prises en charge par un gynécologue hospitalier dans 47% des cas puis par un gynécologue en libéral dans 41% des cas.

e) Le post-partum

POST PARTUM	Planning familial	Gynécologue en libéral	Gynécologue en hôpital	Maternité	Sages-femmes
Allaitement	33%(n=2)		17%(n=1)		50%(n=3)
Pathologies intercurrentes	100%(n=1)				
Examen du post-partum	6%(n=2)	21%(n=7)	24%(n=8)	32%(n=11)	18%(n=6)
Dépression			50%(n=1)	50%(n=1)	
Rééducation périnéale					100%(n=26)
TOTAL	7%(n=5)	10%(n=7)	14%(n=10)	17%(n=12)	51%(n=35)

Les consultations dans le cadre du post-partum ont été réalisées pour 51% par les sages femmes.

f) La ménopause

MENOPAUSE	Planning familial	Gynécologue en libéral	Gynécologue à l'hôpital	Maternité	Sages-femmes
Troubles de la ménopause		22%(n=2)	56%(n=5)	22%(n=2)	
THS		50%(n=4)	38%(n=3)	13%(n=1)	
Ostéoporose		100%(n=2)			
TOTAL		42%(n=8)	42%(n=8)	16%(n=3)	

La majorité des consultations liées à la ménopause ont été réalisées par des gynécologues libéraux et hospitaliers.

g) Les pathologies urologiques

PATHOLOGIES UROLOGIQUES	Planning	Gynécologue en libéral	Gynécologue à l'hôpital	Maternité	Sages-femmes
Pathologies organiques		23%(n=3)	77%(n=10)		
Pathologies infectieuses	20%(n=1)	60%(n=3)	20%(n=1)		
TOTAL	6%(n=1)	33%(n=6)	61%(n=11)		

h) Les violences

VIOLENCE	Planning familial	Gynécologue en libéral	Gynécologue à l'hôpital	Maternité	Sages-femmes
agressions sexuelles	100%(n=4)				

C. Résultats détaillés des motifs de consultations

1. La grossesse : 29% (n=561)

29% (n=561) des motifs de consultations concernent cet item selon la répartition suivante :

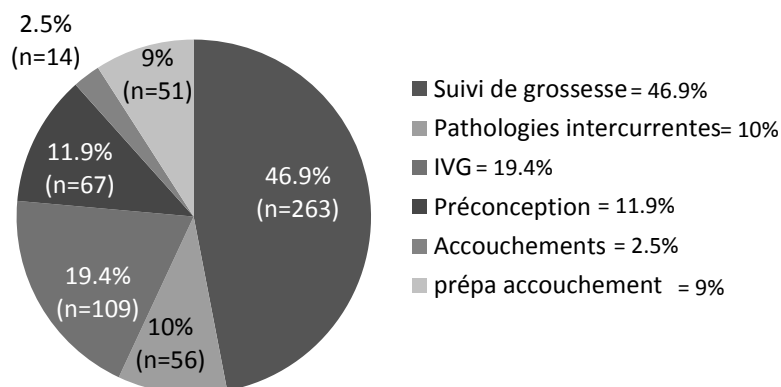


Figure 4: Répartition des motifs des consultations « grossesse »

a) Consultation en motifs primaires ou secondaires

	Motifs 1R	Motifs 2R
Suivi de Grossesse	99.6% (n=262)	0.4% (n=1)
Pathologies intercurrentes	73.2% (n=41)	26.8% (n=15)
IVG	100% (n=109)	
Préconception	80.6% (n=54)	19.4% (n=13)
Accouchements	100% (n=14)	
Préparation à l'accouchement	100% (n=51)	
TOTAL	94.7% (n=531)	5.2% (n=29)

b) Détails des consultations « grossesse »

	Problème aigue	Problème chronique	Dépistage	Prévention	Administratif
Suivi de grossesse	0.6% (n= 2)		72.5%(n=248)	19%(n=65)	7.9%(n=27)
Pathologies intercurrentes	91.8%(n=56)	8.2%(n=5)			
Préconception	48.5%(n=32)	27.3%(n=18)		24.2%(n=16)	
IVG	69.4%(n=109)				30.6%(n=48)
Accouchements	100%(n=14)				
Préparation à l'accouchement				100%(n=51)	

Pour le suivi de grossesse : les consultations de découverte de grossesse sont classées en aigue et les consultations de suivi proprement dit sont classées en consultations de dépistage. Les consultations de prévention correspondent aux consultations de préparation à l'accouchement (78.5, n=51), à l'entretien prénatal précoce (18.5%, n=12) et aux consultations de tabacologie (3.1%, n=2). Les déclarations de grossesse (59.3%, n=16) et les consentements pour dépistage de la trisomie 21 (40.7%, n=11) sont classés dans la colonne « administratif ».

Pour les pathologies intercurrentes : les menaces d'accouchement prématuré, MTR, prééclampsie, grossesse extra-utérine, amniocentèse et autres pathologies aiguës sont classées en problématiques médicales aiguës, le suivi du diabète gestationnel est classé en chronique.

Pour la période préconceptionnelle : sont classées en problématiques aiguës les consultations pour une anomalie en rapport avec l'AMP (14.7%, n=5) et les consultations pour retard de règles (85.3%, n=29). En chronique sont classées les consultations pour les troubles de la fertilité, et en consultation de prévention la consultation préconceptionnelle.

Pour les IVG : toutes les demandes d'IVG ainsi que les consultations qui y sont liées (post IVG) sont classées en problématiques aiguës.

Les accouchements ont été classés en problématique médicale aigue.

Les cours de préparation à l'accouchement ont été classés en consultation de prévention.

2. La contraception : 27.8% (n=538)

27.8% (n=538) des motifs de consultations concernaient cet item selon la répartition suivante:

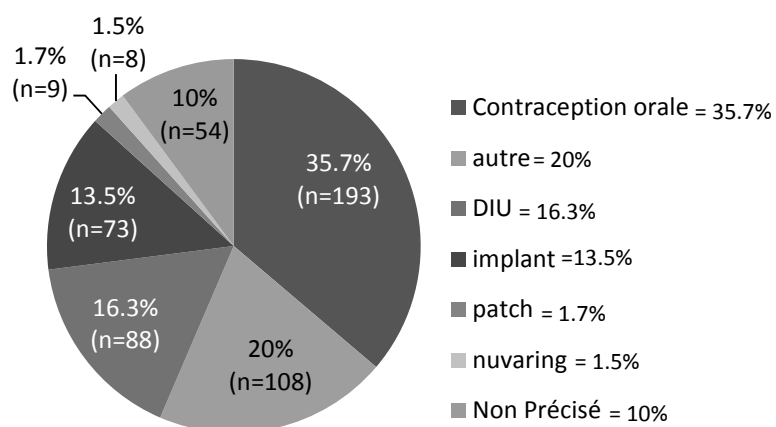


Figure 5: Répartition des motifs de consultations "contraception"

a) Consultations en motifs primaires et secondaires

	Motifs 1R	Motifs 2R
Contraception orale (CO)	86.5% (n=167)	13.5% (n=26)
DIU	88.6% (n=78)	11.4% (n=10)
Implant	98.6% (n=72)	1.4% (n=1)
Patch	77.8% (n=7)	22.2% (n=2)
Nuvaring	100% (n=8)	
Autre	61.1% (n=66)	38.9% (n=42)
Non Précisé	79.6% (n=43)	20.4% (n=11)
TOTAL	82.7% (n=441)	17% (n=92)

Dans les consultations « autre » : 92% (n=99) sont liées à des demandes d'information sur les moyens de contraception, ceci correspond au 2^{ème} motif de consultation lors de consultation pour contraception.

b) Détails des consultations « contraception »

	Problème aiguë	Problème chronique	Dépistage	Prévention	Autre
Contraception orale	13.8%(n=28)		70.9%(n=144)	15.3%(n=31)	
DIU	18.2%(n=18)		28.3%(n=28)	37.4%(n=37)	16.2%(n=16)
Implant	8.3%(n=7)		11.9%(n=10)	58.3%(n=49)	21.4%(n=18)
Patch			77.8%(n=7)	22.2%(n=2)	
Nuvaring	12.5%(n=1)		87.5%(n=7)		
Autre	8%(n=9)			88.4%(n=99)	3.6%(n=4)
Non Précisé	3.7%(n=2)			96.3%(n=52)	

Les consultations pour problèmes aigus regroupent les consultations pour mauvaise tolérance ou effets indésirables du moyen contraceptif (MTR et autres). Pour la contraception orale, nous avons classé également les oublis de contraception (50%, n=14). En consultation autre : il s'agit des contraceptions d'urgence

Les consultations de dépistage correspondent au suivi proprement dit de la patiente sous contraceptif.

Les consultations de prévention correspondent aux demandes d'information spécifiques au moyen contraceptif, ainsi que :

- pour la contraception orale, des premières prescriptions (77%, n=24),
- pour le DIU, des poses de DIU (65%, =24),
- pour l'implant, des poses d'implant (75%, n=37),
- en consultations « autres » il s'agit des demandes d'information sur la contraception en général (n=99).

Non précisé correspond aux consultations sur la contraception lorsque les données concernant le moyen contraceptif étaient absentes.

3. Le dépistage et la prévention des cancers : 18.4% (n=357)

18.4% (n=357) des consultations concernent cet item selon la répartition suivante :

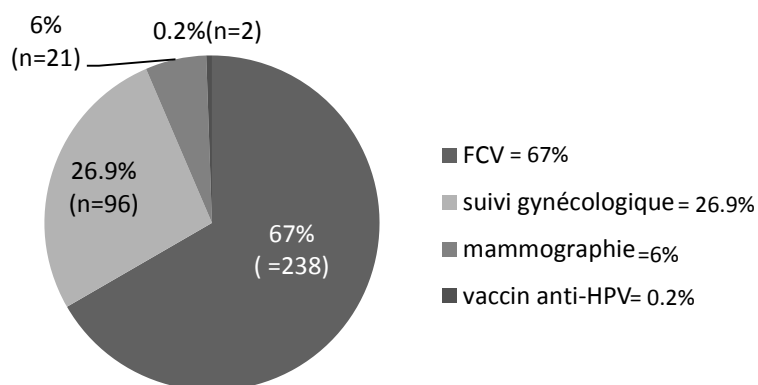


Figure 6: Répartition des motifs de consultations "dépistage et prévention des cancers"

a) Consultations en motifs primaires et secondaires

	Motifs 1R	Motifs 2R
FCV	74% (n=177)	26% (n=61)
Suivi gynécologique	83% (n=80)	17% (n=16)
Mammographie	14% (n=3)	86% (n=18)
Vaccin anti-HPV	50% (n=1)	50% (n=1)
TOTAL	73% (n=261)	27% (n=96)

b) Détails des consultations « dépistage et prévention des cancers »

	Problème aigue	Problème chronique	Dépistage	Prévention	Administratif
FCV			100%(n=238)		
Mammographie			100%(n=21)		
Vaccin anti-HPV				100%(n=2)	
Suivi gynécologique	11.9%(n=13)		88.1%(n=81)		

Les consultations de suivi : en problématique médicale aigue sont classées les consultations pour biopsie (coloscopie, biopsie de l'endomètre), celles de suivi proprement dites sont classées en consultations de dépistage.

4. Les pathologies gynécologiques : 16.4% (n=317)

16.4% (n=317) des consultations concernent cet item selon la répartition suivante :

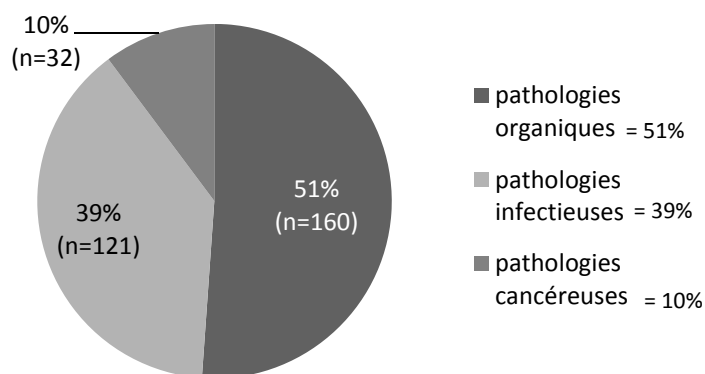


Figure 7: Répartition des motifs de consultations "Pathologies gynécologiques"

a) Consultations en motifs primaires et secondaires

	Motifs 1R	Motifs 2R
Pathologies organiques	85% (n=136)	15% (n=24)
Pathologies infectieuses	66% (n=80)	34% (n=41)
Pathologies cancéreuses	100% (n=32)	
TOTAL	79% (n=248)	21% (n=65)

b) Détails des consultations « pathologies gynécologiques »

	Problème aigue	Problème chronique	Dépistage	Prévention	Administratif
Pathologies infectieuses	57.1%(n=97)		41.8%(n=71)	1.2%(n=2)	
Pathologies cancéreuses		100%(n=32)			
Pathologies organiques	37.6%(n=67)	56.7%(n=101)		5.6%(n=10)	

Pour les pathologies infectieuses : nous avons classé en consultation de dépistage les consultations pour réalisation de PV (n=39) et pour bilan IST (n=23), et en prévention les consultations pour information sur les IST. En problématique médicale aiguë, 77.3% correspondent à des infections vaginales (pour 52% il s'agissait de mycoses). Les autres consultations plus marginales correspondent aux IST et autres infections gynécologiques (vulvo-vaginites, salpingites, bartholinites...)

Pour les pathologies organiques :

- Aigües : dans 40% (n=27) des cas il s'agit de métrorragies, les autres pathologies organiques sont beaucoup moins représentées.

- Chroniques : dans 43% des cas il s'agit de pathologies organiques de l'utérus (fibromes et endométriose le plus fréquemment), dans 29% des cas il s'agit de troubles de la statique pelvienne (n=29), 13% (n=13) des cas correspondent à des pathologies organiques mammaires (mastoses, kystes...). Les autres pathologies sont beaucoup moins représentées.

5. Le post-partum : 3.6% (n=69)

3.6% (n=69) des consultations concernent cet item selon la répartition suivante :

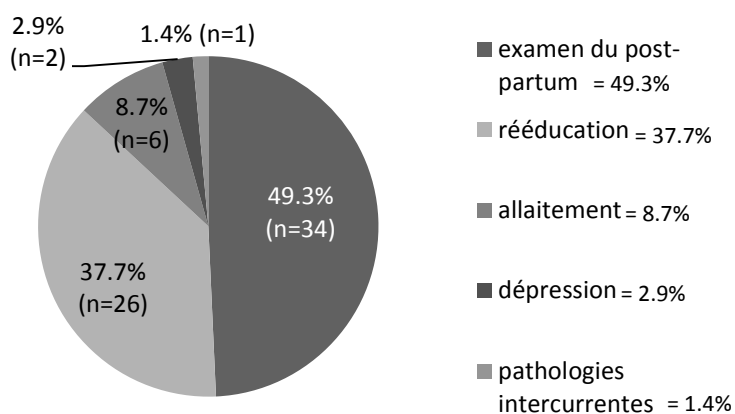


Figure 8: Répartition des motifs de consultations "post-partum"

a) Consultations en motifs primaires et secondaires

	Motifs 1R	Motifs 2R
Allaitement	83.3% (n=5)	16.7% (n=1)
Pathologies intercurrentes	100% (n=1)	
Examen PP	100% (n=34)	
Dépression		100% (n=2)
Rééducation	96.2% (n=25)	3.8% (n=1)
TOTAL	94% (n=65)	6% (n=4)

b) Détails des consultations « Post-partum »

	Problème aigue	Problème chronique	Dépistage	Prévention	Administratif
Allaitement	50%(n=3)	16.7%(n=1)		33.3%(n=2)	
Pathologies intercurrentes	100%(n=1)				
Examen PP			100%(n=34)		
Dépression asthénie		100%(n=2)			
Rééducation périnéale				100%(n=26)	

6. Autres : 2.7% (n=53)

	N	%
rééducation hors Post-partum	16	30%
dyspareunie	3	
douleur abdominale	4	
douleur pelvienne	2	
règles douloureuses	4	
autres	24	

Dans les consultations dites « autres » nous avons classés les consultations pour un symptôme sans qu'une cause ne lui soit rattachée (douleurs abdominales, douleurs pelviennes, douleurs périnéales, prurit vulvaire...) et les motifs divers et variés (problèmes conjugaux, troubles du désir sexuel, consultation diététique, certificat de virginité).

7. La ménopause : 1% (n=19)

1% (n=19) des consultations concernent cet item selon la répartition suivante :

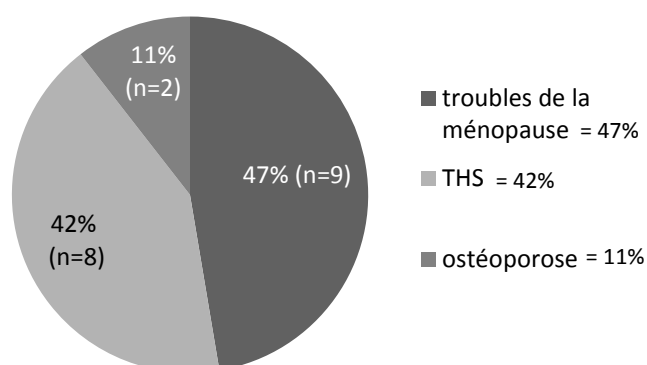


Figure 9: Répartition des motifs de consultations "ménopause"

a) Consultations en motifs primaires et secondaires

	Motifs 1R	Motifs 2R
THS	100% (n=8)	
ostéoporose	50% (n=1)	50% (n=1)
Troubles de la ménopause	66.7% (n=6)	33.3% (n=3)
TOTAL	78.9% (n=15)	21.1% (n=4)

b) Détails des consultations « Ménopause »

	Problème aigue	Problème chronique	Dépistage	Prévention	Administratif
THS	12.5%(n=1)		87.5%(n=7)		
Troubles de la ménopause		61.5%(n=8)	38.5%(n=5)		
ostéoporose		100%(n=2)			

En THS (Traitement Hormonal Substitutif): Nous avons classé en problématique médicale aigue les cas de mauvaise tolérance au THS (n=1, MTR), en consultations de dépistage les consultations de suivi des femmes sous THS.

En troubles de la ménopause: les consultations pour problématiques médicales chroniques correspondent aux cas de ménopauses symptomatiques non traités par THS, les consultations de dépistage correspondent aux cas de diagnostic de la ménopause.

8. Les pathologies urologiques : 0.9% (n=18)

0.9% (n=18) des consultations concernent cet item selon la répartition suivante :

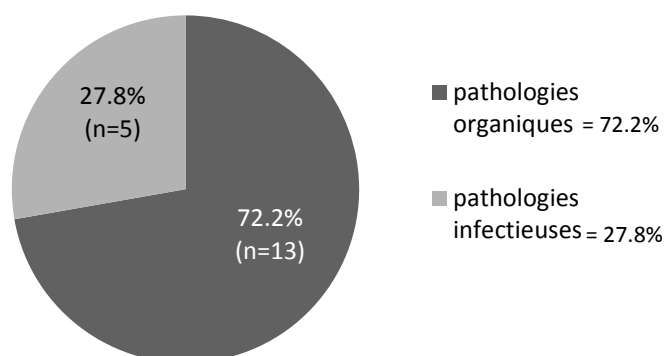


Figure 10: Répartition des motifs de consultations "pathologies urologiques"

a) Consultations en motifs primaires et secondaires

	Motifs 1R	Motifs 2R
Pathologies organiques	69% (n=9)	30% (n=4)
Pathologies infectieuses	80% (n=4)	20% (n=1)
TOTAL	72.2% (n=13)	27.8% (n=5)

b) Détails des consultations « pathologies urologiques »

	Problème aigue	Problème chronique	Dépistage	Prévention	Administratif
Pathologies organiques		100%(n=13)			
Pathologies infectieuses	100%(n=5)				

En pathologies organiques sont classées les incontinenances urinaires d'effort, par impériosité et mixtes.

En pathologies infectieuses sont classées les infections urinaires.

9. Les violences : 0.2% (n=4)

	Problème aigue	Problème chronique	Dépistage	Prévention	Administratif
Agressions sexuelles	50%(n=2)	25%(n=1)			25%(n=1)
autres					

Administratif : correspond à la rédaction du certificat de coups et blessures.

V. DISCUSSION

A. Forces et limites de notre étude

Notre travail est original car, à notre connaissance, nous n'avons pas retrouvé d'études évaluant la pratique des internes en médecine générale en gynécologie-obstétrique au cours de leurs stages dans le pôle Mère-Enfant, en particulier dans les stages annexes au planning familial, en consultation chez des gynécologues hospitaliers ou libéraux, des sages-femmes et en maternité.

Les résultats de notre travail, par l'apport d'éléments prospectifs, nous a permis de compléter l'état des lieux de la pratique des internes en médecine générale en gynécologie-obstétrique au cours de leurs stages en ambulatoire qui avait été réalisé par Sandrine BAGAN dans sa thèse en doctorat de médecine soutenue le 28 février 2012. (8)

Nous allons donc discuter essentiellement de nos résultats par rapport aux données complémentaires que peuvent apporter les données de notre travail.

Notre étude est représentative grâce au nombre important de motifs de consultations recueillis (avec 1936) et grâce à la variété de notre échantillon (17 terrains de stages répartis sur la région Midi-Pyrénées).

1. Les forces de notre travail

Notre travail montre que ces stages annexes apportent :

1. Un plus en termes de formation et d'acquisition des compétences en ce qui concerne le dépistage et la réalisation de FCU, le suivi de grossesse, la prise en charge des IVG et l'information sur les moyens de contraception.
2. A un moindre degré, il renforce les compétences dans la prescription de la contraception, le suivi du post-partum et la prise en charge des pathologies gynécologiques aiguës.
3. Par contre, concernant les pathologies intercurrentes de la grossesse, la période préconceptionnelle, la ménopause, les pathologies urologiques, et les violences conjugales, les internes y sont moins confrontés qu'en stage ambulatoire chez le MG.

1. Points positifs des stages annexes.

Les consultations de dépistage sont en nombre nettement plus élevé dans notre travail que ce que nous avons retrouvé dans celui de Sandrine BAGAN (45% contre 36.2%) et montre ainsi que ces stages annexes sont très ciblés sur ce thème. La réalisation du frottis cervico-utérin est fréquemment réalisé (2^{ème} motif sur l'ensemble des motifs de consultations) même dans le cadre d'une consultation de prévention au cours d'une demande de contraception. Nous constatons que ce geste doit être réalisé systématiquement dans ces stages annexes.

En ce qui concerne la grossesse, le travail de Sandrine BAGAN avait déjà identifié une part importante vue par l'interne au cours de son stage (19.1%), ceci est renforcé sur les stages annexes (29% des consultations), notamment en ce qui concerne le suivi de grossesse proprement dit, et l'IVG, qui représente le double des motifs de consultations par rapport à la médecine générale. Cet acte étant réalisé dans 80% des cas dans un centre de planification familiale, cela laisse à penser que les femmes s'adressent en premier vers les centres de planification familiale ou vers une structure hospitalière. L'enquête COCON, réalisée en 2000 (11) va dans ce sens et montre que « 55 % des femmes de moins de 30 ans choisissent comme premier interlocuteur une structure hospitalière ou un centre médico-social (planning familial) ». De ce point de vue, le médecin généraliste n'est pas encore bien identifié pour ce type de prise en charge, en particulier pour les IVG médicamenteuses, même si cela tendrait à se développer (12). En effet, un rapport de janvier 2011 du CSIS préconise que « la pratique des IVG médicamenteuses en ville doit être développée sur tout le territoire (la création de réseaux régionaux à l'image de REVHO devrait être encouragée par les ARS) » mais « n'est cependant pas une solution pour les zones rurales » puisqu'elle « nécessite la présence d'un centre chirurgical à moins d'une heure de route susceptible d'accueillir les rares complications ». Depuis la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2004 (13), une autorisation est donnée aux médecins de ville (médecins généralistes et gynécologues libéraux) de pratiquer les IVG médicamenteuses en ambulatoire. Ils doivent signer une convention et travailler en réseau avec un centre de santé agréé. Ils doivent également avoir une expérience professionnelle adaptée et peuvent bénéficier d'une formation à cette pratique. Les stages annexes apportent donc un plus en terme de formation aux IMG qui seront amenés à la pratiquer de plus en plus.

Concernant la contraception, elle représente une activité importante aussi bien en ambulatoire qu'en stage annexe. Néanmoins notre travail renforce l'intérêt des stages annexes dans le domaine de la demande d'information sur la contraception en général, ainsi que sur la contraception définitive et d'urgence.

2. Points équivalents chez le praticien et en stages annexes.

Ils permettent, par la répétition des actes un renforcement de l'apprentissage de l'IMG. Il s'agit des pathologies gynécologiques en particulier aiguës, du suivi du post-partum mais également de la contraception concernant les prescriptions ou les gestes techniques, c'est-à-dire la prescription de contraception orale, mise en place de DIU ou d'implant.

3. Points négatifs des stages annexes.

Ceci concerne le suivi des pathologies intercurrentes de la grossesse, appelées « petits maux de la grossesse », et la prise en charge de la période préconceptionnelle. Il semble que ces motifs de consultations restent du domaine du médecin généraliste car retrouvés en nombre moins importants sur les stages annexes. Ce sont des moments où le médecin généraliste, dans le cadre de sa mission de premier recours et dans un environnement de proximité, est bien identifié pour cette prise en charge. Une étude menée par Valérie BASTIDE en 2012 sur la prise en charge par 169 médecins généralistes des petits maux de grossesse en Midi-Pyrénées le confirme. Le constat était alors fait que ceux-ci étaient très sollicités et prenaient en charge à plus de 80% tous les symptômes rencontrés (14).

Concernant la prise en charge de la ménopause, les internes y ont été très peu confrontés sur les stages annexes. La prise en charge des troubles de la ménopause et péri-ménopause et son traitement par THS sont le plus retrouvés mais ceci reste insuffisant pour compléter la formation des IMG. Il en va de même pour la prise en charge des pathologies gynécologiques cancéreuses et des pathologies urologiques qui sont elles aussi très peu représentées dans notre étude, comme dans celle de Sandrine BAGAN. Ceci peut s'expliquer par la population plus jeune que couvre les stages annexes.

De même, la prescription d'examens complémentaires comme la mammographie ou la vaccination anti-HPV reste plutôt du domaine du médecin généraliste et donc là aussi nous retrouvons une complémentarité de la pratique réalisée chez le praticien.

Enfin le motif de consultation pour violences conjugales est très peu retrouvé dans le cadre des stages en ambulatoire puisque nous n'en avons recensé que 4 cas. Pourtant les violences existent. En 2010 en France, 1 femme mourrait tous les 2 jours et demi suite à des violences conjugales. « En 2009 ou 2010, 1,9 % des personnes de 18 à 75 ans ont déclaré avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles intra-ménage. On estime leur nombre à un peu plus de 820 000 sur ces deux années » (15). La présence de l'interne représente peut-être un frein à ce type de consultation.

De manière générale, notre travail montre que les différents champs d'activités en gynécologie-obstétrique auxquels sont confrontés les internes au cours de leur stage annexe sont les mêmes que ceux retrouvés dans le stage chez le praticien mais dans des proportions différentes. Le contenu de ce stage vient donc renforcer la formation du futur médecin généraliste.

Il montre aussi que la population féminine prise en charge est plus jeune qu'en cabinet et ceci s'explique par le type d'offre de soins mis à disposition notamment en centre de planification familiale et reste conforme aux données connues. Dans son rapport de juin 2011, l'inspection générale des affaires sociales soulignait que les mineurs représentaient 30% du public accueilli en planning familial (16). Ceci explique en partie que certains thèmes de consultation soient plus retrouvés dans notre travail que chez le praticien, et renforce l'intérêt des stages annexes en termes d'acquisition de compétences.

2. Biais et limites

- Concernant le recueil des données, dans certains cas, il nous a été difficile de pouvoir identifier précisément à quel endroit les motifs de consultations avaient été relevés. Elles ont alors été écartées de l'étude. Mais, le faible nombre de ces consultations n'a pas modifié de manière significative nos résultats.
- Le relevé des motifs de consultations a été réalisé uniquement sur les périodes hivernales, mais ceci a peu de conséquences sur nos résultats dans le cadre spécifique de notre recueil de données.
- On remarque aussi qu'il existe des différences en termes de lieux de stages entre les deux semestres. Les consultations en planning familial étaient beaucoup plus nombreuses lors du semestre de novembre 2011 à avril 2012 avec 65.8% des motifs de consultation

retrouvés. Elles sont moins représentées de novembre 2010 à avril 2011 puisqu'il y avait aussi des consultations chez les sages-femmes et en maternité. Ces terrains de stage n'ont pas été retrouvés dans nos données du semestre suivant, bien que ces lieux de stage existaient. Ceci a pu modifier le contenu des consultations.

- Le relevé des motifs de consultation a été réalisé au cours des consultations où l'interne était présent, et nous pensons que sa présence peut constituer un frein. Ce type de consultation touche à l'intimité de la patiente et certaines femmes ont probablement préféré consulter le jour où l'interne n'était pas présent sur ces stages. Ceci a pu diminuer le nombre et le contenu de la consultation en particulier dans les stages annexes libéraux chez les sages-femmes et les gynécologues.

- Nous ne nous sommes intéressés qu'au motif des consultations vus par l'interne lors de sa présence en stage annexe qui représente uniquement 2 ou 3 demi-journées. Ce travail ne peut être représentatif de l'ensemble des consultations en gynécologie prises en charge par les médecins dans ces stages annexes sur une semaine.

- Nous n'avons pas croisé les variables en fonction des lieux de stage, du fait d'une part de la grande disparité qui existait entre les terrains de stage, et parce que cela ne faisait pas partie de l'objectif de l'étude.

B. Contenu pédagogique de l'enseignement théorique et pratique en gynécologie

1. Les gestes techniques

La journée de formation aux gestes techniques réalisée sur Toulouse est renforcée par les stages. Ces ateliers sont adaptés pour initier l'IMG à cette pratique et le stage va lui permettre d'asseoir ses compétences par la réalisation multiple de ces gestes.

Concernant l'examen gynécologique, il est important que l'interne se familiarise avec la pose de spéculum, le toucher vaginal et la palpation mammaire avant de débiter son stage de gynécologie-pédiatrie puisque, dans notre travail, l'IMG est confronté à de nombreuses consultations de dépistage, de prévention et de pathologies aiguës gynécologiques et obstétricales. Le stage viendra renforcer ses compétences dans ce domaine.

Concernant la réalisation du frottis et de prélèvements gynécologiques, notre étude montre que l'interne y est fréquemment confronté lors de son stage et le sera dans sa future pratique. Les recommandations de l'HAS en 2010 (17) placent le médecin au cœur du dépistage du cancer du col de l'utérus. « Il doit effectuer la synthèse des informations transmises par les autres professionnels de santé, doit inciter à la participation au dépistage en prescrivant un test de dépistage ou en le réalisant lui-même, et doit s'assurer de la bonne prise en charge en cas de test positif. »

Concernant la pose d'implant et de DIU, notre étude montre que les internes ont une faible activité dans ce domaine. L'atelier des gestes techniques apparaît donc indispensable mais une bonne acquisition passe par la pratique fréquente de ces gestes. Les stages à la fois chez le praticien libéral et en stages annexes doivent donc se développer sur ce plan. Compte tenu de la démographie médicale des gynécologues médicaux et obstétriciens (1), le médecin généraliste doit développer ce type d'activité.

2. L'enseignement théorique

a) Les items de l'enseignement théorique retrouvés dans notre étude

Au travers de l'enseignement théorique, les IMG acquièrent des connaissances et des compétences qui sont approfondies dans le stage libéral et renforcées dans les stages annexes. Ces stages apportent un plus en terme de formation et d'acquisition des compétences en ce qui concerne le suivi de grossesse, les IVG, la contraception, le dépistage du cancer du col de l'utérus et le suivi gynécologique avec la réalisation de gestes techniques et la prise en charge des pathologies gynécologiques aiguës organiques et infectieuses. Ils permettent de mettre en application les compétences théoriques et de mieux appréhender la relation médecin/patient, qui ne peut être perçue qu'au moment des stages pratiques.

Concernant le suivi de grossesse, la place du médecin généraliste est bien codifiée par l'HAS (18). « Lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin généraliste ou gynécologue médical selon le choix de la patiente », mais ceci nécessite « une formation théorique et pratique adaptée », ce à quoi répond bien l'enseignement théorique et pratique du stage en gynécologie-obstétrique en ambulatoire.

Concernant les IVG, comme le montre notre travail, l'interne y est bien sensibilisé notamment grâce au stage en planning familial qui renforce les éléments déjà appréhendés dans le cabinet du MG.

Concernant la contraception, les demandes d'information sur les différents moyens contraceptifs a été très importante dans notre étude, et sont d'ailleurs bien codifiées (19). La formation réalisée concernant l'information, l'éducation, leurs prescriptions et leur surveillance est donc bien adaptée. Néanmoins, la contraception orale reste le 1^{er} motif de consultation auquel l'interne est confronté. Viennent ensuite le DIU et l'implant. L'anneau vaginal et le patch sont très peu représentés dans notre étude mais restent important puisqu'ils permettent d'étendre le choix sur les différents moyens de contraception pour que la patiente trouve celui qui lui correspond le mieux.

Concernant les pathologies aiguës gynécologiques et obstétriques, celles-ci sont bien retrouvées dans l'enseignement théorique au sein du module sur la prise en charge des pathologies gynécologiques courantes en médecine générale et dans celui de la grossesse. De plus, comme le confirme la thèse de Maïwenn Le Manac'h en 2009 sur les critères de choix de 112 femmes pour leur suivi gynécologique, il apparaît qu'en cas d'urgence les patientes s'orientent préférentiellement vers leur médecin généraliste (20).

b) Les items de l'enseignement théorique peu retrouvés dans notre étude

Certains motifs de consultation sont faiblement retrouvés dans notre travail ainsi que dans celui de S. BAGAN chez le médecin généraliste. Ils concernent essentiellement la période préconceptionnelle, le post-partum, la ménopause, les pathologies gynécologiques cancéreuses, les pathologies urologiques et les violences. Malgré ces faibles résultats il apparaît d'autant plus important de maintenir ces modules d'enseignements puisque l'IMG y sera confronté dans sa future pratique et devra y faire face le mieux possible. Il nous paraît important de sensibiliser les différents intervenants des stages à ces thèmes pour permettre à l'interne d'acquérir les compétences nécessaires à leurs prises en charge.

Concernant la période préconceptionnelle, depuis la disparition de la consultation prénuptiale en 2007, les messages de prévention, de dépistage et d'éducation doivent être délivrés suivant les modalités de l'HAS (18) par les professionnels de santé. Le médecin généraliste, dans sa mission de premier recours aux soins est bien placé pour y

faire face. De plus, le médecin généraliste a un rôle dans la prise en charge initiale du couple infertile avec la prescription des premiers examens complémentaires, l'orientation vers un spécialiste et l'accompagnement du couple tout au long de son parcours (21).

Concernant le post-partum, la sortie de plus en plus précoce des jeunes mamans de la maternité va probablement favoriser leur prise en charge par les médecins généralistes en coordination avec les sages-femmes. La mise en place du projet d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation en post-partum (PRADO) lancé sur 26 départements en 2012 permet aux femmes de plus de 18 ans, sans comorbidité ni complication, ayant accouché par voie basse d'un enfant unique à terme dont le poids de naissance est en rapport avec l'âge gestationnel, ne nécessitant pas un maintien en milieu hospitalier et ne présentant pas de problème d'alimentation, de rentrer plus précocement au domicile si elle le désire. Un conseiller de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie informe la patiente de la possibilité d'être suivie au domicile par une sage-femme libérale lors de 2 visites systématiques (22).

La ménopause et les problèmes d'incontinences urinaires (sous l'intitulé «pathologies urologiques organiques» dans notre travail), sont abordés dans le module 6 « femme de 58 ans venant consulter pour bilan de santé » inspiré du Référentiel Métier et Compétences des Médecins Généralistes, écrit en 2009 (9). Cet enseignement théorique mérite d'être poursuivi, même si le nombre de motif de consultations retrouvé dans notre travail est faible. En effet, cette demande de soins va s'accroître devant la diminution du nombre de gynécologue et le vieillissement de la population féminine (1) (2).

Les violences conjugales sont peu retrouvées dans notre étude, mais cet enseignement abordé dans le module 12, « Plaintes somatiques dans un contexte de conflit familial, Sexualité du couple », doit être maintenu. En effet le médecin généraliste a un rôle primordial dans le dépistage et la prise en charge des violences, mais cela sous entend qu'il doit y être formé et préparé (23).

Concernant le module « suivi de la petite fille à la femme âgée », celui-ci doit être conservé même si ces motifs de consultations sont peu représentés dans notre étude et dans celle de Sandrine BAGAN. Effectivement, les femmes consultent leurs médecins généralistes pour d'autres motifs, mais ces consultations doivent être l'occasion de leur rappeler l'intérêt du suivi gynécologique et l'importance du dépistage dans son ensemble

(cancer du col de l'utérus et du sein, de l'incontinence urinaire...). Concernant le suivi de la petite fille, ces motifs de consultations sont abordés dans le travail de thèse en cours de Cynthia Laurent sur le relevé des motifs de consultations en pédiatrie par les internes en stage de gynécologie-pédiatrie ambulatoire. Ce travail montre que la prise en charge de la gynécologie de la petite fille représente 0.7% (n=45) des motifs de consultations auxquels l'interne a été confronté en pédiatrie.

c) Les stages pratiques

La relation médecin/malade ne peut être abordée qu'au cours des stages pratiques, et lorsqu'elle concerne l'intimité de la femme, l'abord relationnel est d'autant plus important. Ces lieux de stage sont des lieux privilégiés pour que l'interne y acquière les compétences nécessaires.

Certains motifs de consultations ne sont pas retrouvés dans les enseignements théoriques et techniques. Les maîtres de stages doivent être sensibilisés à ces sujets pour que le stage pratique complète leur formation. Il s'agit des thèmes suivants :

- La proposition de la vaccination anti-HPV : nos résultats sur ce sujet, comme dans l'étude de Sandrine BAGAN sont sous-estimés car ils sont abordés chez la petite fille. La thèse de Cynthia Laurent les a répertoriés et ce motif représente 0.5% (n=28) des consultations de pédiatrie stage ambulatoire chez le médecin généraliste.

- La prise en charge des pathologies cancéreuses : même si ce sujet est peu abordé dans notre étude, le médecin généraliste a un rôle central dans la prévention, le dépistage, le diagnostic, le suivi des cancers avant et pendant les traitements, les soins palliatifs et l'accompagnement du patient et de son entourage. Son rôle est d'ailleurs renforcé par le plan cancer 2009-2013, comme « référent médical légitime pour coordonner les soins » (24).

- La dépression, l'asthénie, les pathologies intercurrentes du post-partum sont peu abordées dans l'enseignement théorique. Pourtant, même si notre étude retrouve un nombre faible de consultations sur ce sujet, le médecin intervient comme une passerelle essentielle entre la maternité et le retour à domicile, d'autant plus que les sorties sont de plus en plus précoces. « Le médecin traitant peut avoir un rôle clé en s'assurant du bien-être maternel et néonatal. Cette consultation est aussi l'occasion de distinguer les suites

de couches physiologiques des suites de couches pathologiques, de réaliser un examen gynécologique et d'effectuer le suivi d'éventuelles pathologies liées à la grossesse » (25).

Ces différents items doivent faire partie des objectifs pédagogiques du stage pratique.

VI. CONCLUSION

Devant la diminution annoncée du nombre de gynécologues médicaux et obstétricaux (1) et l'augmentation de la demande de soins de la population féminine (2) les médecins généralistes vont être de plus en plus sollicités pour la prise en charge gynécologique de leurs patientes. Il est primordial que l'interne en médecine générale puisse accéder à une formation de qualité dans ce domaine.

L'arrêté fixant la réglementation du DES de médecine générale (7) a permis la création de stage de gynécologie-pédiatrie en ambulatoire. Ils ont été mis en place en Midi-Pyrénées dès la rentrée universitaire 2009-2010. Une évaluation du contenu de ces stages devait être réalisée à la fois chez le médecin généraliste mais aussi sur les terrains de stages « annexes ».

Notre travail, par l'apport d'éléments prospectifs, nous a permis de faire un bilan précis des motifs de consultations auxquels sont confrontés les internes lors de ces stages « annexes » et complète ainsi un premier travail qui s'était intéressé au stage chez le praticien.

L'analyse du contenu de ces stages pratiques en ambulatoires, tout terrain confondu, nous a permis d'identifier que ce sont des lieux particulièrement formateurs concernant la prévention et le dépistage des cancers gynécologiques, le suivi de grossesse, la prise en charge des IVG et la contraception orale notamment pour la délivrance d'informations sur les moyens contraceptifs. Le contenu des motifs de consultations au cours des stages annexes viennent renforcer l'acquisition des compétences de l'interne concernant le suivi de grossesse, la contraception, la prise en charge des pathologies gynécologiques (organiques et infectieuses).

Notre travail a permis de relever des insuffisances, à la fois sur les stages annexes et sur les stages chez le praticien, dans la prise en charge de la ménopause, des pathologies urologiques, du post-partum, des violences ainsi que dans la réalisation de gestes techniques tels que la pose de DIU et d'implant qui sont compensés par un enseignement théorique qui prend toute sa place et reste donc tout à fait pertinent.

Ces stages annexes apportent cependant un gros intérêt dans l'acquisition du savoir faire notamment en ce qui concerne les gestes techniques avec la réalisation d'examen gynécologiques, de FCU et de PV. Ils apparaissent comme complémentaires au stage chez

le praticien libéral, qui lui, en tant que médecin «de famille» aborde les patientes dans leurs dimensions bio-psycho-sociales, ce qui est moins possible lors des stages annexes.

Concernant l'organisation des stages pratiques, notre travail couplé à celui de Sandrine BAGAN a montré qu'il existe de grandes variations dans le nombre et le type de consultations gynécologiques vues par l'interne en fonction des terrains de stages. Il montre également qu'ils sont complémentaires entre eux.

L'analyse doit permettre de mieux cibler les terrains de stages pour optimiser un contenu adapté aux acquisitions nécessaires en termes de compétences pour les internes dans ce domaine. Des lieux de consultations supplémentaires ciblés dans le milieu libéral et les nouveaux terrains de stages dans certains établissements privés mis en place à la prochaine rentrée universitaire devraient apporter un plus dans ce sens.

Afin de faire une analyse complète du stage de gynécologie en ambulatoire, un travail de thèse est actuellement en cours pour évaluer, par auto-questionnaire, la progression de l'IMG en terme d'acquisition de compétences tout au long du stage, également complété d'une hétéro-évaluation de l'interne par le médecin généraliste maître de stage. Cette étude permettra d'évaluer l'impact de ce stage en ambulatoire en terme d'acquisition de compétences et de connaissances en gynécologie-obstétrique.

Enfin, ce stage étant couplé à de la pédiatrie ambulatoire, un travail de thèse parallèle est mené et devrait permettre de donner une meilleure lisibilité de ce stage.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** *Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1er janvier 2011.* Consulté le 31/09/2012. Disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/presentation_atlas_regionaux_2011.pdf
2. **INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.** *Les projections de la population pour la France à l'horizon 2060: un tiers de la population âgée de plus de 60 ans.* Octobre 2010. Consulté le 31/09/2012. Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>
3. **COHEN J, MADELENAT P, LEVY-TOLEDANO R.** *Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France? Etat des lieux et perspectives 2020.* Paris : Edition ESKA, juin 2000. Vol. p 188.
4. Arrêté du 10 juillet 2012 déterminant pour la période 2012-2016 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision . JO 14/07/2012.
5. **Pierre Ambroise-Thomas, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.** *Réflexions sur le rôle, les missions et les attentes des médecins généralistes.* 25 juin 2002. 6. 186.
6. **O.ANGOT.** *Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création: une enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine générale.* Toulouse : Th. Med, 2009.
7. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. JO 28 août 2010.
8. **S. BAGAN.** *Pratique clinique en gynécologie-obstétrique des internes en médecine générale lors du stage de gynécologie-pédiatrie chez le praticien.* Toulouse : Th. Med, 2012.
9. **Collège National de Généralistes enseignants.** *Référentiel Métier et Compétences des Médecins généralistes.* Juin 2009.
10. **Département Universitaire de Médecine Générale(DUMG) de Toulouse.** *Carnet de stage des internes de médecine générale 2011-2012.* Toulouse, 2011. Disponible sur <http://www.dumg-toulouse.fr/uploads/50c00414698b5f06b3c04b5c5ac0d55908edab73.pdf>
11. **MOREAU C, BAJOS N, BOUYER J et le groupe COCON.** *Les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France.* Revue Médicale de l'Assurance Maladie, 2005. Vol. 36, 1, p 77-87.

12. **Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS).** L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG). janvier 2011.
13. Décret 2004-636 du 1er juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le code de la santé publique. 2 juillet 2004, p12061, texte n°27.
14. **V. BASTIDE.** *Quelle est la prise en charge des "petits maux" de la grossesse par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées? Enquête auprès de 169 médecins généralistes.* Toulouse : Th. Med, Mars 2012.
15. **Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales(ONDRP), Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ).** *Rapport de l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales 2011. Synthèse.* 2011. Disponible sur http://www.inhesj.fr/fichiers/ondrp/rapport_annuel/ra2011/synthese_rapport_2011.pdf
16. **Inspection générale des affaires sociales.** *Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale: un bilan.* Juin 2011. Disponible sur . <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000405/0000.pdf>
17. **HAS, Haute autorité de santé.** *Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèse et recommandations.* HAS, Juillet 2010.
18. **HAS, Haute Autorité de Santé.** *Projet de grossesse: informations, messages de prévention, examens à proposer.* Septembre 2009.
19. **Agence française de sécurité des produits de santé (AFSSAPS) et Haute autorité de santé (HAS).** *Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme.* Service des Recommandations professionnelles. Décembre 2004.
20. **M. LE MANNAC'H.** *Quel praticien pour un suivi gynécologique? Critères de choix des femmes. Enquête auprès de 112 femmes de la région de Dinan.* Rennes : Th. Med, 2009.
21. **D. HERNU DAZIRON.** *Prise en charge initiale de l'infertilité en soins primaires. Revue de la littérature.* Toulouse : Th. Med, Septembre 2011.
22. **Le panorama de l'actualité internet dans le domaine de la sécurité sociale.** *Sortie précoce de la maternité: le programme Prado inclura 26 départements début 2012.* 1er janvier 2012. 484.

23. **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.

24. **Ministère de l'enseignement et de la recherche, Ministère de la santé et des sports.** *Plan cancers 2009-2013.*

25. **BENABU-SAADA.** *Rôle du médecin généraliste dans les suites de couches.* EMC (Elsevier Masson SAS), 2010. 3-1390.

VIII. ANNEXES

Annexe n°1: Programme d'enseignement théorique de gynécologie pour l'année universitaire 2012/2013 :

- La grossesse (6 heures)
- L'allaitement maternel (3 heures)
- La conception (3 heures) : consultation préconceptionnelle, Aide Médicale à la Procréation(AMP), Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)
- Le suivi de la petite fille à la femme âgée (3 heures) : la gynécologie de la petite fille, de l'adolescente et de la personne âgée
- La prise en charge des pathologies gynécologiques courantes en médecine générale (3 heures) : interprétation des comptes rendus de Frottis Cervico Utérin (FCU), prise en charge des douleurs pelviennes et des ménométrorragies
- L'atelier sur les gestes techniques en gynécologie pratiqués sur mannequin et réalisé avant le début du stage en gynécologie-pédiatrie : examen gynécologique avec pose de spéculum, réalisation du FCV et des prélèvements gynécologiques, toucher vaginal, palpation mammaire, pose d'un Dispositif Intra-Utérin (DIU) et d'un implant progestatif.

Annexe n°2 : Liste des objectifs pédagogiques concernant la gynécologie

→ La petite fille :

- Dépister les troubles pubertaires
- Diagnostiquer et prendre en charge les pathologies gynécologiques courantes (vulvites, vulvo-vaginites)
- Mettre en œuvre une stratégie diagnostic devant des leucorrhées et des saignements génitaux (corps étranger, pathologies infectieuses, prolapsus urétral, abus sexuel)

→ L'adolescente :

- Proposer et réaliser le vaccin anti-HPV
- Informer sur les méthodes contraceptives
- Prescrire une primo contraception
- Informer sur les IST

→ Contraception :

- Proposer les différents moyens de contraception
- Adapter et réadapter la prescription/demande de contraception
- Adapter et réadapter la prescription/pathologie éventuelle

→ IVG :

- Accompagner une femme en demande d'IVG
- Suivre la patiente en post-IVG

→ Pathologies gynécologiques :

- Interpréter les résultats d'un FCU et mettre en œuvre une prise en charge adaptée
- Réaliser un examen gynécologique et prescrire les examens complémentaires adaptés devant des douleurs pelviennes
- Réaliser un examen clinique et prescrire les examens complémentaires adaptés devant des métrorragies

→ Ménopause :

- Reconnaître et prendre en charge les signes de la péri-ménopause
- Faire un diagnostic de ménopause et donner à la patiente des informations validées
- Etablir un plan de soins personnalisé et adapter
- Suivre et adapter la prise en charge

→ Prévention et dépistage :

- Donner les informations sur les IST
 - Motiver la patiente pour le dépistage du cancer du sein
 - Motiver la patiente pour le dépistage du cancer du col de l'utérus
 - Motiver la patiente pour le dépistage du cancer colorectal
 - Mettre en place une prévention adaptée à l'ostéoporose
- Compétences spécifiques au suivi de la grossesse :
- Réaliser les consultations de préparation à la conception
 - Diagnostiquer une grossesse sur des arguments cliniques et para cliniques
 - Effectuer la déclaration de grossesse et réaliser les formalités administratives et sociales
 - Faire le suivi réglementaire selon les dernières recommandations
 - Informer, proposer et dépister la trisomie 21 au 1er et 2^{ème} trimestre
 - Traiter les petits maux de la grossesse
 - Créer son réseau de suivi pluridisciplinaire de la grossesse
 - Savoir gérer les urgences au cours du suivi
 - Trouver les informations concernant les médicaments autorisés
 - Equiper le cabinet médical pour effectuer le suivi recommandé
- Allaitement maternel
- Réaliser la promotion de l'allaitement maternel
 - Accompagner la mise en place de l'allaitement maternel
 - Gérer un bébé allaité dont le poids stagne
 - Gérer les « petits maux » : tétée douloureuse, crevasses...
 - Prendre en charge une mastite
 - Accompagner la reprise du travail d'une maman allaitante
 - Prendre en charge une pathologie aigüe chez une femme allaitante
 - Trouver l'information pertinente sur « médicaments et allaitement maternel

Annexe n°3 : fiche de recueil de données

Date	Age	Sexe	Motif Principal de Consultation et Diagnostique	Motif Secondaire	Pathologie Aigue	Pathologie Chronique	Consultation de dépistage Motif	Consultation de prévention Motif	Administratif Motif

Pratique clinique en gynécologie-obstétrique des internes de médecine générale lors des stages « annexes » de gynécologie-pédiatrie chez le praticien

Toulouse, le 13 novembre 2012

La démographie médicale évoluant, les médecins généralistes vont être de plus en plus sollicités pour prendre en charge le suivi gynécologique de leurs patientes, il est donc primordial que les internes de médecine générale (IMG) y soient préparés. En Midi-Pyrénées la mise en place du stage de gynécologie-pédiatrie en ambulatoire cherche à répondre à ce besoin. Nous avons évalué la fréquence et le type de consultations vus en stage « annexes » : planning familial, consultations avec des gynécologues, des sages femmes et en maternité. 1936 motifs de consultations sur 17 terrains de stages ont été recueillis sur 2 semestres de 2010 à 2012. Ces lieux de stages sont formateurs concernant le dépistage des cancers (18.4%), le suivi de grossesse (29%), la contraception (27.8%), la prise en charge des IVG et l'apprentissage des gestes techniques. Il existe cependant des insuffisances concernant la prise en charge de la ménopause (1%), du post-partum (3.6%), des pathologies urologiques (0.9%) et des violences (0.2%). Cette évaluation permettra d'adapter le contenu pédagogique du stage en libéral.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Gynécologie-obstétrique, Médecine générale, stages pratiques, enseignement, motifs de consultations

Faculté de Médecine Rangueil-133 route de Narbonne-31062 TOULOUSE Cedex4-France

Directeur de thèse : BISMUTH Michel

Clinical practice in obstetrics and gynecology of interns during the gynecology - pediatric « annex » internship at practitioner's

The general medicine interns (GMI) have to be prepared to demographic challenges concerning the gynecologic follow-up of their patients. In Midi-Pyrénées, ambulatory internships in gynecology-pediatric are proposed. We assessed the frequency and the type of consultations observed during liberal internships and particularly during the *annex* ones in family care centers, liberal gynecologist consultations, midwives consultations and maternities. 1936 consultations in 17 different internship fields have been collected during 2 semesters from 2010 to 2012. These internship fields are rich in learning especially for cancer screening (18.4%) pregnancy follow-ups (29%), contraception (27,8%), abortions and learning of technical acts. On the opposite there are some types of consultations which are not enough encountered such as menopause (1%), postpartum (3.6%), urological diseases (0.9%) and violence (0.2%). This evaluation makes an adaptation of the pedagogical content of liberal internship possible.