

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

- Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 13 décembre 2016 à Poitiers
par Eva Augé

Doctorat de médecine générale

Auto-évaluation des compétences en santé sexuelle et génitalité des internes
de médecine générale de Poitou-Charentes, promotions 2011 à 2015

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA,

Professeur des universités de médecine générale,
Département de Médecine Générale de Poitiers

Membres : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE,

Professeur de Gynécologie Obstétrique, CHU de Poitiers

Monsieur le Professeur Paul MENU,

Professeur émérite de Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, CHU de Poitiers

Directeurs de thèse :

Docteur Dominique CAMBON,

Docteur en Gynécologie Obstétrique, CH Saintes

Docteur Vincent JEDAT,

Docteur en médecine générale,

Chef de clinique universitaire en médecine générale,

Département de Médecine Générale de Poitiers

Liste des Enseignants de Médecine

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
ALLAL Joseph, thérapeutique
BATAILLE Benoît, neurochirurgie
BRIDOUX Frank, néphrologie
BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
CARRETIER Michel, chirurgie générale
CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
CHRISTIAENS Luc, cardiologie
CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
DEBIAIS Françoise, rhumatologie
DROUOT Xavier, physiologie
DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
FAURE Jean-Pierre, anatomie
FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
GILBERT Brigitte, génétique
GOMBERT Jean-Marc, immunologie
GOJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (surnombre jusqu'en 08/2019)
GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
HERPIN Daniel, cardiologie
HOUE TO Jean-Luc, neurologie
INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
JABER Mohamed, cytologie et histologie
JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
KITZIS Alain, biologie cellulaire (surnombre jusqu'en 08/2018)
KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
LELEU Xavier, hématologie
LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)
MACCHI Laurent, hématologie
MARECHAUD Richard, médecine interne
MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (surnombre jusqu'en 08/2017)
MEURICE Jean-Claude, pneumologie
MIGEOT Virginie, santé publique
MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
NEAU Jean-Philippe, neurologie
ORIOT Denis, pédiatrie
PACCALIN Marc, gériatrie
PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique

PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
RICHER Jean-Pierre, anatomie
RIGOARD Philippe, neurochirurgie
ROBERT René, réanimation
ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
ROBLOT Pascal, médecine interne
RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
THIERRY Antoine, néphrologie
THILLE Arnaud, réanimation
TOUGERON David, gastro-entérologie
TOURANI Jean-Marc, cancérologie
WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
BEN-BRIK Eric, médecine du travail
BILAN Frédéric, génétique
BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
DIAZ Véronique, physiologie
FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
HURET Jean-Loup, génétique
LAFAY Claire, pharmacologie clinique
PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
SAPANET Michel, médecine légale
SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

BINDER Philippe
GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

BIRAULT François
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

AUDIER Pascal
ARCHAMBAULT Pierrick
BRABANT Yann
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
GIL Roger, neurologie (08/2017)
MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

ALCALAY Michel, rhumatologie
ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)

BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
BURIN Pierre, histologie
CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
GRIGNON Bernadette, bactériologie
GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
GUILLET Gérard, dermatologie
JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
MARILLAUD Albert, physiologie
MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
PAQUEREAU Joël, physiologie
POINTREAU Philippe, biochimie
REISS Daniel, biochimie
RIDEAU Yves, anatomie
SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA, merci d'avoir accepté de vous rendre disponible pour présider ce jury. Merci pour votre engagement au sein du Département de médecine générale. J'espère que ce travail saura vous intéresser et apporter un modeste élément aux travaux du DMG de Poitiers.

Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE, merci d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury et d'accorder par la même occasion de votre temps. Merci pour votre implication dans l'apprentissage de tous les étudiants au sein du service de gynécologie obstétrique.

Monsieur le Professeur Paul MENU, merci d'avoir accepté de participer à ce jury et de m'accorder de votre temps. Vous avez fait du stage de chirurgie cardio-thoracique un stage très utile pour tous grâce à votre approche de la clinique. Vous avez également tout mon respect pour la carrière courageuse et engagée que vous avez menée. J'espère faire preuve d'autant d'humilité et de professionnalisme.

Monsieur le Docteur Dominique CAMBON, merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci de m'avoir encouragée et soutenue pendant ces longs mois. Merci pour votre attitude positive bienveillante envers chacun au sein de votre service. Merci de m'avoir accueillie il y a 10 ans, au bloc opératoire, en tant que jeune promue au concours de médecine.

Monsieur le Docteur Vincent JEDAT, merci d'avoir accepté de participer à ce travail et à sa maturation. Je te souhaite encore beaucoup de jurys de thèse.

Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT pour avoir accepté de participer au jury même si cela n'était pas possible. Merci pour votre investissement dans la formation des étudiants.

Merci au Dr Stéphanie GRANDCOLIN, au Dr Annabelle CLEMENT, au Dr Yann BRABANT, au Dr Pascal PARTHENAY qui ont été contactés au début de ce travail et qui m'ont donné des informations précieuses et utiles pour débiter ce travail.

Merci à tous les étudiants qui ont participé à ce questionnaire et à Mme Bordage du service de la scolarité du DMG.

Merci aux personnes qui m'ont aidées à réaliser ce travail :

M. Julien Bitauveau pour ton expertise, ta disponibilité et tes conseils en matière de statistiques ! Merci de m'avoir si gentiment accueillie au sein de la famille Coulongeat-Robert.

M. le Docteur François Coulongeat, pour ta compétence sur Excel, Word, pour le temps que tu as passé avec moi sur ce travail, pour ton soutien indéfectible.

Mme le Docteur Adeline Héraudeau pour ta relecture critique toujours constructive, bienveillante et encourageante.

Mme Guéry Clarisse, merci pour ta relecture et nos mardis thèse ! Je te donne rendez-vous dès mardi prochain pour continuer ensemble. Je suis contente de t'accompagner dans ton parcours.

Merci à l'Atelier Messor pour l'impression de ce document et votre engagement dans la réinsertion des travailleurs.

Merci aux personnes qui ont participé à mon parcours d'apprentissage :

M. le Dr Patrick Fontanaud, pour sa bienveillance et son humilité,

M. le Dr Thierry Bourrut Lacouture pour son accueil chaleureux.

M. le Dr Didier Comte pour ses conseils, son professionnalisme.

M. le Dr Kamel Kebbab, pour son humilité et son courage, derrière les murs.

A toute l'équipe du Relais Georges Charbonnier.

A toute l'équipe de la Maison Dentaire de Poitiers et l'association AOSIS, au Dr Michel Jaunet pour qui j'ai le plus grand respect.

Au chaleureux Bocage Bressuirais et à toute son équipe, merci au Dr Jacky Liaigre, au Dr Peggy Letheuil-Liaigre et au Dr Bénédicte Rembeau, parce qu'avec vous la confraternité a pris tout son sens.

Merci à mes anciens co-internes Anesly, Clarisse, Manon, Mathieu, Dounia, Marie, Anne Blandine, Marc.

Merci aux amis et amies,

Merci à l'équipe charento-picto-lyonnaise Anne-Claire, Hélène, Pauline & Elodie D. !

Merci à Clarisse, avec toi c'est le bouquet... !

Merci à Rachel la pétillante !

Merci à Mathilde et son esprit de camaraderie et pour ma première visite dans mon nouveau chez moi !

Merci à Louis pour son amitié et son abnégation.

Merci à Bénédicte pour son combat pour la liberté, pour le bel exemple de gentillesse et de générosité.

Merci à Jacky & Peggy et leur accueil toujours chaleureux, leur amitié.

Merci à Elodie qui a toujours été là, qui sera toujours là, tu me donnes tant d'amitié, merci !

Merci à Amélie, une fille extraordinaire.

Merci à Carole pour sa douceur et sa force de vie, tu m'es toujours d'un grand soutien, nous avons encore beaucoup à partager, j'en ai le cœur rempli de joie.

Merci à nos Filleuls Maxime et Ibtissame, vous êtes ma fierté, ma joie, mon élan.

Merci à Adeline, mon Lapin des îles. J'ai tant de chance d'être à tes côtés, merci pour tous ces moments d'entraide, de complicité. J'ai peur de n'avoir pas assez d'années de vie pour te montrer toute ma reconnaissance et prendre soin de toi. Merci pour m'avoir aidée à grandir et à trouver le chemin, mon chemin.

Merci à ma famille,

Merci à mes parents de m'avoir toujours encouragée et de m'avoir donné la possibilité de choisir ma voie. Merci d'être toujours là. Tout cela c'est grâce à vous.

Merci à mes grands frères mes héros.

Merci à Matthieu et Vincent de leur amitié, merci à Jacques et Françoise de m'accueillir quel que soit le moment avec tout leur amour et leur soutien.

Merci à François, mon Amour, mon ami, mon alter ego.

Table des Matières

Liste des Enseignants de Médecine.....	3
Remerciements	5
Table des Matières	8
I. INTRODUCTION.....	11
I.1 Constat démographique	12
I.1.1 Démographie de l'exercice de la gynécologie médicale en ambulatoire	12
I.1.2 Besoins de soins en gynécologie-obstétrique en France.....	13
I.2 Concepts de génitalité et santé sexuelle	13
I.2.1 Définition des termes de génitalité et santé sexuelle	13
I.2.2 Santé sexuelle et génitalité : des compétences du médecin généraliste.....	15
I.3 Principe de l'apprentissage par compétences.....	15
I.3.1 Historique de l'apprentissage	16
I.3.2 Evolution de l'apprentissage vers la construction de compétences.....	16
I.3.3 Définition des compétences professionnelles	17
I.4 Apprentissage des compétences en santé sexuelle et génitalité.....	18
I.4.1 Apprentissage en stage hospitalier de gynécologie obstétrique	18
I.4.2 Evaluation des compétences et des stages en santé sexuelle et génitalité	19
I.5 Problématique et objectif principal	20
I.5.1 Contexte de l'étude.....	20
I.5.2 Problématique et objectifs	21
II. MATERIELS & METHODES	23
II.1 Elaboration du questionnaire	24
II.1.1 Sources utilisées pour le questionnaire.....	24
II.1.2 Contenu du questionnaire	24
II.1.3 Validation du questionnaire	27
II.2 Méthode de sélection	28
II.2.1 Diffusion du questionnaire	28
II.2.2 Critères d'inclusion, de non inclusion	28
II.3 Méthode d'intervention	28
II.3.1 Analyse de la population	28
II.3.2 Les savoir-faire, actes techniques et habiletés	29
II.3.3 Auto-évaluation des compétences	29
II.3.4 Conditions d'apprentissage	30
II.4 Méthodologie d'évaluation	30
II.4.1 Analyse des savoir-faire, actes techniques et habiletés	30
II.4.2 Analyse de l'auto-évaluation des compétences	31
III. RESULTATS	35
III.1 Sélection de la population	36
III.1.1 Taux de participation à l'étude.....	36
III.1.2 Présentation de la population incluse.....	37
III.2 Les savoirs faire : actes techniques et habiletés	39
III.2.1 Actes techniques réalisés au cours des stages mère enfant	39

III.2.2	Commentaires sur les actes techniques	45
III.2.3	Synthèse des résultats des actes techniques	45
III.3	Auto-évaluation des compétences	46
III.3.1	Compétences dans les situations autour d'un projet de grossesse	46
III.3.2	Compétences liées aux situations de prescription et conseils sur toutes formes de contraception	54
III.3.3	Compétences dans les situations de demande d'IVG	59
III.3.4	Compétences liées aux demandes programmées ou non de plaintes indifférenciées d'origine gynécologique probable	61
III.3.5	Compétences liées aux situations autour de la prévention, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles IST	64
III.3.6	Compétences liées aux situations de dépistage des cancers mammaires et gynécologiques en fonction des niveaux de risque de la femme	66
III.3.7	Les compétences liées aux situations autour de la femme en péri-ménopause ou ménopause	69
III.3.8	Appréciation globale du stage	71
III.4	Conditions de stage mère enfant	72
III.4.1	Entretien avec les maîtres de stage mère enfant	73
III.4.2	Les activités pratiquées en stage mère enfant	73
III.4.3	Fréquence de réalisation des activités	74
III.4.4	Les conditions d'apprentissage	75
IV.	DISCUSSION	77
IV.1	Etude de la validité interne	78
IV.1.1	Taux de réponse	78
IV.1.2	Taille des effectifs de l'échantillon	78
IV.1.3	Les actes techniques et habiletés	81
IV.1.4	Auto-évaluation des compétences	82
IV.1.5	Biais potentiels	83
IV.2	Etude de la Validité externe	84
IV.3	L'Auto-évaluation des compétences par le questionnaire	85
IV.3.1	Proposition générales	86
IV.4	Les perspectives	87
V.	CONCLUSION	89
V.1	Synthèse des résultats	90
V.2	Propositions	91
V.3	Des perspectives de recherche	92
	Lexique	94
	Abréviations	95
	Résumé & Mots-clés	97
	BIBLIOGRAPHIE	98
VI.	Annexe 1 : Questionnaire complet	101
VII.	Annexe 2. Actes techniques	115
VII.1	Comparaison des stages mère enfant avec pratique de la gynécologie	116
VII.2	Actes techniques en milieu hospitalier versus stage en extra hospitalier	118
VII.3	Actes techniques gynécologie obstétrique versus autres stages	120

VII.4 Actes techniques pratiqués selon le sexe de l'interne	122
VIII. Annexe 3. Auto-évaluation des compétences.....	125
VIII.1 Compétences liées aux situations autour d'un projet de grossesse	126
VIII.2 Compétences dans les situations de prescription et conseils sur toutes formes de contraception	129
VIII.3 Compétences en situations de demande d'IVG	132
VIII.4 Compétences en situations de demandes programmées ou non de plaintes indifférenciées d'origine gynécologique probable.....	133
VIII.5 Situations liées aux Infections Sexuellement Transmissibles IST	135
VIII.6 Situations de cancers mammaires et gynécologiques	136
VIII.7 Compétences liées aux situations de ménopause et péri-ménopause.....	138
VIII.8 Evaluation générale du stage	140

I. INTRODUCTION

Depuis les années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) promeut une politique de santé pour tous et encourage l'accès et le développement des soins primaires (1). Dès 1995, elle soutient les efforts pour améliorer l'enseignement en médecine générale et tient compte de la contribution des médecins généralistes axée sur les soins primaires (1). Elle demande de mieux définir les interactions entre médecins généralistes et spécialistes.

Les notions d'organisation des soins en fonction de la démographie médicale, des besoins de santé d'une population et des impératifs d'économie de santé deviennent primordiales. La filière d'enseignement en médecine générale se structure et les travaux de recherche en soins primaires se développent en ce sens.

Ce travail de thèse s'inscrit dans ce contexte. La recherche en médecine générale s'intéresse à l'apprentissage de la gynécologie et de l'obstétrique pour plusieurs raisons :

- Répondre à la demande de soins de la population française.
- Optimiser l'offre de soins conditionnée par la démographie médicale.
- Améliorer les compétences du médecin généraliste et favoriser la progression individuelle.
- Faire évoluer la formation des internes et favoriser la progression collective.
- Améliorer la qualité des soins et leur coordination pour les patientes en situations de soins primaires.

Ce travail porte essentiellement sur l'apprentissage de la gynécologie et de l'obstétrique en soins primaires qui est désignée par l'OMS sous les termes de santé sexuelle et reproductive (2).

L'introduction présente les données démographiques qui incitent au développement des compétences en santé sexuelle et reproductive en médecine générale. Elle définit les concepts d'apprentissage, de compétences, de santé sexuelle et reproductive. Les données bibliographiques qui ont mené au choix de la problématique et de l'objectif principal seront ensuite exposées.

I.1 Constat démographique

Le paragraphe présente les données démographiques du Conseil National de l'Ordre des médecins et des données sur la population féminine française en situation de soins liés à la gynécologie et l'obstétrique.

I.1.1 Démographie de l'exercice de la gynécologie médicale en ambulatoire

En 2015, l'Ordre National des Médecins a recensé 2 217 spécialistes en gynécologie en exercice libéral ou mixte en France (3). Leur âge moyen est de 55.2 ans, 2% ont moins de 40 ans et 59% ont 60 ans ou plus. La densité théorique est de 16 gynécologues médicaux pour 100 000 femmes de plus de 15 ans (4). En médecine générale, elle est de 155 praticiens pour 100 000 habitants.

En France, 66% des bassins de vie ne recensent aucun gynécologue en exercice libéral ou mixte (4). Dans la région Poitou-Charentes, 23 spécialistes en gynécologie médicale en exercice libéral ou mixte sont recensés (4).

I.1.2 Besoins de soins en gynécologie-obstétrique en France

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) a recensé 27 millions de femmes de plus de 15 ans au 1er janvier 2016 (5) et 733 698 naissances ont été comptabilisées en 2015 (5).

La contraception est un motif fréquent de consultation chez les médecins généralistes. Elle était classée 7ème motif de consultation sur les 50 plus fréquents en 2009 selon l'Observatoire de la Médecine Générale (6). Les patientes en médecine générale déclarent consulter leur praticien 3.6 fois par an pour les situations de soins liées à la gynécologie .

Les praticiens en gynécologie médicale ne sont pas assez nombreux en France pour prendre en charge toutes les patientes. Une prise en charge coordonnée des patientes en médecine générale est nécessaire dans le contexte des soins primaires.

La coordination des soins et la prise en charge des patientes pour des situations de gynécologie en soins primaires nécessite de définir les compétences à acquérir par les internes de médecine générale en formation. Ce sont les compétences en santé sexuelle et génitalité.

I.2 Concepts de génitalité et santé sexuelle

Les termes de santé sexuelle et génitalité sont présents dans l'intitulé de cette thèse. Ils doivent être définis précisément pour expliquer leur emploi plutôt que les termes de gynécologie et obstétrique. Ils témoignent de la volonté de prise en charge des patients dans leur globalité, caractéristique de la médecine générale.

I.2.1 Définition des termes de génitalité et santé sexuelle

La génitalité se définit par tout ce qui a trait à la santé reproductive(7) et à la prise en charge des patientes ayant des caractères sexuels secondaires développés (8) ou en cours de développement. Cela implique l'accompagnement des patientes lié à la vie génitale (prévention, contraception, projet de grossesse, ménopause, signes fonctionnels gynécologiques, Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), Infections Sexuellement Transmissibles (IST), néoplasies mammaires et génitales).

Le terme de santé sexuelle a évolué depuis les années 1970. Il a été énoncé par les organisations mondiales de psychologie et de sexologie, la World Association of Sexology (WAS) (2).

Son émergence est due aux révolutions scientifiques et sociétales de l'époque :

- La dissociation de l'activité sexuelle et de la vie reproductive, notamment grâce au développement de la contraception depuis les années 1960.
- « L'optimisme sexuel » qui définit la nouvelle conception culturelle de la sexualité. L'activité sexuelle non reproductive est perçue comme une finalité, un besoin, un bien-être (2).
- L'évolution du droit des femmes.

La santé sexuelle est à cette période dissociée de la santé reproductive (procréation, contraception). « *La santé sexuelle, avec la place centrale qu'elle accorde au bien-être, dévoile et renforce la dérive du concept de santé vers le bien-être et vers la médicalisation du bien-être.* » (2).

A cette période, ce concept était en cours d'évolution dans les collèges de psychologie. Il ne constituait pas une prise de position officielle de l'OMS.

La médecine a été sollicitée pour participer aux changements de conception de la sexualité de nos sociétés et les soutenir. La médicalisation de la sexualité s'est intensifiée avec le développement des traitements pharmacologiques des dysfonctions sexuelles.

En 2000, l'OMS limite le concept « d'optimisme sexuel » et l'oriente vers le principe de « comportement sexuel responsable ». Les grossesses non désirées et l'émergence des épidémies d'IST comme le SIDA sont considérées comme des « conséquences néfastes de l'activité sexuelle » (2). Selon l'OMS, ces événements sont les conséquences :

- de l'organisation défaillante du système de santé (du manque de formation des soignants),
- de comportements sexuels non responsables (du manque d'éducation des patients).

Le lien entre santé sexuelle et prise en charge médicale et sociale s'est créée devant la nécessité de prévention de ces « événements néfastes ». Cette prévention passe par la formation des soignants, l'éducation des patients. Il est nécessaire de repérer les obstacles (sociaux, médicaux, psychologiques, culturels, religieux,...) pour prendre en charge le patient de manière adaptée.

Le terme de santé sexuelle complète depuis 2005 la définition de la santé énoncée par l'OMS en 1946 (9). Il est précisé :

« *La santé sexuelle est l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonction, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus.* » (2).

Aujourd'hui, l'OMS a intégré le nouveau concept de santé sexuelle dans le programme de santé reproductive (2). Il est important de l'intégrer à nos référentiels.

I.2.2 Santé sexuelle et génitalité : des compétences du médecin généraliste

Ce thème fait l'objet d'un semestre obligatoire dans le DES de médecine générale (Diplôme d'Etudes Spécialisées) créé en 2004. On l'appelle le stage mère enfant ou femme enfant.

Ces termes sont utilisés par différentes instances dans des référentiels de formation et de compétences :

- Le référentiel des « grandes familles de situations cliniques » édité par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Il a été élaboré par méthode de consensus suite à une consultation d'experts (10). Le but était de décrire les situations auxquelles l'interne de médecine générale devrait être exposé au cours de sa formation.
- Le rapport de la mission ministérielle de 2008 « Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé » (11).

Le médecin généraliste doit intégrer à sa pratique un certain nombre de compétences liées à la santé reproductive ou génitalité. Il doit être capable dans le contexte des soins primaires d'aborder plus largement des questions liées à la santé sexuelle (11).

La formation des médecins généralistes en santé sexuelle et génitalité pourrait participer à l'offre de soins pour les femmes de plus de 15 ans dans ce domaine. Pour cela, il est nécessaire de définir :

- Les compétences à acquérir par l'interne de médecine générale en santé sexuelle et génitalité et les éléments de pédagogie mis en œuvre pour cet apprentissage.
- Le cadre dans lequel l'interne va acquérir ces compétences, il dispose d'un stage mère enfant dédié depuis 2004.

Dans la partie suivante, les principes d'apprentissage et d'acquisition de compétences vont être présentés. Dans un second temps les éléments connus du cadre d'acquisition des compétences en santé sexuelle et génitalité par les étudiants seront énoncés.

I.3 Principe de l'apprentissage par compétences

Les éléments de recherche en pédagogie médicale des dernières années mettent en avant le principe d'apprentissage par compétences en opposition au principe d'enseignement (12). L'acte d'apprendre n'est plus assimilé à la copie d'un savoir reçu. L'étudiant agit sur son apprentissage (12).

Dans cette partie, nous souhaitons faire un rappel des différents types de transmission et d'apprentissage qui ont existé pour expliquer la nécessité de transition vers les nouvelles méthodes d'apprentissage et la définition de l'apprentissage par compétences.

I.3.1 Historique de l'apprentissage

L'histoire de l'apprentissage a été marquée par trois grandes étapes (12):

A la période de l'Antiquité la relation entre l'enseignant et l'apprenant était à sens unique et la transmission était passive, unilatérale (12). La connaissance était considérée comme une accumulation de savoirs, transmise du Maître à l'élève. Ce concept constitue le cadre de référence spontané et intuitif de beaucoup de scientifiques. Ces idées conduisent à un enseignement normatif (transmission de faits et de règles), délivré dans une relation d'autorité (maître-élève), souvent de façon frontale (cours magistral), plutôt abstraite.

Dans un second temps, les concepts de conditionnement et du comportementalisme sont apparus. L'apprentissage est conçu comme une modification des comportements du sujet apprenant sous l'effet de stimulus environnementaux neutres dans les travaux de Pavlov, positifs et négatifs dans le comportementalisme. Cette technique est valide pour les apprentissages psychomoteurs stéréotypés de mise en œuvre identique aux conditions de l'apprentissage. Ce concept n'est pas applicable en médecine devant la variabilité des situations cliniques et le nombre élevé de paramètres à prendre en compte (12).

Enfin la psychologie cognitive, les idées de Rabelais et de Kant ont permis d'arriver au concept du socioconstructivisme. Il prend en compte la dimension sociale du sujet et met en évidence le rôle de l'interaction sociale. Le modèle constructiviste est centré sur l'apprenant :

- Il encourage son autonomie.
- Il incite à identifier les résistances et obstacles.
- L'enseignant est un médiateur de savoir et facilite les apprentissages.
- L'objectif d'enseignement est le dépassement du sujet par rapport à lui-même, l'élève par rapport au maître.

En résumé, tout apprentissage est un acte individuel, actif. Toute perception réussie est une catégorisation, une modification de structure de la pensée qui peut être appliquée et utilisée en toutes circonstances.

I.3.2 Evolution de l'apprentissage vers la construction de compétences

L'apprentissage se définit donc par une découverte personnelle dans un environnement varié, peu contrôlé. L'environnement permet de choisir ce qui est nécessaire au développement de l'étudiant. L'enseignant est animateur, aide à clarifier les buts. Il met à disposition les ressources adéquates et fournit la rétroaction intellectuelle. Il doit permettre la recontextualisation, favoriser les interactions sociales grâce à la mise en situation (12).

L'enseignant doit avoir à sa disposition un référentiel de formation. Dans le cadre de l'apprentissage, ce référentiel décline les compétences en termes d'objectifs pédagogiques et de programme de formation (11).

A contrario, le paradigme d'enseignement, présente plus un programme quantitatif d'objectifs (savoirs et savoir-faire) qui ne tient pas compte des situations d'apprentissage :

- Il ne répond pas aux critères de qualité évoqués par l'OMS, le CNGE et les missions ministérielles.
- Il ne répond pas aux besoins de formation des internes en médecine générale (13).
- Il ne permet pas de savoir si l'apprenant pourra être compétent en situation de soin.
- Il n'est pas adapté aux besoins de santé de la population.

Les missions du Département de Médecine Générale (DMG) pour former les internes sont :

- De concevoir un référentiel de formation. Ce programme est basé sur des critères qualitatifs pour acquérir les compétences du médecin généraliste.
- De créer un milieu d'apprentissage propice pour l'apprenant à la construction des compétences.

Le principe d'apprentissage par compétence est adapté à l'exercice médical car la compétence est mobilisable dans toutes les situations de soin. Nous allons préciser maintenant pourquoi le terme compétence est important à définir.

I.3.3 Définition des compétences professionnelles

La compétence est un « savoir-agir complexe » (14). C'est la capacité reconnue et validée à mobiliser et combiner différentes ressources :

- des savoirs, des connaissances scientifiques ou techniques,
- des savoir-faire, des gestes opératoires, des méthodes de raisonnement clinique,
- des savoir-être, relationnels avec les patients, de coopération avec les professionnels de santé.

Etre compétent introduit la notion de reproductibilité. C'est une dynamique d'adaptation permanente pour produire régulièrement la réponse attendue à la nouvelle situation rencontrée (15). La compétence n'existe qu'en situation professionnelle, elle suppose une reconnaissance et une validation (15). Elle a trait à la personne et à la profession (11).

En 2008, la mission ministérielle « Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé » (11) a travaillé à l'offre de soins en tenant compte des contraintes démographiques (§ I.1) et du coût de la santé. Définir les compétences professionnelles en santé sexuelle et génitalité c'est s'inscrire dans une démarche de qualité. Cela permet :

- De définir les compétences et la contribution de chacun des intervenants dans ce domaine (gynécologues obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes).
- De distinguer des ressources spécifiques à chaque profession et des ressources générales communes à tous les intervenants.
- La coordination entre professionnels de santé.
- Un transfert éventuel des dites compétences.

Il ne s'agit donc pas de substituer les spécialistes en gynécologie par des spécialistes en médecine générale. Il s'agit de définir les compétences spécifiques de gynécologie obstétrique à acquérir pour répondre aux situations de patientes dans le contexte des soins primaires.

Nous allons maintenant présenter les éléments connus sur l'acquisition des compétences en santé sexuelle et génitalité par les étudiants en médecine.

I.4 Apprentissage des compétences en santé sexuelle et génitalité

Au niveau national, des articles ont été publiés dans la revue « Pédagogie Médicale » et dans le « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ». Ils portent sur l'apprentissage des externes, des internes de gynécologie obstétrique et de médecine générale.

Nous présenterons les articles relatifs à l'apprentissage en stage. Nous traiterons ensuite les articles relatifs à l'évaluation des apprentissages et des compétences en stage de gynécologie obstétrique.

I.4.1 Apprentissage en stage hospitalier de gynécologie obstétrique

En ce qui concerne les externes, une étude réalisée au CHU de Rennes (16) proposait une organisation de l'apprentissage apte à répondre aux besoins pédagogiques :

- 47% de temps de consultation,
- 16.5% de temps d'enseignement au lit du patient,
- 11% de temps de revue de dossier,
- 11% de temps d'activité opératoire,
- 8% de temps de réunions pluridisciplinaires,
- 6.5% de temps d'activités sociales et infirmières.

Un second article proposait des axes d'amélioration de la formation pendant l'externat par le suivi longitudinal, la présentation d'objectifs d'apprentissage basée sur l'acquisition de compétences et l'évaluation de l'acquisition des dites compétences (17).

En ce qui concerne les internes en gynécologie obstétrique des articles évoquent les manques :

- de présentation d'objectifs d'apprentissage (18).
- de mise en situation pratique (19).
- De maîtrise des outils de recherche internet (20). En 2007, 85% des internes en gynécologie obstétrique au CHU de Lille éprouvaient des difficultés à consulter PubMed.

Une enquête nationale auprès des internes de gynécologie obstétrique confirmait ces données et proposait plus de situations de simulation (21).

En ce qui concerne les internes de médecine générale :

Une revue de la littérature a été effectuée en mai 1999 et met en évidence les atouts potentiels des stages hospitaliers de gynécologie obstétrique pour la formation des futurs «omnipraticiens» (22).

Plusieurs travaux de thèse portent sur l'élaboration de référentiels de formation en stage mère enfant pour les internes de médecine générale :

- Une thèse publiée par le CHU de Lille en 2012 .Le référentiel a été élaboré pour le stage hospitalier de gynécologie obstétrique par méthode de groupe nominal(23).
- Une thèse publiée par le CHU de Poitiers en 2010 : « Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus. La gynécologie en situation de soins primaires. » (24). Elle a permis la création d'un référentiel métier et compétences en santé sexuelle et génitalité élaboré grâce à une méthode de consultation d'expert (méthode Delphi).

Dans ces articles des points semblent essentiels à l'acquisition de compétences en santé sexuelle et génitalité :

- La pratique de la consultation, et la mise en situation pratique de l'apprenant.
- Des compléments d'enseignements notamment sur la recherche scientifique.
- La présentation d'objectifs d'apprentissage.
- L'évaluation des compétences.

La seconde partie du chapitre est consacrée à l'évaluation des compétences en santé sexuelle et génitalité et des stages de gynécologie obstétrique qui permettent d'acquérir ces compétences.

I.4.2 Evaluation des compétences et des stages en santé sexuelle et génitalité

Les compétences sont une association de plusieurs ressources. L'évaluation des compétences peut donc se faire de plusieurs façons. Nous présentons d'abord les articles relatifs aux évaluations de stage de gynécologie obstétrique et leurs conclusions, puis un article qui traite d'un mode d'évaluation des compétences, la méthode ECOS.

Des évaluations du stage en gynécologie obstétrique ont été faites auprès d'externes :

- Une étude monocentrique évalue les besoins d'enseignement des externes par une méthode de questionnaire anonyme (25). Les étudiants déplorent le manque de décontextualisation, et le faible intérêt pédagogique de l'ultra spécialité. Cet article met en exergue le risque de biais d'évaluation de l'enseignant et non des conditions d'apprentissage. Il y a en effet un risque d'amalgame avec la personnalité de l'enseignant.
- Une autre enquête quantitative du CHU de Brest auprès des étudiants hospitaliers met en avant l'insuffisance d'apprentissage dans les savoir-faire, pose de Dispositifs Intra Utérins (DIU), implants contraceptifs (26).

I.5. Problématique et objectif principal

Une étude a été publiée en 2014 dans la revue Pédagogie médicale. Elle a été menée en région Poitou-Charentes sur les internes de médecine générale et présente les « Connaissances et savoir-faire déclarés des internes de médecine générale en matière de contraception: une étude menée de mai à novembre 2011 en Poitou-Charentes» (27). Ce travail met en évidence un manque important déclaré de connaissances et d'aisance des internes dans le domaine de la contraception.

Le mode de recueil utilisé était le questionnaire anonyme diffusé en ligne. Il étudie partiellement la présence ou non de compétences.

La compétence a de multiples facettes à évaluer. Elle requiert un examen qui permette de valider les associations de ressources mobilisées par l'interne. Une méthode est utilisée dans les pays anglo-saxons et dans certaines facultés de médecine françaises. Il s'agit de l'Examen Clinique Objectif et Structuré ou ECOS (28). Ce modèle d'évaluation est développé depuis 1975. Un examen ECOS est composé de différentes situations cliniques qui mobilisent plusieurs compétences. Les candidats interagissent face à un patient « simulé ». Un observateur-examineur évalue la performance du candidat en fonction d'une grille spécifique de la situation clinique simulée. L'examineur évalue si le candidat a mobilisé les ressources nécessaires à cette situation. La mise en situation clinique est parfois suivie d'un questionnaire écrit. Il peut être évalué toutes les ressources nécessaires à la compétence :

- L'organisation de la consultation par le candidat,
- L'interrogatoire et son orientation,
- L'examen physique,
- Les investigations complémentaires,
- La conduite diagnostique et thérapeutique,
- La communication à tous les stades d'évaluation.

La réalisation de cet examen nécessite une grille validée élaborée par un collectif d'enseignants. Elle doit faire l'objet d'une étude de validité et d'un consensus pour représenter une situation clinique emblématique.

La bibliographie nous a permis de mettre en évidence les besoins de formation des internes de médecine générale et le manque de compétences dans certains thèmes de santé sexuelle et génitalité. Le chapitre suivant présente les éléments qui restent à définir.

I.5 Problématique et objectif principal

I.5.1 Contexte de l'étude

Les données présentées dans l'introduction ont permis de définir plusieurs points.

Des référentiels de compétences en santé sexuelle et génitalité pour les médecins généralistes existent. Ces documents sont accessibles à tous les maîtres de stage mère enfant via le DMG de Poitiers. Nous ne savons pas s'ils en ont connaissance, s'ils utilisent ce document ou le présentent à leurs internes en formation.

Un manque de connaissances et de savoir-faire déclarés en matière de contraception chez les internes de la région Poitou-Charentes a été constaté en 2011 (27). Depuis 2012, des lieux de stage mère enfant sont accessibles en ambulatoire, en PMI et des stages « couplé de gynécologie et pédiatrie en milieu hospitalier » sont proposés. Nous ne savons pas si les conditions d'apprentissage des internes de médecine générale ont changé depuis.

Des critères pour construire les compétences en santé sexuelle et génitalité en stage mère enfant ont été énoncés. Nous ne savons pas si les stages mère enfant de la région Poitou-Charentes permettent l'acquisition de ces compétences et s'il existe des différences d'acquisition selon les terrains de stage (hospitalier versus ambulatoire).

Des besoins de formation, de pratique et d'évocation du contexte de la médecine générale ont été formulés par les internes. Nous ne connaissons pas leurs conditions d'apprentissage en stage mère enfant en Poitou-Charentes.

I.5.2 Problématique et objectifs

Ces constats nous permettent de formuler la problématique suivante :

L'interne de médecine générale doit évoluer dans un environnement propice à l'acquisition des compétences en santé sexuelle et génitalité pour construire ses propres compétences. Nous ne savons pas si les terrains de stage mère enfant en région Poitou-Charentes permettent l'acquisition des compétences du domaine de la santé sexuelle et de la génitalité.

La problématique nous conduit à la question de recherche : « Le stage mère enfant en région Poitou-Charentes permet-il d'acquérir les compétences du médecin généraliste liées à la santé sexuelle et à la génitalité ? »

Un recueil de données auprès des internes de la région Poitou-Charentes permettrait de faire une évaluation de l'acquisition des compétences en santé sexuelle et génitalité des internes en stage mère enfant et de faire un recueil au sujet des conditions d'apprentissage.

L'objectif principal est : « Evaluer l'acquisition des compétences du médecin généraliste en santé sexuelle et génitalité par questionnaire d'auto-évaluation auprès des internes de médecine générale du Poitou-Charentes »

Les objectifs secondaires sont :

- Comparer l'auto-évaluation des compétences des internes en médecine générale en santé sexuelle et génitalité en fonction de leur terrain de stage mère enfant respectif (gynécologie obstétrique hospitalière, ambulatoire, PMI, pédiatrie hospitalière, stage hospitalier couplé gynécologie pédiatrie).
- Présenter une synthèse des commentaires, des besoins de formation en santé sexuelle et génitalité des Internes du Poitou-Charentes.

II. MATERIELS & METHODES

II.1 Elaboration du questionnaire

Ce chapitre présente les sources utilisées pour élaborer le questionnaire, son contenu et les méthodes de validation.

La bibliographie a été établie grâce à plusieurs moteurs de recherche PubMed®, Google Scholar®, ScienceDirect®. Les thèses ont été recherchées sur le SUDOC, Système Universitaire de Documentation édité par l'Agence bibliographique de l'enseignement supérieur (abes).

Les mots clés de recherche ont été définis à partir :

- du Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CiSMéF) (29)
- du Medical Subject Heading Mesh (30) Le thésaurus de référence dans le domaine biomédical édité par le NCBI, National Center for Biotechnology Information.
- Du site de L'Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) en a réalisé une traduction (31).

II.1.1 Sources utilisées pour le questionnaire

L'intitulé des questions a été réalisé grâce aux références bibliographiques suivantes :

- « *Référentiel de métiers et compétences des médecins généralistes* », édité par le CNGE lors de la mission ministérielle de 2008 (14).
- « *Les familles de situations autour de la sexualité et de la génitalité* », énoncées par le CNGE (10). Ces situations pouvant être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau I et II, en ambulatoire mère enfant et dans les stages hospitaliers de gynécologie.
- « *Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus. La gynécologie en situation de soins primaires* » (24). Thèse du Dr Belkebir, faculté de médecine de Poitiers.
- « *Connaissances et savoir-faire déclarés des internes de médecine générale en matière de contraception. Une étude menée de mai à novembre 2011 en Poitou-Charentes* » (27). Thèse du Dr Chapuis Duranton, faculté de médecine de Poitiers.
- Les items de l'*Examen Classant National* (ECN) relatifs au domaine de gynécologie et obstétrique (32).
- « *Initiation à la recherche en médecine générale* », Dr Paul Frappé, pour la formulation du questionnaire (33).

II.1.2 Contenu du questionnaire

Le questionnaire est présenté en Annexe 1 : Questionnaire complet. Il comporte quatre points : Des informations sur le parcours personnel de l'interne, les actes techniques réalisés au cours du stage mère enfant, l'auto-évaluation des compétences de santé sexuelle et génitalité et des questions sur les conditions d'apprentissage dans le stage mère enfant effectué.

Avant l'élaboration du questionnaire les maîtres de stage mère enfant (en milieu hospitalier et en milieu extra hospitalier) ont été sollicités par courrier électronique pour un entretien au sujet des conditions d'apprentissage des internes en semestre mère enfant dans le cadre d'un travail de thèse. Ils n'ont pas été informés de la diffusion ultérieure d'un questionnaire aux internes.

II.1.2.1 Informations sur le parcours de l'interne

Afin de pouvoir contextualiser les réponses et établir le profil de la population étudiée, il a été demandé aux internes les informations suivantes :

- promotion d'entrée dans le DES de médecine générale,
- stage mère enfant réalisé (gynécologie obstétrique hospitalière, ambulatoire, PMI, pédiatrie hospitalière, stage hospitalier couplé gynécologie pédiatrie),
- progression dans le cursus de médecine générale, stages ambulatoires réalisés en supervision directe (niveau I) ou en supervision indirecte (niveau II),
- semestre en cours,
- informations générales en fin de questionnaire : âge, sexe, UFR de formation pendant l'externat.

II.1.2.2 Savoir-faire

Il était demandé aux internes :

- si les actes techniques ou les éléments de l'examen clinique spécifiques du contexte de santé sexuelle et génitalité ont été réalisés lors du stage mère enfant.
- d'en évaluer la fréquence de réalisation : jamais, < 5 fois, entre 5 et 10 fois, > 10 fois.

Les actes et habiletés interrogés sont :

- | | |
|---|--|
| - Palpation mammaire | - Pose d'un implant contraceptif |
| - Toucher vaginal | - Retrait d'un implant contraceptif |
| - Examen du col utérin au spéculum | - Anneau contraceptif (information, éducation) |
| - Frottis cervico-utérin FCU | - Toucher rectal |
| - Pose Dispositif Intra-utérin D.I.U | - Examen des troubles de statique pelvienne |
| - Retrait Dispositif Intra-utérin D.I.U | - Pose de pessaire |

Les internes en stage de pédiatrie en milieu hospitalier devaient répondre sur les actes réalisés dans d'autres stages depuis le début de l'internat. Les internes de premier semestre répondaient sur les actes effectués au cours de l'externat.

II.1.2.3 Auto-évaluation des compétences ou « savoir-agir »

L'interne devait évaluer son niveau ressenti de compétence dans différentes situations liées la santé sexuelle et la génitalité. Nous avons choisi l'échelle de Likert (33). Elle permet d'évaluer son degré d'accord avec l'affirmation « *je me sens compétent dans la situation...* ».

Elle propose différents niveaux d'accord :

- 1 pas du tout d'accord,
- 2 plutôt pas d'accord,
- 3 ni en désaccord ni en accord,
- 4 plutôt d'accord,
- 5 tout à fait d'accord.

Une modalité « Je n'ai pas été confronté(e) à cette situation » était possible quand l'interne n'était pas en mesure d'évaluer la situation.

Les thèmes abordés sont les situations autour :

- d'un projet de grossesse (6 questions),
- de la prescription et conseils sur toutes formes de contraception (6 questions),
- de la demande d'IVG (1 question),
- de la demande programmée ou non de plaintes indifférenciées d'origine gynécologique probable (3 questions),
- de la prévention et de la prise en charge des IST (2 questions),
- du dépistage de néoplasies mammaires et gynécologiques (3 questions),
- de la patiente en péri-ménopause ou ménopause (3 questions).

23 compétences étaient soumises à auto-évaluation et une question de connaissance dans le thème contraception a été ajoutée au sujet de la méthode BERCER. La méthode de prescription de la contraception proposée par l'OMS Acronyme de Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

Une évaluation globale du stage mère enfant selon l'échelle de Likert a été faite avec l'intitulé : « Le stage Mère enfant m'a permis d'acquérir les compétences du médecin généraliste relatives à la santé sexuelle et la génitalité ».

II.1.2.4 Conditions d'apprentissage dans le stage Mère enfant

Cette partie était réservée aux internes qui ont effectué le stage mère enfant ou étaient dans ce stage au moment du questionnaire. Il a été demandé :

- Des informations sur les activités auxquelles l'interne a participées (ou non), (consultation, bloc opératoire, activités sociales et paramédicales, visite pédagogique, temps d'enseignement). Dans une partie optionnelle du questionnaire, la fréquence de ces activités a été évaluée.

- Des précisions sur l'environnement de l'interne en stage (responsable pédagogique désigné, évocation du contexte de soins primaires, lien entre spécialité gynécologie obstétrique et médecine générale, débriefings).

A La fin de chaque thème, l'interne pouvait faire un commentaire sur son expérience en stage mère enfant. Il était libre de préciser les points positifs, les points à améliorer et de faire des propositions.

II.1.3 Validation du questionnaire

Un questionnaire nécessite des procédés de validation internes et externes. Nous nous sommes inspirés de la méthode présentée dans un article paru dans la revue Santé Publique en 2014. Il explique les différentes étapes de validité interne et externe pour valider un questionnaire (34).

Notre processus de validité interne a été la relecture par deux médecins de spécialités différentes : gynécologie obstétrique et médecine générale. Il n'y a pas eu de pondération ni classement des items pour éliminer les moins pertinents. Nous n'avons pas soumis le questionnaire à un groupe d'experts pour valider nos items. La cohérence interne des questions n'a pas été évaluée par un test de fiabilité. Les items choisis ont fait l'objet de consensus d'experts dans la littérature et d'une validation qualitative (§ II.1.1).

Notre procédé de validité externe qualitative a été le questionnaire-test auprès d'un panel de six internes ayant réalisé des stages mère enfant différents. Les internes étaient à un stade différent de leur cursus :

- un interne avait fait son stage mère enfant en ambulatoire,
- un interne en PMI,
- deux internes en service hospitalier de pédiatrie,
- deux internes en service hospitalier de gynécologie obstétrique.

Des modifications ont été réalisées suite au test. Nous n'avons pas fait appel à d'autres professionnels de santé pour relire le questionnaire. Les sages-femmes n'ont pas été sollicitées.

La pertinence de la réponse « ni en désaccord ni en accord » à l'auto-évaluation des compétences a été discutée. Nous avons maintenu l'échelle de Likert impaire avec modalité neutre pour éviter les perdus de vue et les non réponses (35).

II.2 Méthode de sélection

II.2.1 Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été administré aux internes de médecine générale de Poitou-Charentes, via les boîtes électroniques universitaires des promotions 2011 à 2015. Les effectifs communiqués par la faculté de Poitiers sont présentés dans le Tableau 1 de la partie III-RESULTATS.

Le questionnaire a été envoyé le 30 novembre 2015, deux relances ont été faites les 14 décembre 2015 et 16 février 2016. Le logiciel Google Forms® a été utilisé pour sa mise en forme et sa diffusion. Les dernières réponses ont été obtenues le 30 mars 2016.

Une relance ciblée a été faite auprès des internes ayant fait un stage mère enfant en ambulatoire ou en PMI le 04 février 2016, devant le faible effectif dans ces catégories de stage. Suite à la première diffusion, nous avons reçu neuf réponses d'internes ayant effectué leur stage en ambulatoire et cinq en PMI.

La promotion 2011 n'a pas été concernée par les relances. La liste de diffusion n'était plus active. 8 internes faisaient partie des promotions 2009 et 2010. Ils ont été contactés parce qu'ils avaient fait un stage en PMI ou en ambulatoire ou parce qu'ils n'avaient pas terminé leur cursus.

II.2.2 Critères d'inclusion, de non inclusion

Les critères d'inclusion étaient : « être interne en cours de formation en Poitou Charentes ». Les critères de non inclusion étaient : « avoir complété moins de 15 réponses du questionnaire ».

II.3 Méthode d'intervention

Les internes ont répondu de façon anonyme. Les réponses ont été traitées via le logiciel Excel®.

II.3.1 Analyse de la population

Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, l'année d'entrée en internat de médecine générale (promotion), la réalisation des stages ambulatoires de niveau I et II, du stage mère enfant, la faculté d'externat.

- Les effectifs ont été calculés pour chaque catégorie de stage mère enfant.
- Des graphiques de répartition ont été réalisés pour visualiser les effectifs.

II.3.2 Les savoir-faire, actes techniques et habiletés

Les internes ont répondu au sujet des éléments cliniques et habiletés. Ils ont précisé s'ils avaient observé l'acte et à quelle fréquence au cours de leur stage mère enfant.

Pour la fréquence de réalisation des actes, il y avait 4 modalités possibles de réponse : « jamais fait, moins de 5 fois, de 5 à 10 fois, plus de 10 fois ». Les effectifs ont été calculés pour chaque catégorie de stage mère enfant.

II.3.3 Auto-évaluation des compétences

Les internes ont évalué tous les items relatifs à la santé sexuelle et la génitalité sur une échelle qualitative ordinale de Likert de 1 à 5 (§. II.1.2.3). Cette échelle nous a permis de traduire l'auto-évaluation des compétences en variable quantitative (33).

Le logiciel Excel© permet de décrire cette variable en analyse univariée (33). Nous avons calculé :

- des paramètres de position : la moyenne (μ_e), la médiane,
- des paramètres de dispersion : l'écart-type et les extrêmes (valeurs minimale et maximale de la distribution).

La valeur moyenne d'auto-évaluation a été calculée pour chaque groupe de stage mère enfant et pour le groupe « stage mère enfant non réalisé ». Les méthodes d'analyse ont été identiques pour l'item d'évaluation global du stage mère enfant.

Pour l'échantillon total et l'analyse des stages avec et sans pratique de gynécologie les intervalles de confiance de la moyenne. La moyenne (μ_e) mesurée sur échantillon est une estimation de sa véritable valeur (μ) dans la population. Le calcul de l'intervalle de confiance permet de fixer les bornes à l'intérieur desquelles la véritable valeur a 95% de chances de se trouver.

La formule est $\mu_e - 1.96\sigma_{\mu_e} < \mu < \mu_e + 1.96\sigma_{\mu_e}$.

La médiane a été calculée. Cet outil est utile pour nuancer les données de la moyenne. Sur un échantillon de moins de 10 personnes, la réponse d'une personne peut faire varier la médiane d'un point (dans le cadre de notre échelle quantitative).

La modalité « Je n'ai pas été confronté(e) à cette situation » ne correspondait pas à un niveau d'accord de l'échelle de Likert. Cette réponse n'a pas été traduite en variable. Elle n'a pas été prise en compte dans l'analyse.

Des graphiques de type « radar » ont été réalisés à partir des valeurs moyennes sur Excel©. Ils rassemblent les items d'une même thématique. Ils donnent une tendance visuelle de la répartition des moyennes en fonction du stage mère enfant effectué.

II.3.4 Conditions d'apprentissage

Cette partie était réservée aux internes qui ont effectué le stage mère enfant ou étaient dans ce stage au moment du questionnaire. Il a été demandé des informations sur les activités effectuées en stage et sur l'environnement pédagogique du stage. Dans une partie optionnelle les internes ont mentionné avec quelles fréquences chaque activité a été réalisée de manière hebdomadaire. Il y avait plusieurs modalités de réponse (aucune, moins de 1 demi-journée par semaine, 1 demi-journée par semaine, moins de 3 demi-journées par semaine, de 3 à 5 demi-journées par semaine, plus de 5 demi-journées par semaine, Pas de réponse).

- Les effectifs ont été calculés.
- Les modalités ont été ensuite rassemblées à aucune, inférieur à 3 demi-journées par semaine, 3 demi-journées par semaine ou plus).

II.4 Méthodologie d'évaluation

Les tests statistiques ont été réalisés avec le site BiostaTGV© (36) élaboré grâce au logiciel R®.

II.4.1 Analyse des savoir-faire, actes techniques et habiletés

II.4.1.1 Tests statistiques utilisés pour les savoir-faire

Trois types de tests statistiques ont été réalisés pour déterminer s'il existait une différence significative entre le type de stage mère enfant réalisé et la fréquence de réalisation des actes techniques :

- Le Chi² (X²) d'indépendance, lorsque les conditions d'effectif minimal de 5 étaient respectées. L'hypothèse nulle (H0) est « la répartition des effectifs des actes techniques réalisés sont indépendantes du lieu de stage mère enfant ». C'est-à-dire : il n'y a pas de différence entre la fréquence des actes techniques réalisés entre stages hospitalier et ambulatoire. L'hypothèse nulle était rejetée lorsque le degré de signification $p \leq 0,05$. Le test est applicable pour deux ou plusieurs groupes.
- Le test exact de Fisher, a été utilisé pour les petits effectifs inférieurs à 5, lorsque le Chi² n'était pas applicable. Il donne directement la valeur-p, le degré de signification. L'hypothèse H0, est la même qu'avec le Chi². Il est applicable pour deux à quatre groupes avec le logiciel BiostaTGV©.
- Le test de Kruskal Wallis, a été utilisé lorsque les autres tests n'étaient pas applicables. Il permet de comparer les effectifs des quatre groupes ayant fait le stage mère enfant (gynécologie en milieu hospitalier, stage couplé en milieu hospitalier, mère enfant ambulatoire, PMI).

Ce test est non paramétrique, il présente plusieurs avantages (37):

- la distribution des données ne se fait pas obligatoirement selon la loi Normale,
- il n'est pas nécessaire d'estimer les paramètres associés (ex : la moyenne),
- les échantillons peuvent être inférieurs à 30, de taille différente,
- pas d'obligation de vérifier les conditions de validité du test.

II.4.1.2 Conditions de réalisation des tests pour les savoir-faire

Lors de l'analyse statistique, les modalités ordinales ont été réduites à 3 : « fait moins de 5 fois, de 5 à 10 fois, plus de 10 fois ». Les modalités de fréquence ont été réduites pour constituer des effectifs plus conséquents et permettre une analyse statistique avec des tests de puissance optimale. Le sens de l'analyse n'a pas été altéré par le regroupement. Nous avons considéré que la pratique d'un acte technique moins de 5 fois n'était pas suffisante pour se déclarer compétent.

La modalité « j'ai observé cet acte » a été exclue de l'analyse. Elle ne faisait pas partie des modalités ordinales. Elle n'était donc pas comparable aux modalités de fréquence de réalisation de l'acte (33).

Les réponses des internes ayant réalisé le stage pédiatrie en milieu hospitalier et ceux qui n'avaient pas réalisé le stage mère enfant n'ont pas été intégrées aux tests statistiques. En effet, il était demandé à ces internes de répondre sur la réalisation de ces actes au cours des autres stages d'internat. Les données n'étaient pas comparables sur le plan statistique.

II.4.1.3 Analyse en sous-groupes : les actes techniques en fonction du sexe

Le sous-groupe « sexe de l'interne » a été exploré suite à la lecture des commentaires. Un interne masculin évoquait en effet les fréquents refus des patientes. L'analyse a été faite grâce à un test exact de Fisher. Les modalités de fréquence utilisées sont les mêmes que précédemment.

Les réponses des internes en stage mère enfant « pédiatrie en milieu hospitalier » et celles des internes du groupe « stage mère enfant non réalisé » ont été exclues pour l'analyse (§ II.4.1.2).

II.4.2 Analyse de l'auto-évaluation des compétences

Nous souhaitons comparer les résultats de moyenne d'auto-évaluation de chaque groupe d'internes. Trois tests ont été utilisés pour comparer les valeurs moyennes d'auto-évaluation de chaque groupe de stage mère enfant. Ils ont été choisis et réalisés à l'aide du logiciel BiostaTGV (36) et des documents relatifs aux tests paramétriques (38) et non paramétriques (37).

Il s'agit de l'analyse de la variance de type ANOVA, du test de Student et du test de Kruskal Wallis.

II.4.2.1 Comparaison d'auto-évaluation des six groupes de stage

Nous souhaitons comparer les moyennes d'auto-évaluation de chaque groupe mère enfant et du groupe « mère enfant non réalisé » pour chaque compétence présentée. Nos six groupes de stage étaient de taille inégale avec certains effectifs inférieurs à 30 (Tableau 2).

L'analyse de la variance de type ANOVA vise à comparer les résultats des moyennes d'une variable. Elle est réalisable sur plusieurs échantillons d'effectifs différents (39).

La réalisation de l'ANOVA n'est applicable que sous deux conditions :

- si les échantillons sont répartis selon la loi normale,
- si les variances calculées dans chaque groupe sont homogènes (38).

L'ANOVA nécessite donc la réalisation d'un test de normalité. Il s'assure de la répartition des effectifs dans chaque groupe selon la loi normale. Le logiciel BiostaTGV© (36) permet d'effectuer le test d'homogénéité de Bartlett pour vérifier l'homogénéité des variances.

L'ANOVA a été réalisée sur les résultats de moyenne d'auto-évaluation des six groupes à comparer. Les hypothèses H0 et H1 étaient :

- H0, « il n'y a pas de différence de moyenne entre les stages mère enfant ».
- H1, « au moins un groupe de stage mère enfant a une moyenne différente des autres groupes ».

Le test non paramétrique de Kruskal Wallis a été réalisé lorsque les conditions de l'ANOVA n'étaient pas remplies (normalité et homogénéité). Il est adapté aux petits effectifs et aux échantillons de taille différente (36).

II.4.2.2 Comparaison des groupes avec et sans pratique de gynécologie

L'analyse ANOVA a été effectuée avec la prise en compte de chaque groupe de stage mère enfant et du groupe « mère enfant non réalisé ». Ce test permet de mettre en évidence une éventuelle différence d'auto-évaluation des compétences entre chaque groupe de stage mère enfant.

L'ANOVA à 6 groupes ne permet pas de dire d'où provient cette différence. Des tests à deux groupes ont été réalisés pour identifier des différences éventuelles d'auto-évaluation des compétences.

Le test de Student permet de comparer les mesures d'une variable quantitative effectuées sur deux groupes de sujets indépendants (36). Il est réalisable comme l'ANOVA si les échantillons sont répartis selon la loi normale et si les variances calculées dans chaque groupe sont homogènes (38). Lorsque les échantillons de population sont supérieurs à 30, la répartition de la variable est considérée comme suivant la loi normale. Ce principe est applicable grâce au théorème central limite (38). Le test de normalité et d'homogénéité n'ont pas été réalisés.

Nous avons choisi de réaliser le test de Student pour comparer les moyennes des scores d'auto-évaluation des groupes :

- « stage mère enfant avec pratique de la gynécologie », (effectif 81 internes),
- « pédiatrie hospitalière et stage mère enfant non réalisé », (effectif 75 internes).

Cette comparaison permet de rechercher un éventuel impact de la pratique de gynécologie en stage d'internat sur l'auto-évaluation des compétences en santé sexuelle et génitalité.

Ces groupes ont été étudiés grâce à un test Student bilatéral car les conditions d'homogénéité et de normalité étaient remplies. Les effectifs étaient supérieurs à 30. Le test de Student est réalisable sur le site BiostaTGV© pour des effectifs supérieurs à 75, ce qui n'est pas possible avec l'ANOVA.

II.4.2.3 Comparaison des stages gynécologie hospitalier versus ambulatoire et PMI

Les médecins généralistes exercent en majorité en médecine ambulatoire comme le confirme les données de démographie médicale (4). A contrario, ils sont davantage formés en milieu hospitalier. Seul un stage est obligatoire en ambulatoire au cours de l'internat de médecine générale.

Nous souhaitons comparer l'acquisition de compétences en santé sexuelle et génitalité des internes en stage mère enfant en « gynécologie en milieu hospitalier » par rapport aux stages mère enfant « ambulatoire » et « PMI ».

Deux analyses de la variance ANOVA ont donc été réalisées :

- Le groupe stage mère enfant « gynécologie en milieu hospitalier » versus le groupe stage mère enfant « ambulatoire et PMI».
- Le groupe stage mère enfant « gynécologie en milieu hospitalier » versus le groupe stage mère enfant « ambulatoire» (seul).

Les données des groupes stage mère enfant en « ambulatoire » et en « PMI » ont été rassemblées pour des raisons :

- statistiques ; pour comparer un groupe de plus grand effectif au groupe hospitalier et obtenir les conditions de normalité et d'homogénéité requises à l'ANOVA,
- « sémantiques » ; les stages ambulatoire et PMI sollicitent des compétences communes (40) qui ont été définies par la WONCA. Une synthèse au sujet des points communs entre l'exercice en PMI et les soins primaires est présentée dans le chapitre IV DISCUSSION (§ IV.1.2.2).

L'analyse de la variance réalisée sur 2 groupes donne le même résultat que le test de Student (38). L'avantage est la possibilité de réaliser ce test sur de petits effectifs (§ II.4.2.1).

III. RESULTATS

Cette partie présente les principaux résultats de notre étude et les différents thèmes abordés dans le questionnaire. Tous les tableaux de présentation des effectifs, des données en analyse univariée ou bivariée ne figurent pas dans le chapitre résultats. Vous pourrez les consulter dans les annexes en fonction de la partie du questionnaire abordée.

Nous présentons dans un premier temps les données générales de l'étude puis les résultats des trois grandes parties du questionnaire : les savoir-faire ou actes techniques, l'auto-évaluation des compétences et les conditions d'apprentissage en stage mère enfant.

III.1 Sélection de la population

Les résultats de la participation à l'étude et les critères d'inclusion sont présentés. Les données du profil de l'interne correspondent à la première partie du questionnaire (§ II.1.2.1).

III.1.1 Taux de participation à l'étude

598 internes ont été contactés par courrier électronique. 590 internes (98.6%) ont été inscrits en 1^{ère} année du 3^{ème} cycle entre 2011 et 2015, 8 internes (1.4%) font partie des promotions 2009 et 2010. Les listes de diffusion par mail des promotions 2009 et 2010 n'étant plus en fonctionnement, le nombre de réponses pour ces promotions est marginal. Ces internes ont été contactés parce qu'ils étaient en fin de cursus ou parce qu'ils avaient réalisé un stage mère enfant en ambulatoire ou en PMI.

Au moment de la diffusion du questionnaire, 406 internes étaient en cours de formation dont :

- 374 internes (92.1%) des promotions de 2013 à 2015,
- 32 médecins (7.9%) étaient en fin de cursus des promotions 2009 à 2012.

Nous avons reçu 159 réponses d'internes en formation et médecins en fin de cursus dont :

- 156 internes (98.1%) ont été inclus,
- 3 internes (1.9%) n'ont pas été inclus. Ils ont répondu à moins de quinze réponses.

26 internes ont effectué leur stage mère enfant en ambulatoire ou en PMI depuis l'ouverture de ces terrains de stages. 22 internes (84.6%) ont répondu dont :

- 15 internes ont fait leur stage mère enfant en ambulatoire
- 7 internes ont fait leur stage mère enfant en PMI.

Les effectifs des promotions d'internes ayant participé à l'étude sont présentés dans le Tableau 1 (§ III.1.2.1).

III.1.2 Présentation de la population incluse

Nous énonçons ici les caractéristiques de la population étudiée. Les données du parcours de l'interne et les différents types de stage réalisés sont présentés sous forme de diagramme.

III.1.2.1 Effectifs des internes inclus et des promotions de médecine générale

La promotion de médecine générale correspond à la première année d'inscription en Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM1). Les effectifs des promotions d'internes ayant participé à l'étude sont résumés dans le Tableau 1.

Tableau 1 - Effectif des internes inclus inscrits en TCEM1 de 2011 à 2015 et participation au questionnaire

Promotion de médecine générale	Nombre de réponses**	Effectif total par promotion	Taux de participation par promotion en %
2009*	1	1/-*	-
2010*	7	7/-*	-
2011	14	95	14.7
2012	32	121	26.4
2013	45	123	36.6
2014	40	129	31.0
2015	17	122	13.9
Total	156	598	26.1

**Les listes de diffusion par mail des promotions 2009 et 2010 n'étaient plus en fonctionnement.*

Seuls les internes de ces promotions qui étaient en fin de cursus ou avaient réalisé un stage mère enfant ambulatoire ou PMI ont été contactés.

***Les effectifs des internes exclus ne sont pas présents dans le tableau. Ils n'ont pas répondu à la question promotion de médecine générale.*

Le taux de participation est supérieur chez les TCEM2 (31%) et TCEM3 (36.6%). Les internes de 1^{ère} année (TCEM1) sont moins représentés (13.9%) Le taux de participation général est estimé à 26.1%.

III.1.2.2 Réalisation du stage mère enfant

156 internes ont été inclus. 19 internes (12%) n'avaient pas encore effectué ce stage. Lors de la diffusion du questionnaire, 137 internes (88%) avaient réalisé leur stage mère enfant ou étaient affectés dans ce stage. La répartition des internes par stage est présentée dans la Figure 1.

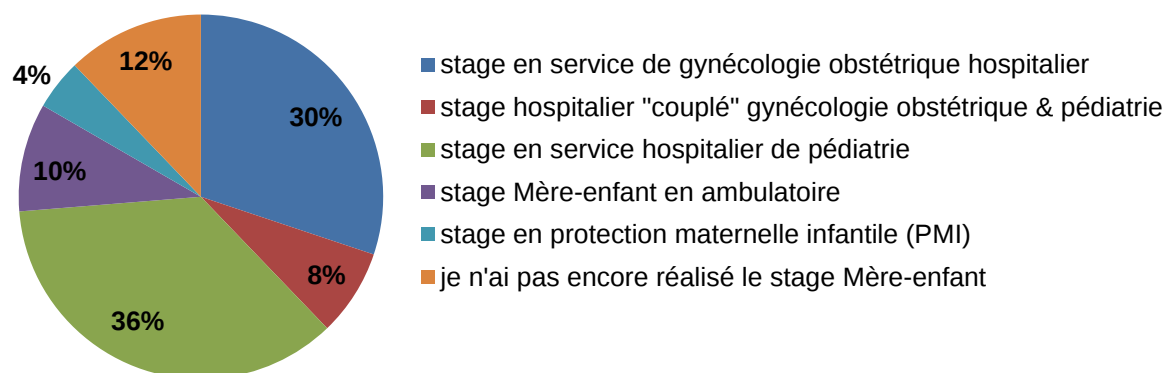


Figure 1 - Stage mère enfant effectué par les participants au questionnaire

Les internes qui avaient réalisé leur stage mère enfant en milieu hospitalier de pédiatrie (36%) ou de gynécologie obstétrique (30%) sont plus représentés. Les effectifs sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2 - Effectifs des internes inclus par stage mère enfant réalisé

Type de stage mère enfant	Effectif	Fréquence en %
Gynécologie obstétrique en milieu hospitalier	47	30.0
Gynécologie/pédiatrie « couplé » en milieu hospitalier	12	8.0
Ambulatoire	15	10.0
PMI	7	4.0
Pédiatrie en milieu hospitalier	56	36.0
Non réalisé	19	12.0
Total	156	100

Les effectifs de chaque stage sont inégaux :

- les effectifs des stages « couplé », ambulatoire et PMI sont inférieurs. Les stages ambulatoire et PMI ne sont accessibles que depuis 2012 Ils n'ont concerné que 26 internes depuis leur ouverture.
- Le groupe mère enfant non-réalisé est peu représenté. Il peut s'agir d'un biais de non réponse. Les internes qui n'ont pas fait le stage mère enfant se sentent moins concernés et ont moins participé à l'étude.

III.1.2.3 Informations générales sur la population de l'étude

Le Tableau 3 présente les informations générales recueillies sur les participants (âge, sexe, UFR d'externat) :

- 85.3% des internes sont dans la classe d'âge entre 26 et 31 ans.
- 66% des participants sont de sexe féminin.
- La répartition des internes est équivalente entre externes formés à l'UFR de Poitiers et externes formés dans d'autres UFR (Unité de Formation et de Recherche).

Tableau 3 - Informations générales sur les participants au questionnaire

		Effectif	Fréquence en %
Total		156	100
Age (années)	20 à 25	22	14.1
	26 à 31	133	85.3
	32 à 37	1	0.6
Sexe	Homme	52	33,4
	Femme	103	66.0
	Non précisé	1	0.6
UFR d'externat	Poitiers	77	49.3
	Autre UFR	79	50.7

III.1.2.4 Stages de médecine générale en ambulatoire

Dans le parcours de l'interne de médecine générale un stage en ambulatoire est obligatoire au cours de l'internat, le niveau I. Ce stage est différent du stage mère enfant II est souvent réalisé au cours du 2^{ème} ou 3^{ème} semestre d'internat. Sur 156 réponses :

- 132 internes (85%) ont réalisé le stage ambulatoire de niveau I (supervision directe).
- 48 internes (31%) ont réalisé le niveau II facultatif (supervision indirecte).

Cela est concordant avec les résultats du Tableau 1, les internes des promotions les plus anciennes semblent plus représentés.

III.2 Les savoirs faire : actes techniques et habiletés

Les résultats complets de l'analyse statistique sont présentés dans les tableaux de « l'Annexe 2. Actes techniques . » Ces tableaux présentent le recensement dans chaque stage mère enfant de la réalisation des actes techniques.

III.2.1 Actes techniques réalisés au cours des stages mère enfant

Nous présenterons d'abord les résultats de fréquence de réalisation des actes dans l'échantillon complet puis les résultats de l'analyse comparative des actes techniques réalisés dans les différents stages mère enfant.

III.2.1.1 Actes techniques réalisés par la population de l'étude

Tous les résultats ne seront pas présentés dans ce chapitre, les tableaux complets sont en VII Annexe 2. Actes techniques . Les résultats des 156 internes ont été pris en compte dans cette partie.

Tableau 4 - Actes techniques réalisés par les internes de l'échantillon

Actes techniques et habiletés	Actes non réalisés n (%)	Actes réalisés Total n (%)	Fréquence actes des réalisés n (%)		
			≤ 5 fois	5 ≤ n ≤ 10	≥ 10 fois
Examen clinique					
Palpation mammaire	5 (3%)	151 (97%)	39 (25%)	39 (25%)	73 (47%)
Toucher vaginal (TV)	6 (4%)	150 (96%)	32 (21%)	33 (21%)	85 (54%)
Examen col utérin au spéculum	6 (4%)	150 (96%)	40 (26%)	27 (17%)	83 (53%)
Toucher rectal** (TR)	3 (2%)	151 (98%)	12 (8%)	21 (13%)	119 (76%)
Examen complémentaire					
Frottis cervico-utérin (FCU)	23 (15%)	133 (85%)	45 (29%)	24 (15%)	64 (41%)
Actes du thème contraception					
Pose Dispositif Intra-Utérin (D.I.U)	84 (54%)	72 (46%)	30 (19%)	20 (13%)	22 (14%)
Retrait D.I.U	76 (49%)	80 (51%)	33 (21%)	19 (12%)	28 (18%)
Pose Implant contraceptif sc*	64 (41%)	92 (59%)	37 (24%)	25 (16%)	30 (19%)
Retrait Implant contraceptif sc*	79 (51%)	75 (49%)	34 (22%)	25 (16%)	16 (10%)
Anneau contraceptif***	132 (85%)	22 (15%)	12 (8%)	6 (4%)	4 (3%)
Examen clinique et éducation					
Troubles de statique pelvienne**	85 (54%)	70 (45%)	51 (33%)	14 (9%)	5 (3%)
Pose de pessaire	121 (78%)	35 (22%)	27 (75.0%)	5 (75.0%)	3 (75.0%)

*sc : sous-cutané

** 155 internes ont répondu (1 non réponse)

***154 internes ont répondu (2 non réponses)

Les habiletés de l'examen clinique sont maîtrisées, les actes palpation mammaire, touchers vaginal et rectal, et examen du col utérin au spéculum ont été effectués par plus de 95% des internes (>150/156). Le frottis cervico-utérin a été effectué par 85% des internes (133/156).

L'examen clinique de la patiente ayant des troubles de la statique pelvienne est peu réalisé. 54% des internes (85/156) ne l'ont jamais pratiqué. 78% des internes n'ont jamais expliqué la pose d'un pessaire en consultation.

Les actes techniques en rapport avec la contraception sont peu fréquents :

- En ce qui concerne le D.I.U :
 - 72/156 internes déclarent avoir posé un D.I.U (46.2%).
 - 80/156 internes déclarent avoir retiré un D.I.U (51.3%).
- En ce qui concerne la pose de l'implant contraceptif sous-cutané :
 - 92/156 internes (59%) déclarent avoir posé un implant contraceptif.
 - 75/156 (48.1%) déclarent avoir retiré un implant contraceptif.
- 85% des internes n'ont jamais expliqué la pose d'un anneau contraceptif en consultation.

Les chiffres de fréquence de réalisation présentent nuancent le fait qu'un acte ait été réalisé. Par exemple 72 internes déclarent avoir posé un D.I.U mais 30 internes l'ont fait moins de 5 fois. La compétence n'est peut-être pas suffisamment acquise.

III.2.1.2 Comparaison des actes techniques réalisés dans les stages mère enfant

L'analyse a pris en compte 81 réponses d'internes : les effectifs sont présentés dans le Tableau 5. Les réponses des internes n'ayant pas réalisé le stage mère enfant et les internes ayant été en pédiatrie hospitalière ont été exclues (§ II.4.1.2).

Tableau 5 - Répartition des internes ayant réalisé le stage mère enfant avec pratique de la gynécologie pour les actes techniques

Type de stage mère enfant	Effectif	Fréquence en %
Gynécologie en milieu hospitalier	47	58.0
Gynécologie/pédiatrie « couplé » en milieu hospitalier	12	14.8
Ambulatoire	15	18.5
PMI	7	8.6
Total	81	100

Les internes de l'échantillon avaient en majorité réalisé le stage mère enfant en gynécologie obstétrique. Les résultats de l'analyse statistique des actes techniques significatifs dans les différents stages mère enfant avec pratique de gynécologie sont présentés en Tableau 6.

Tableau 6 - Fréquence des actes techniques significatifs pour les 4 groupes

Geste	Stage	Effectifs	≤ 5 fois n (%)	5 ≤ n ≤ 10 fois n (%)	≥ 10 fois n (%)	p-value K W**	p-value Fish***
Toucher Vaginal	Gynéco	47	1 (2.1%)	1 (2.1%)	45 (95.7%)	0.001	0.0005
	Couplé	12	0	2 (16.7%)	10 (83.3%)		
	Ambu****	15	1 (6.7%)	4 (26.7%)	10 (66.7%)		
	PMI	7	0	4 (57.1%)	3 (42.9%)		
	Total	81	2 (2.5%)	11 (13.6%)	68 (84.0%)		
Examen du col Utérin au spéculum	Gynéco	47	0	0	47 (100%)	0.003	0.0003
	Couplé	12	1 (8.3%)	2 (16.7%)	9 (75.0%)		
	Ambu****	15	0	4 (26.7%)	11 (66.7%)		
	PMI	7	0	2 (28.6%)	5 (71.4%)		
	Total	81	1 (1.2%)	8 (9.9%)	72 (88.9%)		

*NA : Test statistique Non applicable

**K W : Kruskal Wallis

*** Fish : Fisher exact

****Ambulatoire

Il existe une différence significative de fréquences de réalisation pour :

- Le TV ou toucher vaginal ($p=0,0005$).
- L'examen du col utérin au spéculum ($p=0,0003$), les effectifs sont présentés dans le Tableau 6.

L'examen d'une patiente ayant des troubles de la statique pelvienne ($p=0,041$) est significatif seulement en test de Kruskal Wallis. Le résultat est à la limite de la significativité pour le frottis cervico-utérin ($p=0,056$) et le retrait l'implant sous-cutané ($p=0,054$). Ces résultats sont présentés en Tableau 7.

Tableau 7 - Fréquence des actes techniques (suite)

Geste	Stage	Effectif	≤ 5 fois n (%)	$5 \leq n \leq 10$ fois n (%)	≥ 10 fois n (%)	p-value K W**	p-value Fish***
Troubles statique pelvienne	Gynéco	47	34 (72.3%)	9 (19.1%)	4 (8.5%)		
	Couplé	12	8 (66.7%)	3 (25.0%)	1 (8.3%)		
	Ambulatoire	15	13 (86.7%)	2 (13.3%)	0	0.041	0.78
	PMI	6	6 (100%)	0	0		
	Total	80	61 (76.3%)	14 (17.5%)	5 (6.3%)		
Frottis Cervico- utérin	Gynéco	47	5 (10.6%)	4 (8.5%)	38 (80.9%)		
	Couplé	12	1 (8.3%)	2 (16.7%)	9 (75.0%)		
	Ambulatoire	15	2 (13.3%)	3 (20.0%)	10 (66.7%)	0.070	0.056
	PMI	7	1 (14.3%)	4 (57.1%)	2 (28.6%)		
	Total	81	9 (11.1%)	13 (16.0%)	59 (72.8%)		
Retrait implant contraceptif	Gynéco	47	19 (40.4%)	15 (31.9%)	13 (27.7%)		
	Couplé	12	8 (66.7%)	3 (25.0%)	1 (8.3%)		
	Ambulatoire	15	8 (53.4%)	5 (33.3%)	2 (13.3%)	0.054	0.33
	PMI	7	6 (85.7%)	1 (14.3%)	0		
	Total	81	41 (50.6%)	24 (29.6%)	16 (19.8%)		

*NA : Non applicable (au sujet d'un test statistique)

**K W : Kruskal Wallis

*** Fish : Fisher exact

Il existe donc une différence de répartition de la fréquence de pratique de ces actes techniques en fonction du lieu de stage mère enfant. Toutes les données de fréquence des autres actes techniques sont en annexe 2 § VII.1.

Une estimation en test de χ^2 a été réalisée. Tous les effectifs ne sont pas supérieurs à 5, les conditions du χ^2 ne sont pas applicables. Les résultats significatifs en test exact de Fisher sont confirmés pour la pratique du toucher vaginal ($p=0,002$), l'examen du col utérin au spéculum ($p=0,004$).

Pour statuer sur les actes ou les groupes qui provoquent la différence significative, des comparaisons ont été réalisées suivant différentes répartitions :

- Stages mère enfant hospitaliers versus extra hospitaliers,
- Stages mère enfant en gynécologie versus autres stages,
- Une comparaison des actes réalisés entre internes masculins et féminins.

III.2.1.3 Actes techniques réalisés en stage hospitaliers versus extra hospitaliers

Une comparaison des actes techniques effectués en stage mère enfant a été réalisée entre les stages en milieu :

- Hospitalier 59 internes (72.8%) en gynécologie obstétrique seule et en « couplé » gynécologie pédiatrie sont concernés.
- Extra hospitalier 22 internes (27.2%) en ambulatoire et PMI sont concernés.

Il y a une différence significative de fréquence de réalisation des actes :

- Toucher vaginal $p=0,0006$,
 - 55/59 internes (93.2%) l'ont pratiqué plus de 10 fois en stage hospitalier contre 13/22 internes (59.1%) en extra hospitalier.
- Examen du col utérin au spéculum $p=0.004$,
 - 56/59 internes (94.9%) l'ont pratiqué plus de 10 fois en stage hospitalier contre 16/22 internes (72.7 %) en extra hospitalier.
- Frottis cervico-utérin $p=0,037$,
 - 47/59 internes (79.6%) l'ont pratiqué plus de 10 fois en stage hospitalier contre 12/22 internes (54.6%) en extra hospitalier.
- Pose de l'implant sous-cutané $p=0,0006$, (confirmée en χ^2),
 - 28/59 internes (47.5%) l'ont pratiqué plus de 10 fois en stage hospitalier contre 5/22 internes (22.7%) en extra hospitalier.
- Retrait du D.I.U $p=0,041$,
 - 23/59 internes (39.0%) l'ont pratiqué plus de 10 fois en stage hospitalier contre 5/22 internes (22.7%) en extra hospitalier.

Tous les effectifs et les fréquences de réalisation des actes sont présentés en Annexe 2 § VII.2.

Il existe donc une différence de fréquence de pratique de ces actes techniques en fonction du lieu de stage mère enfant. Ils sont plus fréquemment pratiqués en stage hospitaliers.

III.2.1.4 Actes techniques stage gynécologie versus autres stages mère enfant

Une comparaison des actes techniques effectués en stage mère enfant a été réalisée entre les stages :

- Gynécologie en milieu hospitalier 47 internes (58,0%) sont concernés.

- Couplé gynécologie pédiatrie, ambulatoire et PMI : 34 internes (42,0%) sont concernés.

Il y a une différence significative de fréquence de réalisation des actes :

- Toucher vaginal ($p=0,0005$),
 - 45/47 internes (95.7%) l'ont pratiqué plus de 10 fois en stage gynécologie contre 23/34 internes (67.6%) dans les autres stages.
- Examen du col utérin au spéculum ($p=0,0002$),
 - tous les internes (47/47) l'ont pratiqué plus de 10 fois en stage gynécologie contre 25/34 internes (73.5%) dans les autres stages.
- Retrait de l'implant sous-cutané ($p=0,050$)
 - 13/47 internes (27.7%) l'ont pratiqué plus de 10 fois en stage gynécologie contre 3/34 internes (8.8%) dans les autres stages.

Tous les effectifs et les fréquences de réalisation des actes sont présentés en Annexe 2 § VII.3.

Il existe donc une différence de répartition de la fréquence de pratique de ces actes techniques en fonction de ces deux groupes. Ils sont plus fréquemment pratiqués en stage de gynécologie en milieu hospitalier.

III.2.1.5 Analyse en sous-groupes des actes techniques sur le sexe

Les effectifs sont présentés dans le Tableau 5. Sur les 81 internes concernés 50 sont des femmes (61,7%), 31 sont des hommes (38,3%). Ces proportions sont les mêmes que dans l'échantillon total des 156 internes inclus (Tableau 3).

Il existe une différence significative de la fréquence des actes en fonction du sexe pour :

- Le toucher vaginal ($p=0,005$)
 - 47/50 internes femmes (94.0%) l'ont pratiqué plus de 10 fois en stage contre 21/31 internes (67.7%) dans les autres stages.
- L'examen du col utérin au spéculum ($p=0,002$)
 - 48/50 internes femmes (96.0%) l'ont pratiqué plus de 10 fois en stage contre 24/31 internes (77.4%) dans les autres stages.

Il y a une différence significative de pratique de ces actes techniques en fonction du sexe de l'interne parmi les internes ayant participé au questionnaire. Ils sont plus fréquemment pratiqués par les internes de sexe féminin. Tous les effectifs et les fréquences de réalisation des actes sont présentés en Annexe 2 § VII.4.

III.2.2 Commentaires sur les actes techniques

30 internes ont apporté un commentaire à leurs réponses. Il est déploré :

- à titre général,
 - l'impossibilité de réaliser les deux stages pédiatrie et gynécologie obstétrique (15 commentaires),
 - le refus des patientes d'être examinées par un interne masculin (1 commentaire).
- concernant le stage en milieu hospitalier de gynécologie obstétrique,
 - l'absence d'évocation du contexte de médecine générale lors du stage hospitalier en gynécologie obstétrique est mentionnée (1 commentaire),
 - une interne ayant réalisé son stage en hospitalier précise qu'elle a observé la pose de dispositif intra utérin mais n'a pas été autorisée à la pratiquer concernant le stage mère enfant ambulatoire,
 - l'inégalité de pratique en gynécologie et pédiatrie dans ces stages (5 commentaires).
- concernant le stage en milieu hospitalier de pédiatrie,
 - la difficulté à pallier le manque de pratique gynécologique au cours de l'internat, notamment dans les stages de médecine générale de niveaux I et II.

Il est également évoqué la demande de pratique sur mannequin de simulation (5 commentaires).

III.2.3 Synthèse des résultats des actes techniques

Il existe une différence significative de pratique des actes « toucher vaginal » et « examen du col utérin au spéculum ». Ils sont plus pratiqués dans :

- les stages hospitaliers versus extra hospitaliers,
- le stage gynécologie obstétrique seul par rapport aux autres,
- le groupe des internes de sexe féminin par rapport au groupe masculin.

Le frottis cervico-utérin ($p=0,037$), le retrait du D.I.U ($p=0,041$) et la pose de l'implant sous-cutané ($p=0,0006$) sont plus fréquemment pratiqués dans les stages hospitaliers versus extra hospitaliers dans notre échantillon.

Le retrait de l'implant sous-cutané ($p=0,050$) est plus fréquemment pratiqué en stage de gynécologie en milieu hospitalier par rapport aux autres stages.

Dans la population étudiée il n'y a pas de différence significative dans la pose de D.I.U. Cela peut s'expliquer par la répartition équivalente entre les nombre d'internes ayant pratiqué cet acte 72 et ceux qui ne l'ont pas pratiqué 84. La répartition entre les fréquences de pratique au niveau de l'échantillon était homogène (30 internes l'avaient posé moins de 5 fois, 20 internes entre 5 et 10 fois et 22 internes plus de 10 fois).

III.3 Auto-évaluation des compétences

Ce chapitre regroupe les thèmes d'auto-évaluation des compétences en santé sexuelle et génitalité. Nous étudions les situations autour :

- d'un projet de grossesse,
- de la prescription et des conseils sur toutes formes de contraception,
- de la demande d'IVG,
- de la demande programmée ou non de plaintes indifférenciées d'origine gynécologique,
- de la prévention et de la prise en charge des IST,
- du dépistage de néoplasies mammaires et gynécologiques,
- de la patiente en péri-ménopause ou ménopause.

Les résultats complets de l'analyse univariée et des tests comparatifs sont présentés dans les tableaux de « l'Annexe 3. Auto-évaluation des compétences ». L'analyse a été faite sur les 156 internes inclus. Les effectifs sont présentés dans le Tableau 2, (§ III.1.2.2).

Pour rappel, les internes qui ont répondu « Je n'ai pas été confronté(e) à cette situation » n'ont pas été pris en compte dans l'analyse (§ II.3.3). Les effectifs présentés dans les tableaux de résultats ne sont donc pas toujours équivalents aux effectifs du Tableau 2.

Ce chapitre présente les trois modes de répartition de l'échantillon des réponses :

- L'analyse à six groupes, permet d'étudier l'estimation de la moyenne d'auto-évaluation de chaque groupe mère enfant et du groupe « mère enfant non réalisé ».
- L'analyse des groupes de stages « mère enfant avec pratique de la gynécologie » versus « pédiatrie en milieu hospitalier et mère enfant non réalisé ».
- L'analyse des stages « gynécologie en milieu hospitalier » versus les stages mère enfant « ambulatoire » ou « ambulatoire et PMI ».

III.3.1 Compétences dans les situations autour d'un projet de grossesse

Nous présentons ici les résultats de l'auto-évaluation des compétences du thème grossesse et l'analyse de tous les groupes de stage mère enfant, l'analyse stage «mère enfant avec ou sans pratique de la gynécologie » et l'analyse « gynécologie hospitalière versus ambulatoire ».

Les compétences soumises à l'autoévaluation dans le thème grossesse étaient :

- situation clinique « *Femme de 36 ans primipare venant en consultation suite à un test urinaire de grossesse positif, suite à un arrêt volontaire de pilule depuis 8 mois* »,
- suivi de grossesse physiologique,
- identification de grossesse non physiologique,
- orientation de grossesse non physiologique,
- prise en charge du post partum,
- allaitement maternel.

III.3.1.1 Auto-évaluation de la population de l'étude

Les réponses des 156 internes ont été analysées. Ce groupe s'autoévalue comme compétent dans la situation clinique du thème grossesse : « *Femme de 36 ans primipare venant en consultation suite à un test urinaire de grossesse positif, suite à un arrêt volontaire de pilule depuis 8 mois* » avec une moyenne à 4.06 ICm 95 % [3.91 ; 4.21] (ICm Intervalle de confiance à la moyenne). Dans les autres compétences du thème grossesse, la moyenne est inférieure à 4.

III.3.1.2 Auto-évaluation des six groupes de stage : thème grossesse

Les données sont présentées dans le tableau de « l'Annexe 3. Auto-évaluation des compétences » (§ VIII.1.1.1). La Figure 2 donne une représentation visuelle des moyennes pour chaque catégorie de stage mère enfant réalisé.

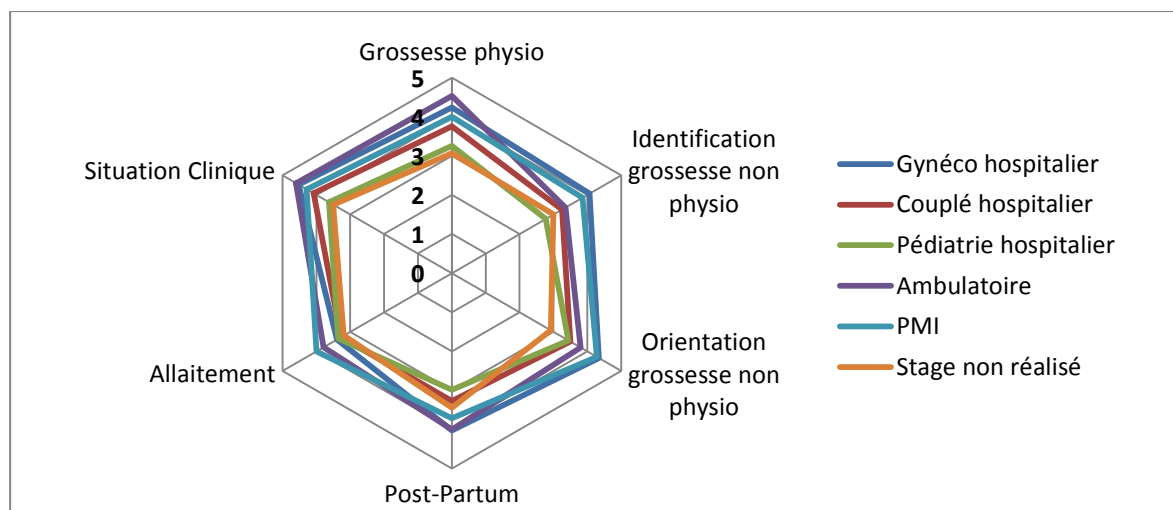


Figure 2 - Synthèse de l'Auto-évaluation du thème grossesse

Les groupes « gynécologie en milieu hospitalier », « ambulatoire » et « PMI » ont des valeurs moyennes d'auto-évaluation supérieures aux autres groupes sur tous les axes du thème grossesse. Un exemple est présenté Tableau 8. La différence de moyenne d'auto-évaluation est significative entre les stages pour les items :

- situation clinique « *Femme de 36 ans primipare venant en consultation suite à un test urinaire de grossesse positif, suite à un arrêt volontaire de pilule depuis 8 mois* » ($p=0.0001$),
 - moyenne gynécologie en milieu hospitalier 4.52 ± 0.65 ,
 - moyenne ambulatoire 4.60 ± 0.49 ,
- prise en charge d'une grossesse physiologique ($p=1.51^{E-8}$).
Les résultats sont présentés Tableau 8.
- identification d'une grossesse non physiologique ($p=4.93^{E-9}$),
 - moyenne gynécologie en milieu hospitalier 4.06 ± 0.84 ,
 - moyenne PMI 3.86 ± 0.64 ,
- orientation de grossesse non physiologique ($p=4.81^{E-6}$)
 - moyenne gynécologie en milieu hospitalier 4.34 ± 0.69 ,

- moyenne PMI 4.29 ± 0.45 .
- prise en charge du suivi post-partum ($p=2.31^{E-6}$)
 - moyenne gynécologie en milieu hospitalier 4.02 ± 0.70 ,
 - moyenne ambulatoire 4.00 ± 0.93 .

Tableau 8 - Situations de suivi de grossesse physiologique en analyse de variance des stages mère enfant et du groupe stage mère enfant non réalisé

Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart-type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Gynéco	46	4.24	0.81	2 - 5		4	$p=1.51^{E-8}$
Couplé	12	3.75	0.92	2 - 5		4	
Ambu**	15	4.53	0.50	4 - 5		5	
PMI	7	4.00	0.53	3 - 5		4	
Non fait*	15	3.07	1.12	1 - 5		3	
Pédiatrie	55	3.25	0.94	1 - 5		4	
Total	150	3.74	1.02	1 - 5	[3.58 ; 3.90]	4	

*Non fait : stage mère enfant non réalisé, **Ambulatoire

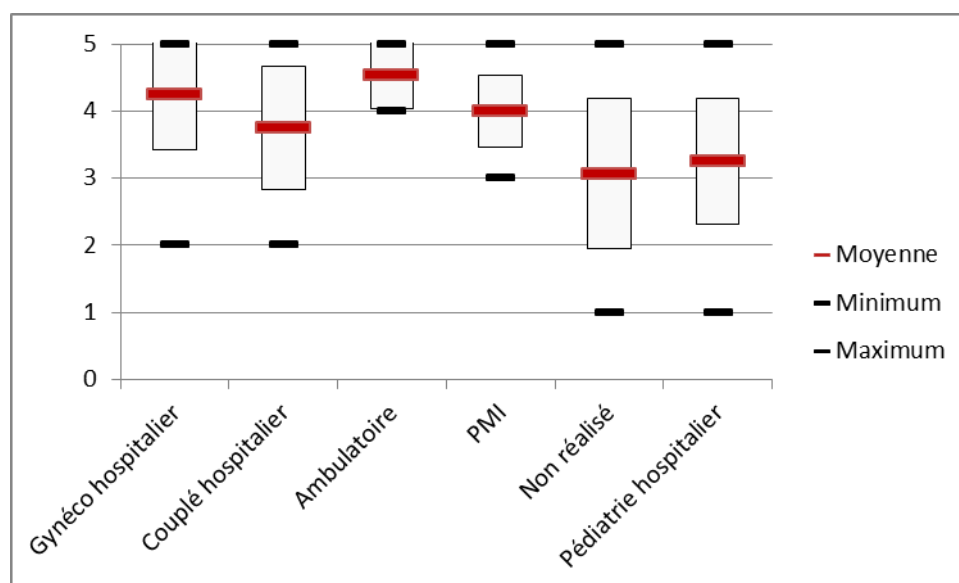
Ce tableau confirme que les stages gynécologie en milieu hospitalier, ambulatoire et PMI ont une auto-évaluation supérieure aux autres groupes. Ces résultats présentent deux autres informations :

- Le stage couplé « hospitalier pédiatrie et gynécologie » a une moyenne d'auto-évaluation à 3.75 ± 0.92 qui correspond à la moyenne de l'échantillon ($m=3.74 \pm 1.02$). Cette tendance s'est retrouvée pour chaque item du thème grossesse.
- Les groupes mère enfant « pédiatrie en milieu hospitalier » et « non réalisé » ne s'autoévaluent pas comme compétents dans les situations du thème grossesse. La différence est significative avec les autres groupes dans l'item grossesse physiologique. Cette situation est illustrée par la Figure 3.

Description de la Figure 3

La moyenne des groupes mère enfant « pédiatrie en milieu hospitalier » et « non réalisé » est inférieure à 4 le niveau d'auto-évaluation de compétences. La dispersion autour de la moyenne est étendue. Les écart-types sont représentés par les rectangles autour de la moyenne. Les valeurs minimales et maximales représentées témoignent également de la dispersion. Pour les groupes ambulatoire et PMI la dispersion est plus étroite, la population de ces groupes tend plus vers l'acquisition de compétences.

Figure 3 - Moyenne d'auto-évaluation et écart-types des stages mère enfant réalisés et du groupe non réalisé : item grossesse physiologique



Les internes du groupe ambulatoire s'autoévaluent comme compétents dans les situations de grossesse physiologique. Les groupes « gynécologie en milieu hospitalier » et « PMI » ont des moyennes d'auto-évaluation supérieures dans les situations de grossesses non physiologiques comme en témoignent les résultats du Tableau 9.

Tableau 9 - Auto-évaluation des situations d'orientation de grossesse non physiologique

Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart-type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Gynéco	47	4.34	0.69	2 - 5		4	**p=4.81^{e-6}
Couplé	12	3.50	0.96	2 - 5		4	
Ambulatoire	15	3.80	1.22	1 - 5		4	
PMI	7	4.29	0.45	4 - 5		4	
Non fait*	13	2.92	1.00	1 - 4		3	
Pédiatrie	52	3.44	1.05	1 - 5		4	
Total	146	3.77	1.05	1 - 5	[3.60 ; 3.94]	4	

*Non fait : stage mère enfant non réalisé

Les groupes de stage mère enfant « ambulatoire » et « PMI » obtiennent des moyennes d'auto-évaluation supérieures aux autres groupes dans l'item allaitement maternel. Les données sont présentées dans le Tableau 10. Le groupe PMI est le seul à s'évaluer comme compétent dans l'item allaitement maternel (4.00 ± 0.53).

Les internes ne s'autoévaluent pas comme compétents dans l'item allaitement maternel. La moyenne d'auto-évaluation est $m = 3.41 \pm 1.06$.

Tableau 10 – Compétences en situations d'allaitement maternel

Stage	Effe ctif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Gynécologie	46	3.39	1.07	1 - 5		4	p=0.42
Couplé	11	3.27	0.96	2 - 5		4	
Ambulatoire	14	3.79	0.67	2 - 5		4	
PMI	7	4.00	0.53	3 - 5		4	
Non fait*	16	3.19	1.24	1 - 5		3	
Pédiatrie	54	3.35	1.09	1 - 5		4	
Total	148	3.41	1.06	1 - 5	[3.24 ; 3. 58]	4	

*Non fait : stage mère enfant non réalisé

Le groupe stage couplé « hospitalier pédiatrie et gynécologie » obtient des moyennes d'auto-évaluation inférieures aux autres groupes dans les items :

- prise en charge du post partum $m=3.27 \pm 1.05$ (avec le groupe pédiatrie en milieu hospitalier $m=2.98 \pm 0.95$),
- allaitement maternel (avec le groupe mère enfant non réalisé $m=3.19 \pm 1.24$).

La médiane a été peu discutée jusqu'à présent. Les échantillons de petits effectifs provoquent de grandes variations de la médiane. Les valeurs de médiane ont été calculées. Quand elle était faible (médiane=2), la moyenne était corrélée et était inférieure à 3.

Cette analyse à 6 groupes met en évidence des différences significatives d'auto-évaluation des compétences dans le thème grossesse. Elle ne nous permet pas d'identifier les groupes de stage mère enfant qui permettent de créer cette différence. Nous pouvons supposer que le fait de réaliser un stage mère enfant et le milieu dans lequel on l'effectue peut influencer sur l'acquisition de compétences dans ces situations du thème grossesse.

L'analyse sur deux échantillons stage «mère enfant avec ou sans pratique de la gynécologie » va permettre de mettre en évidence l'impact éventuel de la pratique de la gynécologie en stage mère enfant pour l'acquisition des compétences dans le thème grossesse.

III.3.1.3 Stages mère enfant avec ou sans pratique de la gynécologie

Dans cette analyse, deux groupes ont été constitués :

- 81 internes (52.0%) ont réalisé un stage « mère enfant avec pratique de gynécologie ».
 - 75 internes (48.0%) constituent le groupe stage « sans pratique de gynécologie ».
- Ils ont réalisé un stage hospitalier en pédiatrie ou n'ont pas encore réalisé le stage mère enfant.
- Les 2 groupes sont de taille homogène. La loi normale est respectée (les effectifs par groupe sont supérieurs à 30).

Les résultats détaillés apparaissent dans le tableau de l'Annexe 3. Auto-évaluation des compétences (§ VIII.1.1.2). Une synthèse est présentée grâce à la Figure 4.

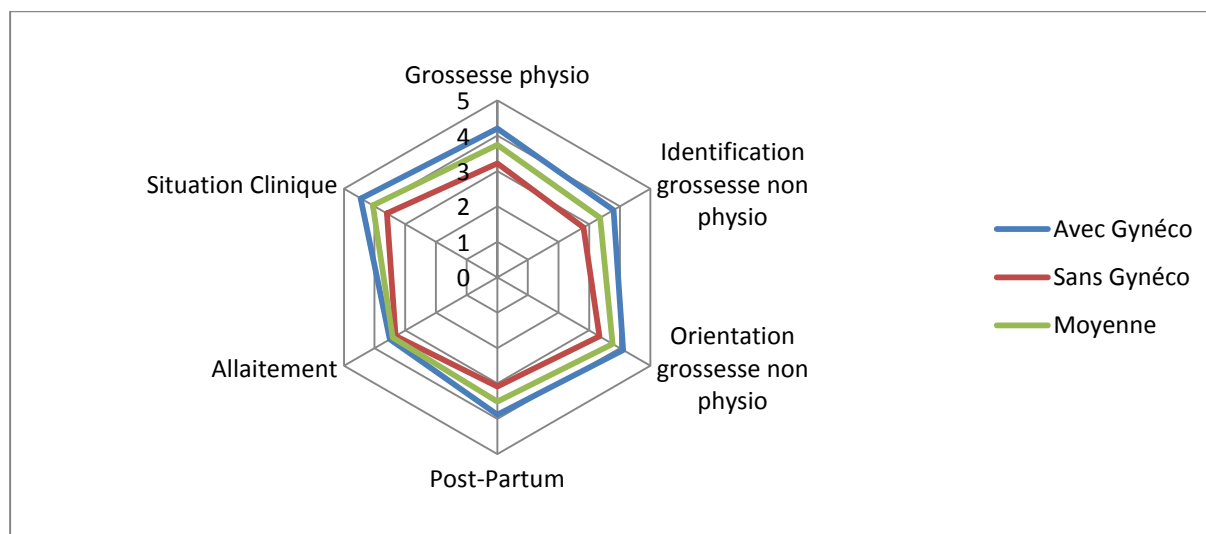


Figure 4 - Synthèse d'auto-évaluation du thème grossesse groupe avec sans pratique de la gynécologie en stage

La figure met en évidence une tendance, le groupe « stage mère enfant avec pratique de la gynécologie » a des moyennes d'auto-évaluation supérieures aux moyennes du groupe « pédiatrie hospitalière et mère enfant non réalisé » dans tous les items liés à la grossesse. La différence observée entre les moyennes d'auto-évaluation des deux groupes est significative dans tous les items de grossesse sauf l'allaitement maternel. Le tracé intitulé « moyenne » représente la valeur d'auto-évaluation de l'échantillon total (156 internes).

Le groupe « stage mère enfant avec pratique de la gynécologie » s'autoévalue comme compétent et la différence est significative par rapport aux internes qui n'ont pas pratiqué la gynécologie en stage dans les items :

- situation clinique « Femme de 36 ans primipare venant en consultation suite à un test urinaire de grossesse positif, suite à un arrêt volontaire de pilule depuis 8 mois » ($p=7.35^{E-9}$),
 - moyenne stage avec pratique de gynécologie 4.45 ± 0.65 ,
 - moyenne stage sans pratique de gynécologie 3.60 ± 1.00 ,
- suivi de grossesse physiologique ($p=5.22^{E-16}$),
 - moyenne stage avec pratique de gynécologie 4.45 ± 0.65 ,
 - moyenne stage sans pratique de gynécologie 3.21 ± 0.98 ,
- orientation de grossesse non physiologique ($p=5.29^{E-6}$),
 - moyenne stage avec pratique de gynécologie 4.11 ± 0.90 ,
 - moyenne stage sans pratique de gynécologie 3.34 ± 1.06 .

Les internes du groupe « stage mère enfant avec pratique de la gynécologie » ne s'autoévaluent pas comme compétent dans les autres items du thème grossesse. La différence entre les deux groupes est significative :

- identification de grossesse non physiologique, ($p=2.44^{E-9}$),
 - moyenne stage avec pratique de gynécologie 3.80 ± 0.94 ,
 - moyenne stage sans pratique de gynécologie 2.82 ± 0.89 .
- prise en charge du post partum, ($p=5.88^{E-7}$).
 - moyenne stage avec pratique de gynécologie 3.89 ± 0.86 ,
 - moyenne stage sans pratique de gynécologie 3.09 ± 0.98 .

Il n'y a pas de différence significative de l'auto-évaluation entre les deux groupes pour l'item « allaitement maternel » ($p=0.29$). Les internes ne s'autoévaluent pas comme compétents :

- moyenne groupe « stage mère enfant avec pratique de la gynécologie » à 3.50 ± 0.98 ,
- moyenne groupe « pédiatrie hospitalière et mère enfant non réalisé » à 3.31 ± 1.13 .

Le groupe « pédiatrie hospitalière et mère enfant non réalisé » a des moyennes d'auto-évaluation entre 2 et 3 dans tous les items liés à la grossesse. Ce groupe ne s'évalue pas comme compétent dans l'item « identification de grossesse non physiologique » (moyenne 2.82 ± 0.89).

Cette analyse en Student nous permet de conclure à l'intérêt de la pratique de la gynécologie lors du stage mère enfant pour acquérir les compétences en lien avec le thème grossesse.

La différence d'acquisition des compétences est significative entre les internes qui ont pratiqué ou non la gynécologie en stage, sauf dans l'item allaitement maternel.

III.3.1.4 Stages « gynécologie en milieu hospitalier » versus « ambulatoire »

Cette analyse est faite sur 62 internes :

- 47 internes (76%) ont réalisé un stage mère enfant « gynécologie en milieu hospitalier »,
- 15 internes (24%) ont réalisé un stage mère enfant en ambulatoire.

Les résultats apparaissent dans le tableau de « l'Annexe 3. Auto-évaluation des compétences » (§ VIII.1.1.3). Le groupe « gynécologie en milieu hospitalier » s'autoévalue comme compétent dans tous les items sauf « allaitement maternel ».

Les internes du stage mère enfant ambulatoire s'autoévaluent comme compétents dans trois items :

- situation clinique « *Femme de 36 ans primipare venant en consultation suite à un test urinaire de grossesse positif, suite à un arrêt volontaire de pilule depuis 8 mois* » ($p=0.68$),
 - moyenne gynécologie en milieu hospitalier 4.52 ± 0.65 ,
 - moyenne ambulatoire 4.60 ± 0.49 .
- suivi de grossesse physiologique ($p=0.20$),
 - moyenne gynécologie en milieu hospitalier 4.24 ± 0.81 ,
 - moyenne ambulatoire 4.53 ± 0.50 .
- post partum ($m=4\pm0.93$). Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes comparés.

Le groupe « gynécologie en milieu hospitalier » s'autoévalue plus compétent que le groupe « stage mère enfant ambulatoire » pour l'item « identification de grossesse non physiologique » ($p=0.01$) :

- groupe « gynécologie en milieu hospitalier », la moyenne est à 4.06 ± 0.84 ,
- groupe « stage mère enfant ambulatoire » la moyenne est à 3.36 ± 1.04 .

Au total, il y a une différence significative entre les deux groupes comparés pour l'item « identification de grossesse non physiologique » ($p=0.01$). Il n'y a pas de différence significative pour les autres items du thème grossesse entre les stages mère enfant « gynécologie en milieu hospitalier » versus « ambulatoire ou PMI ».

Ces résultats sont superposables à la comparaison des groupes de stage mère enfant « gynécologie en milieu hospitalier » versus « ambulatoire et PMI ».

III.3.1.5 Commentaires auto-évaluation du thème grossesse

15 internes ont commenté leurs réponses. Il est mentionné à titre général :

- l'impossibilité de réaliser les stages en pédiatrie et gynécologie obstétrique (1 commentaire),
- le refus des patientes d'être examinées par un interne masculin (1 commentaire),
- L'impact de l'expérience personnelle ou vécue par des proches est évoqué dans 5 commentaires.

Des commentaires en fonction du stage sont faits par :

- 2 internes en stage mère enfant ambulatoire constatent qu'ils ont fait peu de suivi de grossesse au cours de leur semestre.
- des internes formés en milieu hospitalier de pédiatrie déplorent :
 - le manque de formation dans le thème grossesse difficile à rattraper au cours de l'internat (1 commentaire),
 - des lacunes persistantes dans tous les thèmes de gynécologie (2 commentaires).

Ils proposent :

- la demande de « cours pratique » (1 commentaire),
- le bénéfice d'un stage de courte durée réalisé avec une sage-femme libérale (1 commentaire).

Des commentaires concernent l'allaitement maternel :

- les connaissances dans ce domaine viennent de l'expérience personnelle ou expérience vécue par l'entourage (1 commentaire),
- connaissances acquises via des recherches ou formations faites en dehors du cadre de l'internat (3 commentaires).

III.3.1.6 Conclusion thème grossesse

Dans l'analyse à six groupes, les stages « gynécologie en milieu hospitalier », « ambulatoire » et « PMI » obtiennent des moyennes d'auto-évaluation supérieures aux autres groupes. Ils semblent permettre une meilleure acquisition des compétences.

Le groupe de stage « couplé gynécologie et pédiatrie en milieu hospitalier » obtient des scores intermédiaires par rapport aux autres groupes de stage à tous les items.

Les groupes de stage « pédiatrie en milieu hospitalier » et « mère enfant non réalisé » obtiennent des moyennes d'auto-évaluation inférieures aux autres groupes dans tous les items du thème grossesse.

La différence est significative dans tous les items du thème grossesse sauf l'allaitement. Quel que soit le stage effectué, l'item allaitement maternel n'est pas évalué comme acquis. Seuls les internes du stage PMI s'autoévaluent comme compétent (4.08 ± 0.53).

L'analyse à deux groupes « mère enfant avec pratique de la gynécologie » versus « pédiatrie en milieu hospitalier et mère enfant non réalisé » permet d'évaluer l'impact de la pratique de la gynécologie en stage d'internat. La moyenne d'auto-évaluation des internes ayant pratiqué la gynécologie au cours de l'internat est supérieure à la moyenne des autres internes pour le thème grossesse. Cette différence est significative, sauf pour l'item allaitement maternel.

Dans l'analyse des stages « gynécologie en milieu hospitalier » versus les stages mère enfant « ambulatoire » et « PMI ». Il y a une différence significative dans l'item « identification de grossesse non physiologique ». Ces tendances vont se confirmer dans les autres champs de compétences étudiés lors de ce questionnaire.

III.3.2 Compétences liées aux situations de prescription et conseils sur toutes formes de contraception

Les compétences soumises à l'autoévaluation dans le thème contraception sont :

- consultation pour première contraception en dehors d'un contexte d'urgence,
- gestion de tous types de contraception hormonale et mécanique en dehors de l'urgence,
- gestion de contraception par Dispositif Intra-Utérin (D.I.U) hors contexte d'urgence,
- consultations de demande de moyens de contraception d'urgence,
- sexualité dans le contexte d'un motif de consultation pour contraception,
- connaissance de la méthode BERCER.

III.3.2.1 Auto-évaluation de la population de l'étude

Tableau 11 – Auto-évaluation dans les situations liées à la contraception

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
1^{ère} consult° contracept° hors urgence	Gynéco	47	4.53	0.71	2 - 5		5	**p=2.38^{E-5}
	Couplé	12	4.08	0.95	2 - 5		4	
	Ambu	15	4.53	0.81	2 - 5		5	
	PMI	7	4.71	0.45	4 - 5		5	
	Non fait*	17	3.71	0.82	2 - 5		4	
	Pédiatrie	54	3.72	1.08	1 - 5		4	
	Total	152	4.13	0.98	1 - 5	[3.97 ; 4.28]	4	
Gestion de toutes contracept° hors urgence	Gynéco	47	4.36	0.78	2 - 5		5	p=3.52^{E-7}
	Couplé	12	3.67	0.94	2 - 5		4	
	Ambu	15	4.27	0.85	2 - 5		4	
	PMI	7	4.57	0.49	4 - 5		5	
	Non fait*	17	3.76	1.21	2 - 5		4	
	Pédiatrie	55	3.25	0.99	1 - 5		3	
	Total	153	3.84	1.05	1 - 5	[3.68 ; 4.01]	4	
Gestion D.I.U hors urgence	Gynéco	47	4.13	0.94	1 - 5		4	p=1.07^{E-11}
	Couplé	12	3.50	1.38	1 - 5		4	
	Ambu	14	3.93	0.96	2 - 5		4	
	PMI	7	3.86	0.83	2 - 5		4	
	Non fait*	14	2.21	1.08	1 - 4		2	
	Pédiatrie	50	2.60	1.02	1 - 5		2	
	Total	144	3.33	1.27	1 - 5	[3.12 ; 3.53]	4	
Consult° contracept° dans le contexte d'urgence	Gynéco	46	3.93	1.07	2 - 5		4	p=0.001
	Couplé	11	3.82	1.11	2 - 5		4	
	Ambu	14	4.07	0.88	1 - 5		4	
	PMI	7	4.29	0.70	4 - 5		4	
	Non fait*	15	2.93	0.85	1 - 4		3	
	Pédiatrie	49	3.31	1.05	1 - 5		4	
	Total	142	3.63	1.09	1 - 5	[3.45 ; 3.81]	4	
Sexualité dans le contexte de contracept°	Gynéco	47	4.17	0.75	2 - 5		4	p=3.01^{E-5}
	Couplé	12	3.50	0.87	2 - 5		4	
	Ambu	15	4.40	0.71	2 - 5		5	
	PMI	7	4.29	0.70	2 - 5		4	
	Non fait*	16	3.13	0.86	1 - 5		3	
	Pédiatrie	55	3.53	1.08	1 - 5		4	
	Total	152	3.80	0.99	1 - 5	[3.65 ; 3.96]	4	

* Non fait : stage mère enfant non réalisé, **ANOVA non applicable, test fait en Kruskal Wallis
Consult° : consultation, Contracept° :contraception

Les réponses des 156 internes ont été analysées. Le Tableau 11 donne plusieurs informations.

L'échantillon total s'autoévalue comme compétent dans la situation « consultation pour première contraception en dehors d'un contexte d'urgence » avec $m=4.13$ Icm 95 % [3.97 ; 4.28]. Dans les autres compétences du thème, le groupe ne s'autoévalue pas comme compétent.

Les groupes de stage mère enfant « gynécologie en milieu hospitalier », « ambulatoire » et « PMI » obtiennent des moyennes d'auto-évaluation supérieures aux autres groupes dans tous les items liés aux situations de prescription et conseils sur toutes formes de contraception. Ils s'autoévaluent comme compétents dans 4/5 situations du thème dont :

- consultation pour première contraception en dehors du contexte de l'urgence, $p=2.38^{E-5}$.
- gestion de tous types de contraception hormonale et mécanique en dehors du contexte de l'urgence, $p=3.52^{E-7}$.
- consultation de demande de moyens de contraception d'urgence, $p=0.001$, seuls « ambulatoire » et « PMI » s'autoévaluent comme compétents. L'auto-évaluation est supérieure au groupe « gynécologie en milieu hospitalier », la différence n'est pas significative ($p=0.44$) entre les groupes « gynécologie en milieu hospitalier » $m= 3.93\pm1.07$ et « ambulatoire et PMI » $m= 4.14\pm0.83$.
- sexualité dans le contexte d'un motif de consultation pour contraception $p=3.01^{E-5}$, seuls « ambulatoire » et « PMI » s'autoévaluent comme compétents.
- gestion des dispositifs intra utérin hors contexte d'urgence, $p=1.07^{E-11}$. Seul le groupe gynécologie en milieu hospitalier s'autoévalue comme compétent, $m= 4.13\pm0.94$. L'auto-évaluation est supérieure au groupe « ambulatoire » mais la différence n'est pas significative, $m= 3.90\pm0.92$, $p=0.37$.

Il n'y a pas de différence significative d'auto-évaluation entre les groupes « gynécologie hospitalière » versus « ambulatoire » dans les autres compétences du thème contraception. Les résultats sont présentés dans l'annexe 3 § VIII.2.1.3.

Les groupes « pédiatrie » et « non réalisé » ne s'autoévaluent pas comme compétents sur les axes du thème contraception. Les valeurs moyennes sont entre 2 et 3.80.

Le stage couplé « hospitalier pédiatrie et gynécologie » a des valeurs moyennes intermédiaires pour chaque axe. Ce groupe de s'autoévalue comme compétents pour l'item « consultation pour première contraception en dehors d'un contexte d'urgence » (moyenne= 4.08 ± 0.95).

L'influence des stages se confirme sur l'acquisition des compétences en général et du thème contraception en particulier.

La méthode BERCER est une aide au déroulement de la consultation pour contraception. Les résultats sont présentés dans le Tableau 12.

III.3.2.2 Connaissance de la méthode BERCER

Tableau 12 - Méthode BERCER

Méthode BERCER	Total	Gynéco hospitalier	Couplé hospitalier	Ambulatoire	PMI	Non réalisé	Pédiatrie hospit.
	156	47	12	15	7	19	56
Oui	38 (24.3%)	11 (23%)	2 (17%)	11 (73%)	2 (29%)	2 (11%)	10 (18%)
Non	116 (74.3%)	35 (74%)	10 (83%)	3 (20%)	5 (71%)	17 (89%)	46 (82%)
Autre	2 (0.4%)	1 (3%)	0	1 (7%)	0	0	0

Les 156 internes ont répondu à cette question. Sur l'effectif total, 38/156 internes (24.3%) connaissent cette technique. 116/156 internes (74.3%) ne la connaissent pas cette technique. 2 internes n'ont pas répondu à la question.

La proportion de la connaissance de cette méthode est inversée dans le stage mère enfant en ambulatoire, 11/15 internes (73%).

III.3.2.3 Stages mère enfant avec ou sans pratique de la gynécologie

Les résultats de l'analyse de l'auto-évaluation des compétences « mère enfant avec pratique de gynécologie » versus « pédiatrie en milieu hospitalier et mère enfant non réalisé » sont présentés en Annexe 3. Auto-évaluation des compétences (§ VIII.2.1.2).

Le groupe « stage mère enfant avec pratique de la gynécologie » a des moyennes d'auto-évaluation supérieures aux moyennes du groupe « pédiatrie hospitalière et mère enfant non réalisé » dans tous les items liés à la contraception. Il s'autoévalue compétent dans plusieurs items et la différence est significative avec le groupe qui n'a pas pratiqué la gynécologie en stage :

- consultation pour première contraception en dehors du contexte d'urgence, $m = 4.48 \pm 0.77$, $p = 6.64^{E-7}$,
- gestion de tous types de contraception hormonale et mécanique en dehors du contexte d'urgence, $m = 4.26 \pm 0.84$, $p = 7.40^{E-7}$,
- sexualité dans le contexte d'un motif de consultation pour contraception, $m = 4.12 \pm 0.81$, $p = 1.17^{E-5}$.

Le groupe « stage mère enfant avec pratique de la gynécologie » ne s'autoévalue pas comme compétent dans les items suivants. La différence reste significative avec le groupe qui n'a pas pratiqué la gynécologie en stage :

- gestion des dispositifs intra utérin hors contexte d'urgence ($m = 3.98 \pm 1.04$, $p = 7.18^{E-14}$),
- consultations de demande de moyens de contraception d'urgence ($m = 3.97 \pm 1.02$, $p = 2.67^{E-5}$)

Le groupe « stage mère enfant sans pratique de la gynécologie et mère enfant non réalisé » ne s'autoévalue pas comme compétent dans les items du thème contraception. Pour l'item « gestion des dispositifs intra utérin hors contexte d'urgence », il s'évalue comme non compétent ($m = 2.52 \pm 1.05$).

La Figure 5 représente ces tendances. Le tracé intitulé Moyenne représente l'auto-évaluation de l'échantillon total de l'étude. Les constats sont proches de ceux établis dans le thème grossesse.

Le groupe « stage mère enfant avec pratique de la gynécologie » s'autoévalue comme compétent dans les situations liées à la contraception. La différence est significative pour chaque compétences du thème contraception par rapport au groupe « pédiatrie hospitalière et mère enfant non réalisé ». Le thème consultation de demande d'IVG a été ajouté dans la représentation du thème contraception pour des raisons pratiques. Nous ne considérons pas l'IVG comme une méthode de contraception.

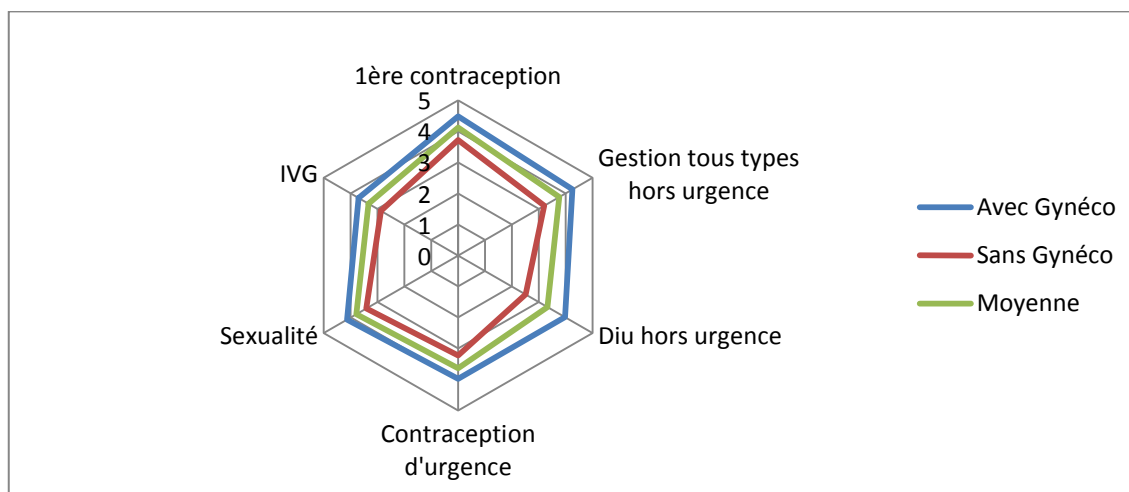


Figure 5 – Auto-évaluation de la population de l'étude dans les thèmes contraception et IVG : représentation des groupes avec et sans pratique de la gynécologie en stage

III.3.2.4 Commentaires auto-évaluation du thème contraception

5 internes ont commenté leurs réponses. Il est mentionné que la contraception semble plus abordée en stage que le thème grossesse mais surtout la prescription de contraception per os (1 commentaire).

Il est évoqué l'organisation de cours dans 4 commentaires. Les internes proposent :

- des « cours pratiques » adaptés à la pratique de la médecine générale en ambulatoire,
- des jeux de rôles et de démonstration des différents contraceptifs,
- de poursuivre l'initiative au sein du Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine générale (CRP IMG), d'organiser la formation médicale autour de soirées à thème.

Les internes qui ont proposé les cours avaient fait le stage mère enfant en pédiatrie ou gynécologie en milieu hospitalier ou un stage couplé en milieu hospitalier. Un autre commentaire évoque le besoin de formation supplémentaire, la réalisation de diplôme universitaire de gynécologie obstétrique (DU).

Une interne en stage mère enfant en « gynécologie en milieu hospitalier » raconte son expérience en stage de médecine scolaire. Elle a participé à une campagne d'information auprès des jeunes en collège ou lycée sur le thème contraception.

III.3.2.5 Conclusion thème contraception

Dans l'analyse à six groupes, les stages « gynécologie en milieu hospitalier », « ambulatoire » et « PMI » obtiennent des moyennes d'auto-évaluation supérieures aux autres groupes. Ils semblent permettre une meilleure acquisition des compétences liées à la contraception. La différence est significative dans tous les items du thème contraception.

Le groupe de stage « couplé gynécologie et pédiatrie en milieu hospitalier » obtient des scores intermédiaires par rapport aux autres groupes de stage à tous les items.

Les groupes de stage « pédiatrie en milieu hospitalier » et « mère enfant non réalisé » obtiennent des moyennes d'auto-évaluation inférieures aux autres groupes dans tous les items du thème contraception sauf dans les items :

- « gestion de tous types de contraception hormonale et mécanique en dehors d'un contexte d'urgence », pour le groupe « mère enfant non réalisé » ($m = 3.76 \pm 1.21$),
- « sexualité dans le contexte de consultation pour contraception » ($m = 3.53 \pm 1.08$).

Ils ne s'autoévaluent pas comme compétents.

Seul le stage « gynécologie en milieu hospitalier » s'autoévalue compétent ($m = 4.13 \pm 0.94$) pour l'item « gestion du DIU hors du contexte d'urgence ».

L'item « consultations de demande de moyens de contraception d'urgence » est évalué comme acquis pour les groupes ambulatoire et PMI.

La moyenne d'auto-évaluation du groupe « mère enfant avec pratique de la gynécologie » est supérieure au groupe « pédiatrie en milieu hospitalier et mère enfant non réalisé ». Cette différence est significative et permet d'évaluer l'impact de la pratique de la gynécologie en stage d'internat.

L'analyse des stages « gynécologie en milieu hospitalier » versus « ambulatoire » ne montre pas de différence significative des moyennes dans les items liés à la contraception. Les internes ayant effectué ces stages s'autoévaluent comme compétents.

III.3.3 **Compétences dans les situations de demande d'IVG**

Nous présentons les résultats de l'auto-évaluation des compétences du thème Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Les tableaux de l'annexe 3 présentent les résultats de l'analyse de cette compétence.

III.3.3.1 Auto-évaluation des six groupes de stage : thème IVG

Les résultats sont présentés dans le Tableau 13.

Tableau 13 - Auto-évaluation des internes dans les situations de demande d'IVG

Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart-type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Gynéco	46	4,07	0,94	2 - 5		4	p=0.004
Couplé	11	3,27	0,96	2 - 5		3	
Ambu	14	3,79	0,67	2 - 5		4	
PMI	7	4,00	0,53	3 - 5		4	
Non fait*	16	3,19	1,24	1 - 5		3	
Pédiatrie	54	3,35	1,09	1 - 5		4	
Total	148	3,41	1,06	1 - 5	[3.24 ; 3. 58]	4	

D'après ce tableau, il est constaté :

- L'échantillon total ne s'autoévalue pas comme compétent dans cette situation, $m=3.41$ ICm 95% [3.24 ; 3. 58].
- Les groupes de stage mère enfant « gynécologie en milieu hospitalier » et « PMI » s'autoévaluent comme compétents dans les consultations de demande d'IVG. La différence est significative avec les autres groupes ($p=0.004$). La Figure 5 – Auto-évaluation de la population de l'étude dans les thèmes contraception et IVG : représentation des groupes avec et sans pratique de la gynécologie en stage. Donne une tendance visuelle de ce phénomène.
- Il n'y a pas de différence significative d'auto-évaluation des compétences entre les groupes « gynécologie hospitalière » versus :
 - « ambulatoire » ($p=0.31$).
 - « ambulatoire et PMI » ($p=0.36$).

III.3.3.2 Stages mère enfant avec ou sans pratique de la gynécologie : test de Student

Les groupes de stage « mère enfant avec pratique de gynécologie » et « pédiatrie en milieu hospitalier et mère enfant non réalisé » ne s'autoévaluent pas comme compétents dans les consultations de demande d'IVG :

- groupe « mère enfant avec pratique de gynécologie » $m= 3.50\pm0.98$,
- groupe « pédiatrie en milieu hospitalier et mère enfant non réalisé » $m= 3.31\pm1.13$
- la différence de la note moyenne d'auto-évaluation est significative entre les deux groupes ($p=2.66^{-5}$).

III.3.3.3 Commentaires auto-évaluation du thème IVG

5 internes ont commenté leurs réponses. Deux internes évoquent l'absence de vécu de cette situation en stage ambulatoire, en stage hospitalier de pédiatrie.

Deux internes proposent l'organisation de cours et de formation avec :

- des communications sur le réseau à mobiliser en situation de demande d'IVG,
- un stage de courte durée en planning familial.

Un interne évoque son positionnement contre l'IVG et espère ne pas avoir de problèmes en stage pour cela.

Il existe une clause de conscience qui pourrait être invoquée dans ce cas (41). Cependant, cela ne doit pas se faire au détriment du code de déontologie qui impose à tout médecin de prodiguer des soins dans le respect de l'autonomie de la personne et de ses convictions (42). Il est nécessaire que ce point soit abordé au cours du stage mère enfant. La pratique des soins en santé sexuelle et génitalité pourrait exposer à ce genre de questionnement. Ils devraient pouvoir être abordés en stage.

III.3.3.4 Conclusion auto-évaluation du thème IVG

Les groupes « gynécologie en milieu hospitalier » et PMI s'autoévaluent comme compétents dans la situation de demande d'interruption volontaire de grossesse. Il y a une différence significative avec les autres groupes de stage ($p=0.04$).

La différence est également significative entre les groupes avec et sans pratique de la gynécologie en stage mère enfant ($p=2.66^{-5}$). Il n'y a pas de différence significative entre les groupes « gynécologie en milieu hospitalier » et « ambulatoire ou PMI » ($p=0.36$).

A travers les commentaires et l'auto-évaluation nous constatons que ce thème est peu évoqué et pratiqué dans les différents stages. Il est proposé des formations spécifiques dans des structures où cette situation peut-être plus fréquente notamment le planning familial.

Ce thème est particulier car il fait écho à des convictions personnelles et à un débat de société. Ces données ne devraient pas être un obstacle à l'information des patientes et des médecins en formation. Les maîtres de stage devraient être informés de ce potentiel hiatus.

III.3.4 Compétences liées aux demandes programmées ou non de plaintes indifférenciées d'origine gynécologique probable

Les résultats complets de l'auto-évaluation des compétences du thème des demandes ou plaintes indifférenciées d'origine gynécologique probable sont présentés en annexe 3, § VIII.4.1.1.

Les compétences soumises à l'autoévaluation dans le thème plaintes indifférenciées sont :

- dans les situations de patientes qui consultent pour des pertes vaginales, une sensation d'inconfort, de brûlures vulvo-vaginales ou de prurit, (pour la présentation des résultats nous résumerons cet item en « signes fonctionnels divers »,
- douleurs abdomino-pelviennes,
- troubles du cycle menstruel.

III.3.4.1 Auto-évaluation des six groupes de stage : plaintes indifférenciées

Les résultats sont présentés dans le Tableau 14.

Tableau 14 - Auto-évaluation des compétences en situations de plaintes indifférenciées d'origine gynécologique probable

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Signes Fonction- nels Divers*	Gynéco	47	4,49	0,58	3 - 5		5	**p=1.06⁻⁵
	Couplé	12	4,08	0,86	2 - 5		4	
	Ambu	15	4,47	0,62	3 - 5		5	
	PMI	7	3,57	0,49	3 - 4		4	
	Non fait*	16	3,5	0,5	3 - 4		4	
	Pédiatrie	54	3,91	0,99	1 - 5		4	
	Total	151	4,10	0,84	1 - 5	[3.96 ; 4.23]	4	
Douleurs abdomino- pelviennes	Gynéco	47	4,32	0,47	4 - 5		4	**p=0.001
	Couplé	12	3,92	0,64	3 - 5		4	
	Ambu	15	4,07	0,57	3 - 5		4	
	PMI	7	3,71	0,45	3 - 4		4	
	Non fait*	19	3,79	0,52	3 - 5		4	
	Pédiatrie	56	3,84	0,75	2 - 5		4	
	Total	156	4,00	0,65	2 - 5	[3.90 ; 4.10]	4	
Troubles du cycle menstruel	Gynéco	47	3,79	0,74	2 - 5		4	p=5.50⁻⁶
	Couplé	12	3,33	0,75	2 - 4		4	
	Ambu	15	3,60	0,80	2 - 5		4	
	PMI	7	3,71	0,45	3 - 4		4	
	Non fait*	16	2,75	0,75	2 - 4		3	
	Pédiatrie	54	2,93	1,00	1 - 5		3	
	Total	151	3,31	0,94	1 - 5	[3.16 ; 3.46]	3	

*Signes fonctionnels divers : pertes vaginales, une sensation d'inconfort, de brûlures vulvo-vaginales ou de prurit

**ANOVA non applicable, test fait en Kruskal Wallis

La population de l'étude s'autoévalue comme compétente dans 2/3 situations liées aux plaintes indifférenciées, les signes fonctionnels divers (m=4.10, ICm 95% [3.96 ; 4.23]) et les douleurs abdomino-pelviennes (m=4.00, ICm 95% [3.90 ; 4.10]).

Les groupes « gynécologie en milieu hospitalier » et « ambulatoire » s'autoévaluent comme compétents et la différence est significative par rapport aux autres groupes dans les situations :

- des patientes qui consultent pour des « signes fonctionnels divers » ($p=1.06^{E-5}$). Il n'y a pas de différence significative entre gynécologie et stage ambulatoire pour cet item ($p=0.065$).
 - le groupe « couplé gynécologie et pédiatrie en milieu hospitalier » s'autoévalue comme compétent dans cette situation (m=4.08±0.86).

- douleurs abdomino-pelviennes ($p=0.001$), la moyenne « gynécologie en milieu hospitalier » est à 4.32 ± 0.47 , la moyenne « ambulatoire » est à 4.07 ± 0.57 .
 - Les moyennes d'évaluation de la situation des douleurs abdomino-pelviennes sont dans un intervalle étroit. Ce thème est plus transversal et est plus régulièrement abordé en stage.
 - Il existe une différence significative ($p=0.006$) entre les groupes « gynécologie en milieu hospitalier » ($m=4.32\pm0.47$) et « ambulatoire et PMI » ($m=3.95\pm0.56$).

Les groupes « pédiatrie en milieu hospitalier », « mère enfant non réalisé » et « PMI » ne s'autoévaluent pas comme compétents dans les situations du thème plaintes indifférenciées, cette différence est significative.

Dans la situation des « troubles du cycle menstruel », aucun groupe ne s'autoévalue comme compétent, il existe une différence significative entre les six groupes ($p=5.50^{-6}$) :

- Les groupes « pédiatrie en milieu hospitalier » et « mère enfant non réalisé » s'autoévaluent comme « non compétents » :
 - la moyenne « pédiatrie en milieu hospitalier » est à 2.93 ± 1.00 ,
 - la moyenne « mère enfant non réalisé » est à 2.75 ± 0.75 .
- Il n'y a pas de différence significative entre les moyennes d'auto-évaluation des groupes « gynécologie en milieu hospitalier » et « ambulatoire et PMI » dans cette situation ($p=0.43$).

III.3.4.2 Stages mère enfant avec ou sans pratique de la gynécologie :

Le groupe « stage mère enfant avec pratique de la gynécologie » s'autoévalue comme compétent dans les situations liées aux plaintes indifférenciées et la différence est significative avec le groupe « stage mère enfant sans pratique de la gynécologie » :

- dans les situations de patientes qui consultent pour des pertes vaginales, une sensation d'inconfort, de brûlures vulvo-vaginales ou de prurit ($p=8.60^{-5}$),
- douleurs abdomino-pelviennes ($p=0.001$),
- troubles du cycle menstruel ($p=6.51^{-8}$).

Une synthèse visuelle regroupe ce thème avec les IST pour des raisons graphiques. La

Figure 6 - Auto-évaluation dans les situations de plaintes d'origine gynécologique et les IST

Figure 6 est présentée dans le chapitre IST. Les résultats sont présentés en annexe 3, § VIII.4.1.2.

III.3.4.3 Commentaires et conclusion du thème plaintes indifférenciées

Un interne évoque la plus grande facilité des patientes à aborder ses situations en consultation. Les signes fonctionnels semblent un motif fréquent de consultation.

Aucun groupe ne s'évalue comme compétent dans les situations de troubles du cycle menstruel.

Il existe une différence significative de moyennes d'auto-évaluation des compétences dans les plaintes indifférenciées d'origine gynécologique probable dans :

- La comparaison des six groupes de stage,
- La comparaison des groupes avec et sans pratique de gynécologie en stage.

Il n'existe pas de différence significative d'auto-évaluation entre les stages de « gynécologie en milieu hospitalier » et « ambulatoire ».

III.3.5 Compétences liées aux situations autour de la prévention, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles IST

Les compétences soumises à l'autoévaluation dans le thème IST sont :

- la prévention des infections sexuellement transmissibles,
- situations de couples qui consultent pour une (des) infection(s) sexuellement transmissible(s).

Les tableaux complets sont disponibles en annexe 3, § VIII.5.

III.3.5.1 Auto-évaluation des six groupes de stage : IST

Tableau 15 - Auto-évaluation de l'échantillon et des différents stages mère enfant dans les situations liées aux IST

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Prévention des IST	Gynéco	47	4,43	0,68	2 - 5		5	p=0.001
	Couplé	12	4,42	0,76	3 - 5		4	
	Ambu	14	4,79	0,41	4 - 5		5	
	PMI	7	4,57	0,49	4 - 5		4	
	Non fait*	18	3,83	0,60	3 - 5		4	
	Pédiatrie	56	4,21	0,67	2 - 5		4	
	Total	154	4,32	0,69	2 - 5	[4.21 ; 4.43]	4	
IST(s) de couples*-	Gynéco	46	4,13	0,71	2 - 5		4	p=0.06
	Couplé	12	3,92	0,76	3 - 5		4	
	Ambu	14	4,43	0,49	4 - 5		4	
	PMI	7	4,00	0,53	3 - 4		4	
	Non fait*	15	3,67	0,70	2 - 5		4	
	Pédiatrie	54	3,89	0,76	2 - 5		4	
	Total	148	4,00	0,74	2 - 5	[3.88 ; 4.12]	4	

*IST(s) couples : Couples qui consultent pour une (des) infection(s) sexuellement transmissible(s)

Les résultats du Tableau 15 nous donnent plusieurs informations :

La population totale de l'étude s'autoévalue comme compétente dans les situations de prévention ($m=4.32$ ICm 95% [4.21 ; 4.43]) et de prise en charge des couples atteints d'IST ($m=4.00$ ICm 95% [3.88 ; 4.12]).

Tous les groupes s'autoévaluent comme compétents dans la prévention des IST excepté le groupe « mère enfant non réalisé » :

- La différence entre les moyennes d'auto-évaluation des six groupes est significative ($p=0.001$).
- Il n'y a pas de différence significative entre le groupe gynécologie en milieu hospitalier et le groupe ambulatoire dans la prévention des IST ($p=0.07$).

Les groupes « gynécologie en milieu hospitalier », « ambulatoire » et « PMI » s'autoévaluent comme compétents dans les situations de couples qui consultent pour une (des) IST(s), la moyenne est supérieure au degré d'accord positif.

- La différence entre les moyennes d'auto-évaluation n'est pas significative ($p=0.06$).
- Il n'y a pas de différence significative entre le groupe gynécologie en milieu hospitalier et le groupe ambulatoire ($p=0.16$).

III.3.5.2 Stages mère enfant avec ou sans pratique de la gynécologie :

Les résultats sont présentés Tableau 16.

Tableau 16 - Auto-évaluation des IST, groupes avec et sans pratique de la gynécologie en stage

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	Student p-value IC 95 %
Prévention des IST	Avec*	80	4,50	0,65	2 - 5	[4.36 ; 4.64]	5	p=0.0005 [0.2 ; 0.6]
	Sans**	74	4,12	0,68	2 - 5	[3.97 ; 4.28]	4	
	Total	154	4,32	0,69	2 - 5	[4.21 ; 4.43]	4	
IST(s) d'un couple*	Avec*	79	4,14	0,69	2 - 5	[3.99 ; 4.29]	4	p= 0.01 [0.06 ; 0.5]
	Sans**	69	3,84	0,75	2 - 5	[3.66 ; 4.02]	4	
	Total	148	4,00	0,74	2 - 5	[3.88 ; 4.12]	4	

*Avec : stage avec pratique de gynécologie **Sans : stage sans pratique de gynécologie

La moyenne d'auto-évaluation du groupe « mère enfant avec pratique de gynécologie » est supérieure à celle du groupe « mère enfant sans pratique de gynécologie » dans les deux compétences évaluées. La différence est significative dans les 2 cas :

- la prévention des infections sexuellement transmissibles ($p=0.0005$),
 - le groupe sans pratique de la gynécologie en stage s'autoévalue comme compétent.
- situations de couples qui consultent pour une (des) IST(s) ($p=0.01$).

III.3.5.3 Conclusion et commentaires sur le thème IST

5 internes ont commenté leurs réponses. Ils proposent l'organisation de cours et de formation avec des stages au planning familial ou en Centre Gratuit d'information, de dépistage et de Diagnostic (CeGIDD).

Il est mentionné la formation organisée via le CRP IMG sur contraception et sexualité comme formation pratique pour cette thématique.

La Figure 6 représente la synthèse visuelle de l'auto-évaluation des thèmes plaintes indifférenciées et IST par la population totale (représentée sous le nom moyenne) et les groupes avec et sans pratique de la gynécologie en stage.

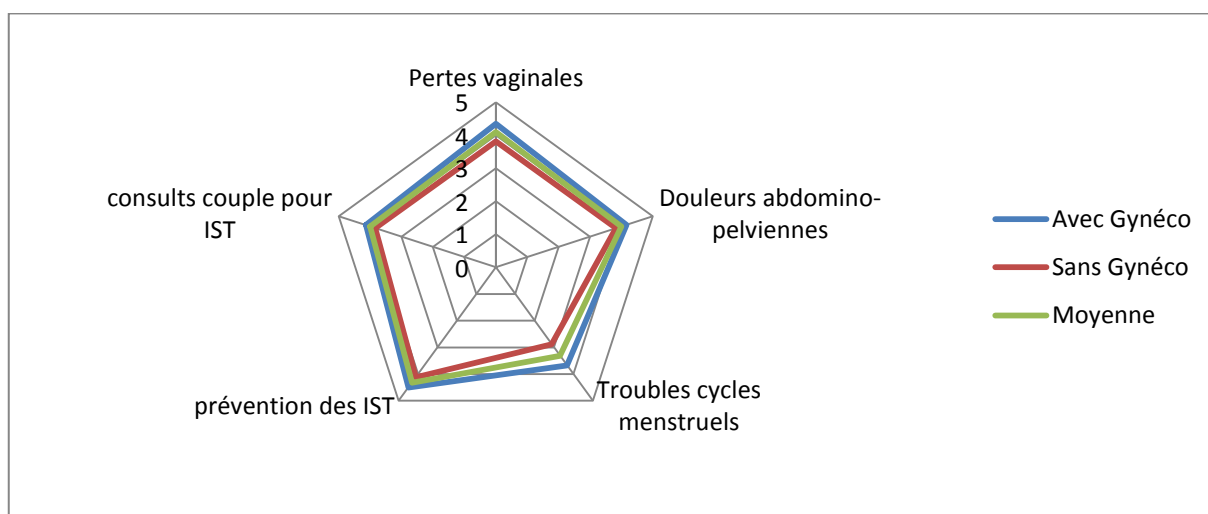


Figure 6 - Auto-évaluation dans les situations de plaintes d'origine gynécologique et les IST

Il existe des différences significatives d'auto-évaluation significatives des compétences liées aux IST et les plaintes indifférenciées entre les six groupes de stage et dans la comparaison des stages avec et sans pratique de la gynécologie.

Aucun groupe ne s'autoévalue comme compétent dans les situations de troubles du cycle menstruel.

III.3.6 Compétences liées aux situations de dépistage des cancers mammaires et gynécologiques en fonction des niveaux de risque de la femme

Les résultats complets de l'auto-évaluation des compétences des cancers mammaires et gynécologiques en fonction des niveaux de risque de la femme sont disponibles en annexe 3, § VIII.6.

Les compétences soumises à l'autoévaluation dans le thème des cancers sont :

- dépistage de cancers mammaires en fonction des niveaux de risque de la patiente,
- dépistage de cancers cervicaux et utérins en fonction des niveaux de risque de la patiente,
- dépistage de cancers ovariens en fonction des niveaux de risque de la patiente.

III.3.6.1 Auto-évaluation des six groupes de stage : thème cancers

Tableau 17 - Auto-évaluation des compétences en dépistage de néoplasies en fonction des niveaux de risque

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Dépistage de cancers mammaires	Gynéco	47	3,96	0,80	2 - 5		4	p=0.72
	Couplé	12	3,92	1,04	2 - 5		4	
	Ambu	14	3,93	0,96	2 - 5		4	
	PMI	7	3,86	0,35	3 - 4		4	
	Non fait*	17	3,59	0,77	2 - 5		4	
	Pédiatrie	55	3,78	0,85	1 - 5		4	
	Total	152	3,84	0,84	1 - 5	[3.71 ; 3.98]	4	
Dépistage de cancers cervico- utérins	Gynéco	47	3,96	0,77	2 - 5		4	p=0.03
	Couplé	12	3,92	0,64	3 - 5		4	
	Ambu	15	4,00	0,89	2 - 5		4	
	PMI	7	3,86	0,35	3 - 4		4	
	Non fait*	17	3,18	0,92	2 - 5		3	
	Pédiatrie	56	3,70	0,90	1 - 5		4	
	Total	154	3,77	0,86	1 - 5	[3.64 ; 3.91]	4	
Dépistage de cancers ovariens	Gynéco	47	3,11	0,86	1 - 5		3	p=0.06
	Couplé	11	3,00	1,13	1 - 4		4	
	Ambu	14	3,29	0,80	2 - 4		4	
	PMI	7	3,00	0,76	2 - 4		3	
	Non fait*	14	2,36	0,72	1 - 4		2	
	Pédiatrie	53	2,79	0,94	1 - 5		3	
	Total	146	2,92	0,92	1 - 5	[2.78 ; 3.07]	3	

Les résultats d'auto-évaluation de l'échantillon sont présentés en Tableau 17. Seul le groupe « mère enfant ambulatoire » s'autoévalue comme compétent ($m=4.00\pm0.89$) dans les situations de dépistage des cancers cervico-utérins. Il y a une différence significative dans d'auto-évaluation entre les groupes $p=0.03$.

La population totale et les groupes ne s'autoévaluent pas comme compétents dans la thématique des néoplasies. Il n'y a pas de différence significative dans l'auto-évaluation des groupes pour les items :

- dépistage de cancers mammaires en fonction des niveaux de risque de la patiente ($p=0.72$),
- dépistage de cancers ovariens en fonction des niveaux de risque de la patiente ($p=0.06$).

Il n'y a pas de différence significative des acquisitions entre stage mère enfant ambulatoire et gynécologie en milieu hospitalier.

III.3.6.2 Stages mère enfant avec ou sans pratique de la gynécologie

La Figure 7 présente une synthèse visuelle des résultats du thème néoplasie et du thème ménopause.

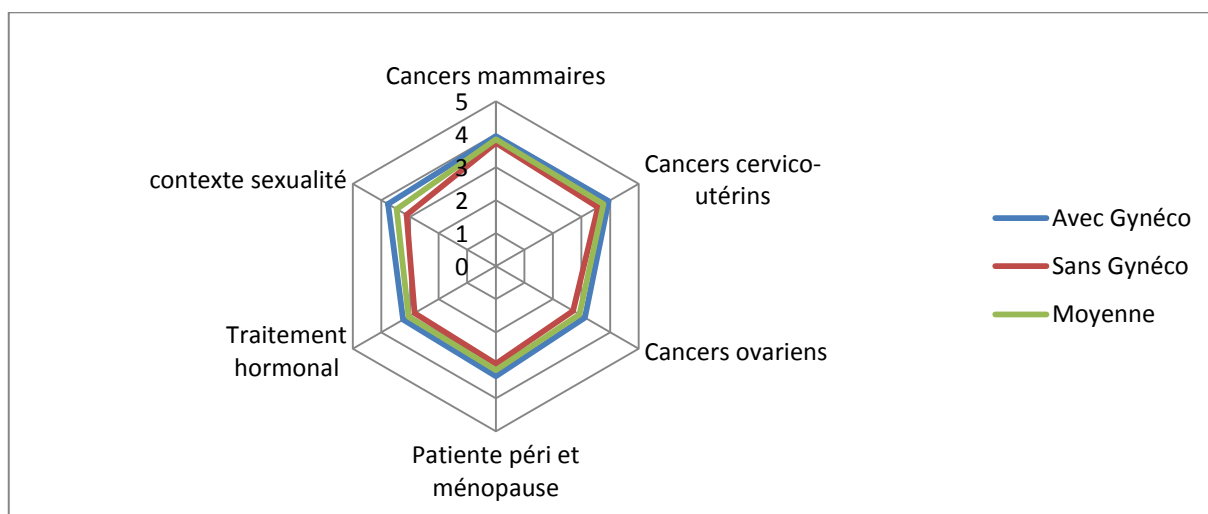


Figure 7 - Synthèse d'auto-évaluation des compétences des groupes avec et sans pratique de la gynécologie en stage: thème néoplasie et ménopause

Aucun groupe de stage ne s'autoévalue comme compétent dans les situations de dépistage des néoplasies mammaires et gynécologiques en fonction des niveaux de risque de la patiente

La moyenne d'auto-évaluation du groupe « mère enfant avec pratique de gynécologie » est supérieure à celle du groupe « mère enfant sans pratique de gynécologie » dans les trois compétences évaluées. La différence est significative dans deux situations :

- dépistage de cancers cervicaux et utérins en fonction des niveaux de risque de la patiente ($p=0.006$),
 - moyenne stage avec pratique de gynécologie $m=3.95$ ICm 95% [3.79 ; 4.11]
 - moyenne stage sans pratique de gynécologie $m=3.58$ ICm 95% [3.36 ; 3.79]
- dépistage de cancers ovariens en fonction des niveaux de risque de la patiente ($p=0.006$).
 - moyenne stage avec pratique de gynécologie $m=3.11$ ICm 95% [2.92 ; 3.31]
 - moyenne stage sans pratique de gynécologie $m=3.58$ ICm 95% [2.48 ; 2.92].

III.3.6.3 Commentaires de l'auto-évaluation du thème néoplasie

2 internes ont commenté leurs réponses. Ils proposent l'organisation de cours et de formation. Les internes mentionnent moins de difficulté à aborder ces thèmes en consultation par rapport aux thèmes de santé sexuelle, IST ou contraception.

III.3.7 Les compétences liées aux situations autour de la femme en péri-ménopause ou ménopause

Les résultats complets de l'auto-évaluation des compétences dans les situations autour de la femme en péri-ménopause ou ménopause sont disponibles en annexe 3, chapitre VIII.7.

Les compétences soumises à l'autoévaluation dans le thème ménopause sont :

- Les situations de patiente en péri ménopause ou ménopause,
- l'analyse avec les patientes des bénéfices et des risques d'administration d'un traitement hormonal substitutif (THS),
- aborder la sexualité dans ce contexte.

III.3.7.1 Auto-évaluation des six groupes de stage : thème ménopause

Les résultats sont présentés dans le Tableau 18 et permettent de constater différents éléments.

La population de l'étude ne s'autoévalue pas comme compétente dans les situations de patiente en péri ménopause ou ménopause. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes ($p=0.25$).

Les groupes de stage mère enfant « gynécologie en milieu hospitalier », « ambulatoire » et « PMI » s'autoévaluent comme compétents dans les situations l'analyse avec les patientes des bénéfices et des risques d'administration d'un THS.

- La différence est significative entre les six groupes ($p=3.52^{E-7}$)
- Il n'y a pas de différence significative ($p=0.69$) entre les stages gynécologie ($m=4.36\pm0.78$) et ambulatoire ($m=4.27\pm0.85$).

Le groupe de stage mère enfant « gynécologie en milieu hospitalier » s'autoévalue comme compétent ($m=4.13\pm0.94$) pour aborder la sexualité dans le contexte de consultation pour ménopause.

- La différence est significative entre les six groupes ($p=1.07^{E-11}$)
- Il n'y a pas de différence significative ($p=0.50$) avec le stage mère enfant « ambulatoire » $m=3.93\pm0.96$.

Tableau 18 – Auto-évaluation des compétences de la population de l'étude dans le thème ménopause

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Situations ménopause et péri- ménopause	Gynéco	45	3,29	0,91	1 - 5		3	p=0.25
	Couplé	12	3,17	1,07	1 - 4		4	
	Ambu	15	3,60	0,71	2 - 5		4	
	PMI	7	3,29	0,88	2 - 4		4	
	Non fait*	16	2,94	0,97	1 - 4		3	
	Pédiatrie	56	2,96	1,09	1 - 5		3	
	Total	151	3,15	1,00	1 - 5	[2.99 ; 3.31]	3	
Administra- tion d'un THS	Gynéco	47	4,36	0,78	2 - 5		5	p=3.52^{E-7}
	Couplé	12	3,67	0,94	2 - 5		4	
	Ambu	15	4,27	0,85	2 - 5		4	
	PMI	7	4,57	0,49	4 - 5		5	
	Non fait*	17	3,76	1,21	2 - 5		4	
	Pédiatrie	55	3,25	0,99	1 - 5		3	
	Total	153	3,84	1,05	1 - 5	[3.68 ; 4.01]	4	
Sexualité et ménopause	Gynéco	47	4,13	0,94	1 - 5		4	p=1.07^{E-11}
	Couplé	12	3,50	1,38	1 - 5		4	
	Ambu	14	3,93	0,96	2 - 5		4	
	PMI	7	3,86	0,83	2 - 5		4	
	Non fait*	14	2,21	1,08	1 - 4		2	
	Pédiatrie	50	2,60	1,02	1 - 5		2	
	Total	47	3.33	1.27	1 - 5	[3.12 ; 3.53]	4	

III.3.7.2 Stages mère enfant avec ou sans pratique de la gynécologie

Les résultats sont présentés dans le Tableau 19. La synthèse visuelle est présentée dans le chapitre précédent avec les compétences dans les situations de dépistage de néoplasie dans la Figure 7.

La moyenne d'auto-évaluation du groupe « mère enfant avec pratique de gynécologie » est supérieure à celle du groupe « mère enfant sans pratique de gynécologie » dans les trois compétences évaluées. La différence est significative dans toutes les situations liées à la ménopause :

- Les situations de patiente en péri ménopause ou ménopause ($p=0.02$),
- l'analyse des bénéfices et des risques d'administration d'un THS ($p=7.35^{E-8}$),
- aborder la sexualité dans ce contexte ($p=7.18^{E-14}$).

Le groupe de stage « mère enfant avec pratique de gynécologie » s'autoévalue comme compétent ($m=4.26\pm0.84$) dans l'analyse avec les patientes des bénéfices et des risques d'administration d'un THS.

Tableau 19 - Auto-évaluation des compétences dans le thème ménopause groupes avec et sans pratique de la gynécologie en stage

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ ±	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	Student p-value IC 95 %
Situations ménopause et péri- m.	Avec*	79	3,33	0,91	1 - 5	[3.13 ; 3.53]	4	p=0.02 [0.06 ; 0.7]
	Sans**	72	2,96	1,06	1 - 5	[2.71 ; 3.20]	3	
	Total	151	3,15	1,00	1 - 5	[2.99 ; 3.31]	3	
Administra- tion d'un THS	Avec*	81	4,26	0,84	2 - 5	[4.08 ; 4.44]	4	p=7.35 ^{E-8} [0.6 ; 1.2]
	Sans**	72	3,38	1,07	1 - 5	[3.13 ; 3.62]	4	
	Total	153	3,84	1,05	1 - 5	[3.68 ; 4.01]	4	
Sexualité et ménopause	Avec*	80	3,98	1,04	1 - 5	[3.75 ; 4.20]	4	p=7.18 ^{E-14} [1.1 ; 1.8]
	Sans**	64	2,52	1,05	1 - 5	[2.26 ; 2.77]	4	
	Total	47	4.13	0.94	1 - 5	[3.12 ; 3.53]	4	

*Avec : stages mère enfant avec pratique de gynécologie : gynécologie, stage couplé, ambulatoire, PMI

**Sans : stages sans pratique de gynécologie : pédiatrie et mère enfant non réalisé

III.3.8 Appréciation globale du stage

Il a été demandé aux internes qui avaient effectué le stage mère enfant si ce stage leur avait permis d'acquérir les compétences en santé sexuelle et génitalité. Ils ont répondu selon l'échelle de Likert. 128 internes ont répondu, les internes du groupe stage mère enfant non réalisé n'ont pas répondu à la question. Les résultats sont présentés dans le Tableau 20.

III.3.8.1 Evaluation générale : 5 groupes mère enfant

Tableau 20 - Appréciation globale du stage

Compétence		Effectif	Moyenne m $\pm$ Ecart-type σ	Min - Max	ANOVA p-value
Evaluation générale	Gynéco	47	4.15 $\pm$ 0.82	1 - 5	**p=9.11^{E-12}
	Couplé	9	3.22 $\pm$ 1.47	1 - 5	
	Ambulatoire	15	4.53 $\pm$ 0.50	4 - 5	
	PMI	7	4.57 $\pm$ 0.49	4 - 5	
	Pédiatrie	50	2.28 $\pm$ 1.47	1 - 5	
	Total	128	3.42 $\pm$ 1.40	1 - 5	

**ANOVA non applicable, test fait en Kruskal Wallis

Les résultats présentés dans le Tableau 20 indiquent :

- Les groupes de stage mère enfant « gynécologie en milieu hospitalier », « ambulatoire » et « PMI » considèrent que le stage mère enfant leur a permis d'acquérir les compétences du médecin généraliste en santé sexuelle et génitalité.
 - Les internes du stage gynécologie se sont déclarés compétents dans 16/23 compétences explorées (69.5%),
 - Les internes du stage ambulatoire se sont déclarés compétents dans 13/23 compétences explorées (56.5%),
 - Les internes du stage ambulatoire se sont déclarés compétents dans 12/23 compétences explorées (52.2%),
- La différence d'auto-évaluation globale est significative ($p=0.05$) entre les groupes :
 - « gynécologie en milieu hospitalier » $m=4.15 \pm 0.82$,
 - « ambulatoire et PMI » $m= 4.55 \pm 0.50$.
- La différence d'auto-évaluation globale n'est pas significative ($p=0.10$) entre les stages « gynécologie en milieu hospitalier » $m=4.15 \pm 0.82$ et « ambulatoire » $m=4.53 \pm 0.50$.
- Les groupes de stage mère enfant « stage couplé de pédiatrie et gynécologie en milieu hospitalier » et « pédiatrie en milieu hospitalier », ne considèrent pas que le stage mère enfant leur a permis d'acquérir les compétences du médecin généraliste en santé sexuelle et génitalité.
 - Les internes du stage couplé se sont déclarés compétents dans 4/23 compétences explorées (17.4%),
 - Les internes du stage pédiatrie se sont déclarés compétents dans 1/23 compétences explorées (4.3%),
- Les internes de l'échantillon total se sont déclarés compétents dans 6/23 compétences explorées (26.1%),

La différence d'évaluation globale est significative entre les internes qui ont réalisé un stage avec pratique de la gynécologie $p=7.07^{E-17}$:

- $m=4.15 \pm 0.93$ pour les 78 internes qui ont pratiqué la gynécologie en stage mère enfant,
- $m=2.28 \pm 1.23$ pour les 50 internes qui n'ont pas pratiqué la gynécologie en stage mère enfant.

III.4 Conditions de stage mère enfant

137 internes ont répondu à la partie « obligatoire » du questionnaire, 83 internes à la partie optionnelle sur les fréquences de réalisation des activités. Les réponses des internes et jeunes médecins ayant participé au test ont été incluses.

III.4.1 Entretien avec les maîtres de stage mère enfant

Les 40 maîtres de stage mère enfant ont été sollicités par courrier électronique. Un entretien téléphonique a été réalisé avec 4 maîtres de stage accueillant des internes en semestre mère enfant. Trois maîtres de stage exerçaient en ambulatoire, le quatrième exerçait en service hospitalier de gynécologie. Des informations sur les conditions d'apprentissage en mère enfant ont été recueillies.

Les maîtres de stage en ambulatoire ont fait part du mode de planification des consultations. Les journées de consultations sont organisées autour du thème mère enfant, mais des consultations de médecine générale peuvent se rajouter hors thème.

L'avantage du stage ambulatoire était la possibilité de suivre les patientes pendant le semestre, au long de leur grossesse ou des premiers mois de leur nourrisson.

III.4.2 Les activités pratiquées en stage mère enfant

Elles sont présentées dans Tableau 21. Ces activités peuvent faciliter les apprentissages en stage mère enfant.

Tableau 21 - Activités pendant le stage mère enfant

Activité	Stage	Effectif	Oui (%)	Non (%)	Pas de Réponse
Consultation En autonomie	Gynéco	47	40 85%	1 2%	6
	Couplé	12	5 42%	4 33%	3
	Ambu	15	15 100%	0 0%	0
	PMI	7	3 43%	1 14%	3
	Pédiatrie	54	28 52%	13 24%	15
	Total	135	91 67%	19 14%	27
Réunion entre Praticiens ou Revues de dossier	Gynéco	47	38 81%	3 6%	6
	Couplé	12	8 67%	1 67%	3
	Ambu	15	4 27%	10 27%	1
	PMI	7	2 28%	2 29%	3
	Pédiatrie	56	28 50%	14 50%	14
	Total	137	80 58%	30 6%	27
Soins paramédicaux Et activités Sociales	Gynéco	47	23 49%	18 38%	6
	Couplé	12	3 25%	6 50%	3
	Ambu	15	5 33 %	9 60%	1
	PMI	7	3 43%	1 14%	3
	Pédiatrie	56	23 41%	20 36%	13
	Total	137	57 41.6%	54 39%	26

Activité	Stage	Effectif	Oui (%)	Non (%)	Pas de Réponse
Visites Pédagogiques	Gynéco	47	14 30%	27 57%	6
	Couplé	12	2 17%	7 58%	3
	Ambu	15	2 13%	11 73%	2
	PMI	7	2 29%	2 29%	3
	Pédiatrie	56	9 16%	33 59%	14
	Total	137	29 21%	80 58%	28
Temps D'enseignement Relatifs à la Gynécologie et Obstétrique	Gynéco	47	29 62%	11 23%	7
	Couplé	12	5 42%	4 33%	3
	Ambu	15	4 27%	10 67%	1
	PMI	7	2 29%	2 29%	3
	Pédiatrie	56	19 34%	24 43%	13
	Total	137	59 43%	51 37%	27

Les résultats de ce tableau concordent avec les données d'auto-évaluation et les données de l'étude menée au CHU de Rennes (16) qui proposait une répartition du temps d'apprentissage entre différentes activités et notamment 47% de temps de consultation étaient proposés.

- Dans la population étudiée, 67% des internes (91/135) ont réalisé des consultations en autonomie. La proportion augmente à 85% chez les internes du stage de gynécologie en milieu hospitalier (40/47) et les internes du stage ambulatoire 15/15.

Certaines activités sont plus fréquemment réalisées en milieu hospitalier :

- Les réunions entre praticiens, 80/137 internes y ont assisté dans la population de l'étude. La proportion augmente parmi les internes des stages hospitaliers. 30% des internes en stage ambulatoire et PMI ont participé à des réunions entre praticiens.
- les activité paramédicales et sociales, 57/137 internes y ont participé. La proportion augmente dans les stages de PMI (3/7) 43%, gynécologie en milieu hospitalier à 49% (23/47 internes).
- Les visites pédagogiques dont la proportion est à 30% (14/47 internes) dans le groupe internes de gynécologie hospitalière et 29% en PMI (2/7 internes). 29/137 internes (21%) ont participé à des visites pendant leur semestre.
- Le temps d'enseignement était plus élevé dans les stages hospitaliers de gynécologie (29/47 soit 62%), pédiatrie (19/56) soit 34% et couplé (5/12 soit 42%).

Les proportions évaluées dans les stages mère enfant en ambulatoire , en PMI et couplé sont à utiliser avec prudence. Ils sont basés sur de faibles effectifs.

III.4.3 Fréquence de réalisation des activités

Cette partie était optionnelle dans le questionnaire. 83 internes ont participé. La fréquence avec laquelle les activités énoncées précédemment ont été évaluées. Nous avons choisi de ne présenter que les fréquences de réalisation de consultation. Elles sont dans le Tableau 22.

Tableau 22 - Fréquence de réalisation des consultations en fonction du lieu de stage mère enfant

Activité	Stage	Effectif	Aucune (%)	Demi-journées /semaine < 3 (%)	Demi-journées /semaine ≥3 (%)
Consultation En autonomie	Gynéco	35	1 3%	12 34%	22 63%
	Couplé	8	3 38%	3 38%	2 25%
	Ambu	10	0 0%	6 60%	4 40%
	PMI	3	0 0%	3 100%	0 0%
	Pédiatrie	27	5 19%	7 26%	15 56%
	Total	83	9 11%	31 37%	43 52%

Dans les analyses de fréquence sur l'ensemble des participants on constate que :

- 31/83 internes (37%) ont réalisé des consultations moins de 3 demi-journées par semaine. Cette proportion augmente dans les stages en ambulatoire (6/10 internes) et en PMI (3/7 internes).
- 43/83 internes (52%) ont réalisé des consultations en autonomie trois fois par semaine ou plus. La proportion augmente parmi les internes de pédiatrie 15/27 soit 56% et 22/35 parmi les internes de gynécologie (63%).

Ces données ne peuvent être généralisées, les sous-groupes de stage étudiés sont d'effectifs réduits. Les données sur les conditions d'apprentissage sont plus pertinentes.

III.4.4 Les conditions d'apprentissage

Les conditions d'apprentissage interrogées sont présentées dans le Tableau 23. Ces conditions ont été choisies car elles représentent des critères de qualité pour l'apprentissage en général, pour la médecine générale en particulier. Elles sont cohérentes avec les éléments mis en place par le Département de médecine générale de Poitiers pour favoriser l'apprentissage au cours de l'internat.

Au niveau de la population de l'étude, seulement 63/137 internes (46%) ont un responsable pédagogique avec qui ils ont des « débriefings » ou réunion ponctuelle. Des objectifs d'apprentissage n'ont été présentés que dans 51/137 (37%) des cas. Le contexte de la médecine générale a été peu évoqué 53/137 fois selon les internes interrogés (39%).

Aucun test statistique n'a été réalisé, la présence de ces conditions semble corrélée à l'auto-évaluation positive des groupes stage hospitalier en gynécologie mais surtout les stages ambulatoire et PMI. Ainsi, les internes du stage ambulatoire étaient plus de 85% à évoluer dans ces conditions.

La faible fréquence de présence de ces éléments semble également corrélée aux résultats d'auto-évaluation inférieurs des groupes d'internes de pédiatrie et du stage couplé gynécologie et pédiatrie.

Tableau 23 - Conditions d'apprentissage en stage mère enfant

Conditions d'apprentissage	Stage	Effectif	Oui (%)	Non (%)	Pas de Réponse
Responsable pédagogique identifié	Gynéco	47	24 51%	18 38%	5
	Couplé	12	5 42%	4 33%	3
	Ambu	15	13 87%	1 7%	1
	PMI	7	4 57%	0 0%	3
	Pédiatrie	56	17 30%	23 41%	16
	Total	137	63 46%	46 34%	29
Débriefings Avec le Responsable pédagogique	Gynéco	47	30 64%	10 21%	7
	Couplé	12	3 25%	5 42%	4
	Ambu	15	14 93%	1 7%	0
	PMI	7	4 57%	0 0%	3
	Pédiatrie	56	12 21%	30 54%	14
	Total	137	63 46%	46 34%	28
Présentation D'objectifs D'apprentissage	Gynéco	47	22 47%	19 40%	6
	Couplé	12	3 25%	6 50%	3
	Ambu	15	13 87%	2 13%	0
	PMI	7	2 29%	2 29%	3
	Pédiatrie	56	11 20%	29 52%	16
	Total	137	51 37%	58 42%	28
Evocation Du contexte de Médecine générale	Gynéco	47	19 40%	22 47%	6
	Couplé	12	5 42%	3 25%	4
	Ambu	15	15 100%	0 0%	0
	PMI	7	4 57%	0 0%	3
	Pédiatrie	56	10 18%	28 50%	18
	Total	137	53 39%	53 39%	31

Il faut prendre en compte certains éléments pour analyser ce résultat :

- les internes en ambulatoire sont sous la responsabilité d'un ou plusieurs médecins pour le semestre. L'apprentissage en médecine générale s'accompagne souvent de mise au point ou au décours des consultations.
- La proportion est calculée sur un très faible effectif de 15 internes.

L'étude des données autant statistique que sémantique a suscité des choix et des orientations. Nous les présenterons dans la discussion.

IV. DISCUSSION

IV.1 Etude de la validité interne

Dans ce chapitre les principaux résultats sont mis en perspective avec les biais potentiels et les moyens mis en œuvre pour y remédier.

IV.1.1 Taux de réponse

Le taux de participation des internes est évalué à 26% (§ III.1.1). Le questionnaire a été diffusé via les boîtes électroniques de la faculté. Nous ne pouvons donner qu'une estimation du nombre d'internes contactés. 32 internes des promotions de 2011 et 2012 n'ont pas terminé leur cursus. Nous ne savons pas combien d'internes des promotions 2011 et 2012 ont été contactés réellement. Nous pouvons supposer que le nombre d'internes contactés est surestimé. Le taux de participation de 26% est probablement sous-estimé.

Dans l'étude « Connaissances et savoir-faire déclarés des internes de médecine générale en matière de contraception. Une étude menée de mai à novembre 2011 en Poitou-Charentes » (27), le taux de participation après exclusion des réponses était de 52.4%, 110 sur 210 étudiants. Le questionnaire avait été adressé aux internes en cours de semestre de mai à novembre 2011. Il ne concernait pas les internes en fin de cursus.

Nous avons choisi pour notre étude d'adresser le questionnaire à tous les internes y compris les internes en fin de cursus pour obtenir le maximum dans chaque groupe de stage mère enfant. Ces deux taux de réponses ne sont pas comparables.

Dans l'article « Enseignement théorique du Diplôme d'études spécialisées de gynécologie médicale en France : évaluation nationale », le taux de participation était de 38.6%, 56 sur 145 internes en DES de gynécologie médicale avaient répondu à l'enquête lors d'une session de formation (19).

Le taux de participation est important pour une enquête mais la représentativité de l'échantillon sélectionné par rapport à la population cible du test l'est aussi (43). Dans notre étude, la proportion des internes de sexe féminin (66%) est supérieure à celle des internes masculins (33.4%) (§ III.1.2.3 Tableau 3). Ce ratio correspond au phénomène de la féminisation de la profession médicale évaluée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques (44). Depuis 2002, 60% des étudiants en médecine sont des femmes. 56% des médecins de moins de 35 ans sont des femmes (44).

IV.1.2 Taille des effectifs de l'échantillon

Cette étude a été effectuée sur un échantillon de population, chaque paramètre mesuré est une estimation de sa vraie valeur (33). L'inégalité de nos effectifs et le taux de participation de 26% ont une influence sur les résultats.

IV.1.2.1 Les groupes des stages « couplé », ambulatoire et PMI

Les effectifs des groupes de stage mère enfant sont différents. Les effectifs des stages « couplé », ambulatoire et PMI sont inférieurs à 20. Il s'agit de petits effectifs. Ces terrains de stage sont ouverts depuis 2012 et ont moins de places disponibles.

Pour pallier ce problème :

- Une relance spécifique a été effectuée auprès des internes des groupes ambulatoire et PMI pour augmenter le taux de réponse. 22 des 26 internes concernés (84.6%) ont répondu (§ sélection de population III.1.1).
- Un groupe « ambulatoire et PMI » a été constitué et a permis de respecter les conditions d'homogénéité pour la réalisation de tests statistiques de tests paramétriques.
- Des tests non paramétriques ont été réalisés. Ils étaient adaptés aux petits effectifs et à leur taille inégale (37). Des différences significatives ont été établies dans les actes techniques et l'auto-évaluation des compétences.

Ces mesures ont eu des conséquences :

- La relance spécifique a pu créer un biais de sélection de type biais d'admission (ou biais de Berkson) (33). Le risque était de sélectionner des participants en rapport avec le stage mère enfant effectué.
- Les effectifs étaient plus homogènes mais la représentativité des internes en ambulatoire et en PMI a pu être augmentée par la relance.
- L'analyse univariée (estimation des moyennes d'auto-évaluation) a pu être faussée ou ne pas représenter la moyenne dans la population réelle.

L'association du groupe « ambulatoire et PMI » constitue un groupe homogène par rapport aux autres et la réalisation de tests non paramétriques ont pu diminuer l'impact de ce biais. Un lien entre PMI et soins primaires peut être établi, pour argumenter les choix de regroupement qui ont été faits lors de l'analyse statistique.

IV.1.2.2 PMI et soins primaires

Pendant toute l'analyse statistique nous avons regroupé les stages ambulatoires et PMI. Nous souhaitons faire un rapprochement entre l'activité de PMI et certains aspects de la médecine générale. Le Code de la santé publique (CSP) définit les rôles attribués à la PMI :

- *« des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;*
- *des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ;*
- *des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil, aux familles pour la prise en charge de ces handicaps*

- *la surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles* ». Art. L. 2111-1 du CSP (45).
- « *des actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.* » Art. L. 2111-2 du CSP (46).

Ces rôles évoquent les compétences attendues de la médecine générale (47) définies par la WONCA :

- Médecine d'accès ouvert à tous,
- Travail en coordination pluriprofessionnelle,
- Prise en compte de l'environnement médico-psycho-social du patient et de son entourage,
- Réponse aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle,
- Médecine préventive, appliquée ici à la santé maternelle et infantile,
- Suivi longitudinal adapté au patient (suivi de grossesse et de l'enfant jusqu'à ses six ans),
- Intervention au stade précoce des maladies,
- Promotion et éducation de la santé maternelle et infantile,
- Rôle spécifique de santé publique dans la communauté.

Les rôles attribués à la PMI peuvent être considérés comme une partie des compétences attendues en soins primaires, appliquées à la santé maternelle et infantile. Un article de la Caisse Nationale des Associations Familiales (CNAF) écrit par un médecin de PMI insiste sur le fait que la PMI doit rester un centre d'accès aux soins pour tous et pas seulement réservé aux populations défavorisées (40).

IV.1.2.3 Pour le groupe « mère enfant non réalisé »

19 internes (12%) n'ont pas réalisé le stage mère enfant sur l'ensemble des participants. Il s'agit d'un biais de sélection de type biais de non réponse (33). Le risque du questionnaire est de sélectionner les étudiants plus intéressés par le stage mère enfant qu'ils ont effectué.

Le biais de non réponse a été pallié par deux mesures :

- Le questionnaire était le même pour tous les types de stage, pour éviter le biais lié à l'enquêteur (33).
- Le regroupement avec le stage de pédiatrie en milieu hospitalier a permis de comparer les internes qui ont pratiqué ou non la gynécologie en stage. Une différence significative d'acquisition des compétences a été retrouvée dans plusieurs items de santé sexuelle et génitalité.

Les groupes stage « mère enfant non réalisé » et « pédiatrie en milieu hospitalier » ont été associés. Nous avons considéré que la prévalence de la pratique de la gynécologie en service de pédiatrie en milieu hospitalier était faible. Un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins présentait différentes études statistiques concernant les consultations des adolescents. Elles étaient

faites en majorité chez le médecin généraliste (80% des adolescents) et non chez le pédiatre. A l'hôpital, un mineur à l'âge légal de 15 ans et 3 mois peut être admis en service pour adultes (48).

Dans certaines catégories les moyennes d'auto-évaluation des groupes « mère enfant non réalisé » et « pédiatrie en milieu hospitalier » ne suivent pas la même estimation. Par exemple, c'est le cas dans les compétences du thème grossesse :

- Orientation des grossesses non physiologiques
 - Pédiatrie en milieu hospitalier moyenne $m = 3.44 \pm 1.05$,
 - Stage mère enfant non réalisé moyenne $m = 2.92 \pm 1.00$.
- Post partum
 - Pédiatrie en milieu hospitalier moyenne $m = 2.98 \pm 0.95$,
 - Stage mère enfant non réalisé moyenne $m = 3.44 \pm 1.00$.

Il n'a pas été réalisé de tests de comparaison des moyennes de l'auto-évaluation des compétences entre les groupes « mère enfant non réalisé » et « pédiatrie en milieu hospitalier ».

Dans l'analyse à 2 groupes des stages avec et sans pratique de la gynécologie, la moyenne du groupe « sans pratique de la gynécologie » est toujours inférieure au groupe qui a pratiqué la gynécologie dans le stage mère enfant. La différence est significative dans tous les thèmes excepté l'allaitement maternel ($p=0.29$). Nous rappelons que pour la compétence dans les situations d'allaitement la moyenne d'auto-évaluation était inférieure à 4 sauf pour le groupe PMI. Les internes quels que soient leur formation ne s'autoévaluaient pas comme compétent dans l'allaitement.

IV.1.3 Les actes techniques et habiletés

Il existe une différence significative de pratique des actes toucher vaginal ($p=0,0005$), examen du col utérin au spéculum ($p=0,0003$) et la pose de l'implant sous-cutané ($p=0,0006$). Ils sont plus pratiqués en milieu hospitalier et a fortiori davantage en gynécologie obstétrique par rapport aux stages. Le frottis cervico-utérin ($p=0,037$), le retrait du D.I.U ($p=0,041$) et le retrait de l'implant sous-cutané ($p=0.050$) sont plus fréquemment pratiqués dans les stages hospitaliers versus extra hospitaliers dans notre échantillon.

Le toucher vaginal et l'examen du col utérin au spéculum sont plus pratiqués dans le groupe des internes de sexe féminin, la différence est significative. Le fait d'être un interne homme « pénalise » pour ces actes dans notre échantillon mais pas pour les autres actes techniques.

Les résultats confirment que la fréquence de pratique des actes techniques en milieu hospitalier et en gynécologie est supérieure aux autres stages dans la population étudiée. Aucun stage n'a permis la pratique de la pose du D.I.U avec une différence significative dans la population étudiée. Une analyse avec appariement sur ces facteurs de confusion permettrait de confirmer ou infirmer cette différence. Il s'agirait de vérifier si les deux populations d'internes sont appariées sur l'âge, le type de stage mère enfant réalisé, la ville d'externat, le nombre de stages ambulatoires effectués.

4 maîtres de stage mère enfant en ambulatoire et en milieu hospitalier ont commenté les conditions d'apprentissage des internes en stage. Les journées de consultations sont organisées autour du thème mère enfant mais des consultations de médecine générale peuvent se rajouter hors thème. Nous pouvons supposer que la prévalence des actes techniques et donc la possibilité de les répéter est plus faible au cours du stage ambulatoire.

Le biais de mesure de type biais de mémorisation a pu influencer sur le recueil des données. Ce questionnaire a été envoyé à différentes promotions de médecine générale qui n'ont pas fait leur stage mère enfant la même année. Il est rétrospectif sur les parties d'évaluation des actes techniques. Il y a un risque d'oubli vis-à-vis du participant.

IV.1.4 Auto-évaluation des compétences

L'auto-évaluation des compétences a apporté plusieurs informations.

Premièrement, les stages gynécologie en milieu hospitalier, ambulatoire et PMI ont des moyennes d'auto-évaluation supérieures aux autres groupes et la différence est significative dans toutes les compétences de santé sexuelle et génitalité excepté :

- l'allaitement maternel,
- Néoplasies ovariennes.

Deuxièmement, ces groupes ne s'autoévaluent pas toujours comme compétents, la moyenne d'auto-évaluation est inférieure à 4 dans plusieurs thèmes de santé sexuelle.

- La valeur d'une moyenne sur les effectifs inférieurs à 20 comme nous en avons dans les groupes de stage comme PMI, ambulatoire, stage couplé peut s'avérer peu représentative de la moyenne dans la population réelle.
 - Le regroupement des effectifs des stages ambulatoire et PMI a été réalisé pour pallier les petits effectifs et obtenir des groupes comparables. L'homogénéité et la normalité des échantillons regroupés a permis la réalisation de tests statistiques paramétriques.
- Les valeurs moyennes représentent une variable continue, nous avons conclu à la compétence ou non en fonction des valeurs moyennes alors que les écart-types sont élevés et peuvent modifier cette appréciation.
 - Les intervalles de confiance à la moyenne ont été calculés et permettent de donner l'intervalle dans lequel la moyenne se trouve à 95% (33).
- Le choix du questionnaire et de la modalité neutre a pu influencer ces résultats d'auto-évaluation. Une partie des scores d'auto-évaluation se trouvent dans le degré d'accord neutre « 3 ni en désaccord ni en accord ». Nous avons choisi de maintenir cette modalité dans l'auto-évaluation. Cette décision a des avantages et des inconvénients :
 - Avantages : Cette possibilité est utile dans les questions sensibles, on laisse le choix à la personne de s'abstenir. Cela évite les abandons en cours de questionnaire (49).
 - Inconvénients : la non prise de position est facilitée.

- L'auto-évaluation de la compétence n'est pas tranchée pour chaque item. Cela donne une autre information. Nous pouvons supposer que les internes ont des difficultés à conclure sur la présence ou l'absence de compétences dans les situations proposées.

Troisièmement, les groupes « stage couplé gynécologie et pédiatrie en milieu hospitalier », « pédiatrie en milieu hospitalier » et « mère enfant non réalisé » ont dans tous les cas les moyennes d'auto-évaluation inférieures aux autres groupes.

- Cela s'est confirmé dans l'analyse à 2 groupes. Il existe une différence significative d'auto-évaluation entre les internes qui ont fait un stage en mère enfant avec pratique de la gynécologie et les autres.

Quatrièmement, il existe une différence significative d'auto-évaluation entre le groupe de « gynécologie en milieu hospitalier » et « ambulatoire et PMI ».

- L'auto-évaluation des items faisant appel à des points de spécialité sont supérieurs pour les internes qui viennent du stage mère enfant en hospitalier (cas de l'identification et l'orientation de grossesse non physiologique).
- L'auto-évaluation de certains items est supérieure pour le groupe ambulatoire et PMI

IV.1.5 Biais potentiels

Ce chapitre présente les biais qui n'ont pas été évoqués avant.

IV.1.5.1 Le biais d'évaluation ou de confusion.

Une évaluation des enseignements des externes par une méthode de questionnaire anonyme a été réalisée au CHU de Nantes (25). Cet article met en exergue le risque de biais dans l'évaluation de l'enseignant et non des conditions d'apprentissage, il y a un risque d'amalgame avec la personnalité de l'enseignant.

Pour pallier ce biais, nous avons précisé lors de l'introduction du questionnaire qu'il s'agissait d'une auto-évaluation des compétences en stage mère enfant. Une partie complémentaire du questionnaire portait sur les conditions d'apprentissage pour que l'interne puisse s'exprimer sur ce point sans altérer l'auto-évaluation des compétences.

IV.1.5.2 Biais d'information ou de mesure

Les biais de mesure sont :

- Le biais de mémorisation (§ IV.1.3). Le questionnaire faisait appel aux conditions de stage mère enfant et aux actes techniques réalisés.
- Le biais d'acquiescement dans l'enchaînement des questions. Notre questionnaire était long avec des items répétitifs. Quand les questions défilent, le participant est tenté de répondre toujours la même modalité (34). Nous avons limité ce biais en affichant la progression dans le

questionnaire, en variant les thèmes et en ponctuant chaque fin de chapitre par la possibilité de commentaires libres.

Il n'y avait pas de biais de prévarication : les commentaires aux questions étaient neutres. Ils étaient faits pour préciser l'énoncé.

IV.2 Etude de la Validité externe

Nous souhaitions mettre en perspective une partie des résultats obtenus avec notre questionnaire par rapport à ceux de l'étude menée en 2011, « Connaissances et savoir-faire déclarés des internes de médecine générale en matière de contraception. Une étude menée de mai à novembre 2011 en Poitou-Charentes » (27). La thèse du Dr Chapuis Duranton, faculté de médecine de Poitiers.

Il existe une différence de profil de la population étudiée :

- elle était limitée dans cette l'étude de 2011 aux internes en formation et la répartition était homogène entre les internes de chaque promotion. Nous avons dans notre recueil seulement 13,9% d'étudiants de la promotion 2015 (TCEM1), 31 % de TCEM2 et 36.6% de TCEM3.
- 61.3% (67/110) des internes ont fait un stage mère enfant en milieu hospitalier dans l'étude de 2011, 30% (47/156) dans notre étude. La fréquence a pu influencer sur les résultats. Il y a un biais de mesure comme dans notre étude. Les internes davantage concernés par le thème ont répondu.
- La prévalence des étudiants ayant effectué un stage ambulatoire de niveau I était différente. 61.3% (67/110) des internes dans l'étude de 2011 et 85% (132/156) dans notre étude. Cela a pu créer de notre côté une surestimation de l'auto-évaluation des compétences.

Au sujet de la méthode BERCER, il existe une progression de sa connaissance :

- En 2011, 90% des internes (99/110) ne connaissaient pas cette méthode. Dans notre étude 74.3% des internes (116/156) ne la connaissent pas.
- Cette différence peut s'expliquer par différentes hypothèses :
 - La différence de constitution de notre échantillon, il y a plus d'anciens internes dans notre étude.
 - L'impact positif des nouveaux terrains de stage mère enfant mis en place depuis 2012 (couplé en milieu hospitalier et ambulatoire et PMI). L'étude de 2011 mettait en avant le manque de réalisation de consultations programmées en stage hospitalier de gynécologie.
 - L'impact positif des formations proposées aux internes, notamment les formations dans le cadre du CRP-IMG (Comité Régional de Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale) et dans le cadre du MFPPF (Mouvement Français pour le Planning Familial).

Au sujet des actes techniques réalisés, les résultats sont du même ordre :

Les fréquences de réalisation des actes entre les deux études n'ont pas été comparées car les données n'ont pas été recueillies dans les mêmes conditions. Les données peuvent tout de même être présentées au lecteur :

En ce qui concerne le D.I.U :

- Dans l'étude de 2011, 38/110 (34.5%) déclarent avoir posé un D.I.U.
Ils sont 72/156 internes dans notre étude (46.2%).
- Pour le retrait du D.I.U, 52 internes sur 110 avaient effectué ce geste (47.3%) en 2011.
Ils sont 80 sur 156 internes dans notre étude (51.3%).

En ce qui concerne la pose de l'implant contraceptif :

- Dans l'étude de 2011, 56/110 internes (50.9%) déclarent avoir posé un implant contraceptif.
Dans notre étude 92/156 internes (59%) ont réalisé cet acte.
- Dans l'étude de 2011, 51/110 internes (30.9%) déclarent avoir retiré un implant contraceptif.
Dans notre étude 75 internes sur 156 (48.1%) ont réalisé cet acte.

Notre étude a permis de faire le panorama de l'auto-évaluation des compétences en santé sexuelle et génitalité. Elle a permis un recueil de commentaires sur les conditions d'apprentissage en stage mère enfant.

Elle complète l'étude de 2011 en apportant des données pouvant être imputées à l'impact des nouveaux stages mère enfant ambulatoire et PMI ainsi que sur les formations qui sont à disposition des internes.

IV.3 L'Auto-évaluation des compétences par le questionnaire

Le choix du questionnaire peut paraître un mode d'étude incomplet par rapport au critère évalué : l'acquisition de compétences. Ce questionnaire permet de faire une auto-évaluation « partielle » des compétences. Le risque est de passer de l'auto-évaluation au recueil exhaustif lié à toutes les compétences de santé sexuelle et de génitalité.

Dans notre définition du terme compétence (§ I.3.3) nous avons précisé « La compétence n'existe qu'en situation professionnelle, elle suppose une reconnaissance et une validation (15). » Nous avons choisi de laisser les internes exprimer leur degré d'accord sur les compétences en santé sexuelle et génitalité. Cette auto-évaluation des internes donne des orientations sur les compétences qui semblent acquises et celles qui ne le sont pas.

Les compétences sont une association de plusieurs ressources. L'évaluation des compétences requiert un examen qui permette de valider les associations de ressources mobilisées par l'interne.

Les évaluations de type ECOS (28) ou Examen Clinique Objectif et Structuré n'ont pas encore été testées à Poitiers.

IV.3.1 Proposition générales

Des commentaires ont été faits par les internes pendant ce recueil de données :

La demande de faire les 2 stages est souvent faite par les internes mais les moyennes d'auto-évaluation du stage couplé restent inférieures à celle des stages ambulatoire et hospitaliers. Il en est de même pour les actes techniques. L'auto-évaluation du stage couplé gynécologie pédiatrie (divisé en trimestre) dans notre étude ne conclut pas à l'acquisition de compétences en santé sexuelle et génitalité. Les conditions de ce stage devraient peut-être être repensées. Il a des atouts de par la transdisciplinarité et la possibilité de faire le suivi de la mère et de l'enfant. Il offre la possibilité de réaliser plus d'actes techniques comme le toucher vaginal, l'examen au spéculum et la pose de l'implant sous-cutané (§ III.2.1.3). La différence de pratique de ces actes en stage hospitalier versus extra hospitalier était significative. Les compétences liées à la prise en charge pédiatrique n'ont pas été évaluées via cette enquête, elles bénéficieraient probablement d'une auto-évaluation favorable et peut-être supérieure au groupe gynécologie en milieu hospitalier seul.

Aucun stage dans la population étudiée n'a permis la pose de D.I.U plus fréquente. Il est également discuté la demande d'apprentissage sur mannequin de simulation. Des travaux de thèse sont en cours sur le sujet, pour évaluer la pose de D.I.U par des internes de médecine générale ayant déjà pratiqué la technique sur des patientes. Les contraintes d'effectifs des promotions et budgétaires ne peuvent pas être niées. Le cadre d'utilisation du simulateur reste à définir.

Il a été proposé dans notre étude la réalisation de stages « satellite » ou de courte durée. Un interne en stage ambulatoire pourrait compléter sa formation par des activités au sein de la PMI, d'un service de maternité ou de consultation d'urgences gynécologiques.

Cela nécessiterait des aménagements et une coopération des services hospitaliers et des stages mère enfant en ambulatoire. La proximité de travail sur cet axe pourrait être génératrice de rapprochements pour élaborer un socle commun, un référentiel de formation unique pour tous les terrains de stage mère enfant sur le département de médecine générale de Poitiers.

Dans les commentaires, certains internes semblent associer un haut degré de compétences au vécu en stage ou à son expérience personnelle.

- Le fait de varier les offres de stages et les compléter pourrait améliorer cette perception ou le sentiment de frustration parfois ressenti dans les commentaires des internes qui n'ont pas eu accès à un certain type d'exercice ou d'informations.
- La demande de cours « pratique » était présente dans plusieurs commentaires. Les internes semblent demandeurs de communication ciblées sur le thème de la santé sexuelle et de la génitalité.

Les internes ont fait part des autres modes de formation auxquels ils ont eux-mêmes recours :

- Une formation de type DU (Diplôme Universitaire)

- Des formations via le syndicat des internes, le MFPF (Mouvement Français pour le Planning Familial),
- Les Structures locales de Formation Médicale Continue pour les internes en poste en ambulatoire.

IV.4 Les perspectives

La présentation de ce travail aux maîtres de stage mère enfant permettrait d'ouvrir la discussion, une attitude réflexive en matière de pédagogie médicale. Ce travail met en exergue les compétences sur lesquelles l'interne s'autoévalue comme non compétent. Des solutions individuelles et collectives pourraient être recherchées pour aborder ces thèmes via le cadre des GEAPI (Groupes d'Echange et d'Analyse des Pratiques entre Internes) ou au sein du stage mère enfant.

Des états des lieux des connaissances et d'auto-évaluation des compétences ont été faits.

Il existe trois voies d'approfondissement :

- l'évaluation objective des compétences auprès des étudiants grâce à l'examen de type ECOS. Ce projet demanderait plusieurs étapes de mise en œuvre notamment une grille d'examen à établir via une consultation d'experts pour qu'elle puisse être une situation représentative de tous les savoir agir à mettre en œuvre pour la résoudre.
- Le référentiel de formation en stage mère enfant, deuxième étape après ce travail pour obtenir une grille de compétences à acquérir qui soit le socle commun de tout maître de stage mère enfant en Poitou-Charentes. Deux documents pourraient aider à sa réalisation
 - Le référentiel métier et compétences élaboré en 2012 lors du travail de Thèse du Dr. Belkebir (24).
 - « L'élaboration de critères objectifs d'approbation des projets pédagogiques des stages hospitaliers par méthode DELPHI » Thèse du Dr Jedat (50).
- Des travaux exploratoires sur la manière d'aborder la santé sexuelle en consultation. Il s'agit de déterminer un cadre précis et des aides techniques pour conduire à la compétence en la matière et rester dans une attitude professionnelle (2).

V. CONCLUSION

V.1 Synthèse des résultats

Les internes de médecine générale en région Poitou-Charentes s'autoévaluent comme compétents dans 6 des 23 compétences (27%) soumises à l'auto-évaluation dans les thèmes de santé sexuelle et génitalité.

En analyse en sous-groupes par type de stage mère enfant réalisé cette proportion augmente pour les internes des groupes « stage mère enfant en gynécologie en milieu hospitalier » (16/23), ambulatoire (13/23) et en PMI (12/23). Ces trois groupes obtiennent des moyennes d'auto-évaluation supérieures aux groupes « stage mère enfant non réalisé », « stage couplé de gynécologie et pédiatrie en milieu hospitalier » et « stage de pédiatrie en milieu hospitalier » dans toutes les compétences soumises à auto-évaluation. Cette différence est significative pour 18 des 23 compétences. Les stages mère enfant « couplé de gynécologie et pédiatrie en milieu hospitalier » ($m=3.22 \pm 1.47$) et « pédiatrie en milieu hospitalier » ($m=2.28 \pm 1.47$) ne permettent pas selon l'auto-évaluation des internes de l'échantillon d'acquérir les compétences en santé sexuelle et génitalité.

La moyenne d'auto-évaluation générale du stage mère enfant n'est pas en faveur de l'acquisition des compétences de santé sexuelle et génitalité

Certaines thématiques restent peu abordées quel que soit le stage mère enfant réalisé comme la thématique de l'allaitement maternel ($m=3.41 \pm 1.06$), les IVG ($m=3.41 \pm 1.06$), les situations liées au dépistage des néoplasies mammaires ($m=3.84 \pm 0.84$), cervico-utérines ($m=3.77 \pm 0.86$), et ovariennes ($m=2.92 \pm 0.92$), ainsi que les situations de patientes en ménopause et péri-ménopause ($m=3.15 \pm 1.00$).

Les actes pose de l'implant sous-cutané ($p=9.72^{E-6}$), son retrait ($p=0.050$), le toucher vaginal ($p=0,0005$), et l'examen du col utérin au spéculum ($p=0,0003$) sont davantage pratiqués en stage de gynécologie en milieu hospitalier par rapport aux autres stages. La différence est significative.

Aucun stage dans l'échantillon étudié ne favorise la pose de D.I.U. La différence de fréquence de réalisation des actes entre internes de sexe masculin et féminin est significative pour le toucher vaginal ($p=0,005$) et (examen au spéculum $p=0.002$). Ils sont plus fréquemment réalisés par les internes de sexe féminin.

Ces résultats sont cohérents avec l'étude de 2011 qui a eu lieu en Poitou-Charentes sur les connaissances et savoir-faire déclarés des internes en matière de contraception (27). Depuis 2011, des nouveaux types de stage mère enfant ont été mis en place, notamment les stages en ambulatoire et en PMI. Une progression de la fréquence des actes techniques est constatée entre les deux études, pour la pose de D.I.U 46% (72/156) dans cette étude contre 34.5% (38/110) en 2011 et pour la pose d'implant contraceptif 59% (92/156) contre 50.9% (56/110) en 2011. La méthode BERCER (méthode de prescription de la contraception proposée par l'OMS) est plus connue par les internes de notre étude. En 2011, 10% des internes (11/110) connaissaient cette méthode. Dans notre étude 25.6% des internes (40/156) déclarent la connaître pas. Pour mettre en perspective ces résultats il est important de rappeler que la proportion d'internes en TCEM1 était plus faible dans notre étude que dans l'étude de 2011.

La progression dans ces actes techniques relevée à travers les réponses des étudiants peut être imputée en partie à l'impact des nouveaux stages mère enfant en ambulatoire, les formations qui se sont développées au sein du syndicat des internes de la région (CRP-IMG), du planning familial (MFPF) ainsi que la formation de DU de gynécologie réalisée par certaines internes de médecine générale.

Le manque de mise en situation et de contextualisation en médecine générale pourrait être un frein à l'acquisition des compétences en santé sexuelle et génitalité des médecins généralistes. 67% des internes (91/135) ont réalisé des consultations seuls pendant leur semestre mère enfant. 38% des internes (52/137) ont eu des moments de mise au point avec leur responsable pédagogique. Le contexte de médecine générale était évoqué pour 39% des internes (53/137).

Ce questionnaire a ses limites. Il a permis une estimation de l'auto-évaluation des compétences de l'échantillon des internes qui ont répondu. Cela implique un biais de non réponse des étudiants qui se sentent moins concernés par le sujet parce qu'ils n'ont pas effectué le stage mère enfant ou ont moins d'habiletés dans le domaine.

Il a permis de donner des informations importantes sur les conditions d'apprentissage des internes en stage mère enfant.

V.2 Propositions

Les internes ont la chance de disposer de terrains de stages mère enfant aux spécifiques qui permettent pour certains d'acquérir les compétences en santé sexuelle et génitalité. Nous ne pouvons pas conclure au vu des résultats à l'acquisition de ces compétences pour l'ensemble des internes.

Le Département de Médecine Générale a tout intérêt à poursuivre la diversification de ces terrains spécifiques pour permettre à l'étudiant de construire sa compétence. Cependant les terrains spécifiques ne permettent pas comme nous l'avons constaté dans l'échantillon de l'étude d'acquérir les compétences en santé sexuelle et génitalité qui font partie des référentiels métiers décrits pour le médecin généraliste. Le Département de Médecine Générale doit s'appuyer sur la coopération de tous les lieux de stage mère enfant pour offrir la possibilité de compléter l'activité « classique » du terrain de stage concerné.

Certaines constatations faites dans cette étude et les propositions des internes pourraient être prises en compte :

- La préparation de contenus courts et pratiques en lien avec la pratique de la médecine générale dans les thématiques de santé sexuelle et génitalité. Cela nécessiterait la coopération des lieux de stage d'un même département autour du lieu de stage hospitalier par exemple. Cela nécessiterait l'élaboration conjointe de contenus par les maîtres de stage ambulatoire, PMI et gynécologues obstétriciens.

- Il pourrait être demandé la participation des étudiants à la préparation de ces contenus, de formuler des demandes ou de préparer la présentation de situations cliniques. Certains internes proposaient la préparation de jeux de rôles.

Des propositions pour pallier le manque de contextualisation en médecine générale dans certains stages pourraient être faites :

- Encourager la réalisation de consultations en supervision directe et indirecte dans les terrains de stages où elle ne se pratique pas encore.
- Permettre la réalisation de stages de courte durée pour compléter l'apport du stage mère enfant comme par exemple l'accès à la PMI pour les étudiants en milieu hospitalier ou l'accès à certains domaines hospitaliers pour les internes en stage en ambulatoire.

V.3 Des perspectives de recherche

Il existe trois axes d'approfondissement :

- l'évaluation objective des compétences auprès des étudiants grâce à l'examen de type ECOS.
- Le référentiel de formation en stage mère enfant, élaboré par un collège d'expert formé de médecins généralistes, médecins spécialiste en pédiatrie, en gynécologie médicale et obstétrique.
- Des travaux exploratoires sur la manière d'aborder la santé sexuelle en consultation. Il s'agit de déterminer un cadre précis et des aides techniques pour conduire à la compétence en la matière et rester dans une attitude professionnelle (2).

Quel que soit le devenir de ces préconisations, il est nécessaire de garder à l'esprit trois priorités :

- adapter l'apprentissage en santé sexuelle et génitalité à la médecine générale par voie de cours de complément ou dans la mise en situation en stage.
- professionnaliser l'abord des questions santé sexuelle avec les patients, connaître le cadre dans lequel nous devons aborder ces questions (prévention, éducation, conseil, soutien).
- Aborder toutes questions qui pourraient être un obstacle à l'objectivité de soins de l'interne en apprentissage en raison de ses convictions personnelles en matière de santé sexuelle et d'IVG (41).

J'invoque l'article 7 du code de déontologie : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances* » (42).

Lexique

Degré de signification p ou valeur-p	Si la valeur-p est inférieure à un seuil prédéfini, on rejette l'hypothèse nulle (H_0) en faveur de l'hypothèse alternative, et le résultat du test est déclaré « statistiquement significatif ». Dans le cas contraire, si la valeur-p est supérieure au seuil, on ne rejette pas l'hypothèse nulle, et on ne peut rien conclure quant aux hypothèses formulées.
Puissance P	La probabilité de rejeter l'hypothèse nulle, face à une hypothèse alternative, alors qu'elle est fausse.
Risque de 2 ^{ème} espèce	La valeur complémentaire à 1 de la puissance P, c'est-à-dire la probabilité de ne pas rejeter l'hypothèse nulle alors que l'hypothèse alternative est vraie. Elle se note conventionnellement β : $\beta=1-P$
Soins Primaires	Soins de premier recours accessibles à tous les individus. Prestation de soins offerte par des médecins pour répondre à la majorité des besoins de soins en santé individuelle et de plaintes indifférenciées. Un médecin en situation de soins primaires pratique dans une communauté et entretient une relation prolongée avec ses patients et leur famille (51). La notion de soins primaires implique une hiérarchisation des soins avec les soins secondaires des autres spécialités et les soins tertiaires hospitaliers. Les soins primaires doivent être efficaces en termes d'économie de santé.
Santé sexuelle	Le terme de santé sexuelle complète depuis 2005 la définition de la santé énoncée par l'OMS en 1946 (9). Il est précisé : « <i>La santé sexuelle est l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonction, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus.</i> » (2).

Abréviations

CNGE	Conseil National des généralistes Enseignants
CRP IMG	Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes en Médecine Générale
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DMG	Département de Médecine Générale
ECOS	Examen Clinique Objectif et Structuré
IST	Infection Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MFPP	Mouvement Français pour le Planning Familial
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PMI	Protection Maternelle Infantile
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience acquise
TCEM	Troisième Cycle des Etudes Médicales
WAS	World Association of Sexology
WONCA	World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioner/Family Physicians. En français: Organisation Mondiale de la Médecine de Famille.

Résumé & Mots-clés

RESUME :

Introduction : Les motifs « gynécologiques » de consultation sont fréquents en médecine ambulatoire et requièrent des compétences spécifiques.

Matériel et Méthode : Etude descriptive de l'auto-évaluation des compétences en santé sexuelle et génitalité par questionnaire anonyme aux internes de médecine générale des promotions 2011 à 2015 dans la région Poitou-Charentes.

Résultats : 156 internes ont été inclus et s'autoévaluent comme compétents dans 6/23 compétences interrogées (27%). Cette proportion augmente en sous-groupes en « gynécologie en milieu hospitalier » (16/23), en ambulatoire (13/23) et en PMI (12/23). Leur auto-évaluation est supérieure aux groupes « stage mère enfant non réalisé », « stage couplé gynécologie et pédiatrie en hospitalier » et « stage hospitalier de pédiatrie ». La différence est significative dans 18/23 compétences. Les stages mère enfant « couplé hospitalier » et « pédiatrie hospitalier » ne s'autoévaluent pas comme compétents dans cette étude.

Le milieu hospitalier et la gynécologie favorisent l'apprentissage des actes techniques comme le toucher vaginal, l'examen au spéculum et la pose de l'implant contraceptif. Aucun stage ne favorise la pose de D.I.U de manière significative.

Pour les conditions d'apprentissage, le contexte de médecine générale est évoqué pour 39% des internes (53/137). 67% des internes (91/135) ont réalisé des consultations en autonomie.

Conclusion : Il existe un manque de compétences déclaré par les internes. La pratique de la gynécologie en stage entraîne une différence significative d'acquisition des compétences. L'enquête présente les conditions d'apprentissage des internes. Des propositions sont faites pour améliorer l'acquisition de compétences en stage mère enfant via la mutualisation des moyens hospitaliers et ambulatoires.

MOTS CLES :

Apprentissage, internes de médecine générale, compétence clinique, santé sexuelle, santé reproductive, génitalité.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Médecins pour la santé, Une stratégie mondiale de l'OMS pour la réorientation de l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous. 1996
2. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. J Psychol. 2007;250(7):56
3. Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2015 janv p. 196-8, 234-7.
4. INSEE. Médecins suivant le statut et la spécialité en 2015. Institut National Statistique et des Etudes Economiques; 2016.
5. INSEE. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2016, France métropolitaine. Institut National Statistique et des Etudes Economiques; 2016.
6. Société française de médecine générale. Observatoire de médecine générale. Classement des 50 résultats de consultations les plus fréquents par patients pour les femmes pour l'année 2009 Disponible sur: <http://omg.sfmng.org>
7. Définition de GÉNITALITÉ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr>
8. GÉNITAL : Définition de GÉNITAL [Internet]. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr>
9. Agence Régionale de Santé. Promotion de la Santé et prévention Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr>
10. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2013;24(108):165-9.
11. Matillon Y, Mission d'Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé au ministère de la santé et des sports, Collège National des généralistes enseignants, Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiels métiers et compétences, Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Berger Levrault; 2010. 155 p.
12. Bernard Jean-Louis, Reyes Pierre. Apprendre, en médecine (1ère partie). Pédagogie Médicale Rev Int Francoph D'éducation Médicale. août 2001;2(3):163-9.
13. Jouquan Jean, Bail Philippe. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? Pédagogie Médicale Rev Int Francoph D'éducation Médicale. août 2003;4(3):163-75.
14. CNGE. Référentiels métiers et compétences, médecins généralistes, [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.nice.cnge.fr>
15. Blanpain Nathalie. Du référentiel d'emploi au référentiel de formation [Internet]. Centre INFFO; 2009 Disponible sur: <http://www.centreinfo.fr>

16. Bidault F, Leveque J, Broux P-L, Grall J-Y, Honnorat C. Création d'objectifs d'apprentissage pratique et leur confrontation à la réalité pédagogique d'une unité de gynécologie : l'expérience rennaise. *Pédagogie Médicale*. mai 2002;3(2):74-80.
17. Langevin S, Hivon R. En quoi l'externat ne s'acquitte-t-il pas adéquatement de son mandat pédagogique ? Une étude qualitative fondée sur une analyse systématique de la littérature. *Pédagogie Médicale*. févr 2007;8(1):7-23.
18. Tsatsaris V., Barranger E. Compte rendu de la VIIIème Réunion Européenne des Obstétriciens et Gynécologues en formation. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1999;28:81-3.
19. Agopiantz M, Scheffler F, et al. Enseignement théorique du Diplôme d'études spécialisées de gynécologie médicale en France : évaluation nationale. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. janv 2015;43(1):25-32.
20. Ascencio M, Subtil D, Cosson M, Didier M, Deruelle P. État des lieux de l'utilisation professionnelle d'Internet dans une promotion d'internes en gynécologie obstétrique à Lille en 2005. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2007;36(8):799-806.
21. Mesdag V, Bot-Robin V, Deruelle P, Rubod C. État des lieux de l'enseignement en gynécologie-obstétrique en France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com>
22. Levêque J, Waddell G, Charlin B, Grand'Maison P, Grall J-Y, Rioux C. Les ressources pédagogiques d'un service hospitalier de Gynécologie-Obstétrique. / [Internet]. 8 mars 2008; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com>
23. Département de médecine générale de Lille. Objectifs de stage de gynéco obstétrique pour les internes de médecine [Internet]. Disponible sur: <http://medecine.univ-lille2.fr>
24. Belkebir R. Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus, La gynécologie en situation de soins primaires: UFR Poitiers; 2012.
25. Ploteau S, Winer N, Barrier J, Rogez J-M, Philippe H-J. Évaluation des enseignements et des enseignants par les externes lors d'un stage clinique dans un service de gynécologie-obstétrique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2007;36(8):807-16.
26. Muller M, et al. Évaluation quantitative de l'enseignement pratique des étudiants hospitaliers en gynécologie-obstétrique au CHU de Brest. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. oct 2011;40(6):564-8.
27. Grandcolin S, Du Breuillac J, Birault F, Gomes J. Connaissances et savoir-faire déclarés des internes de médecine générale en matière de contraception : une étude menée en subdivision d'internat de Poitou-Charentes (France). *Pédagogie Médicale*. févr 2014;15(1):53-60.
28. Descargues G. Evaluation de la formation initiale de la compétence clinique en Gynécologie, basée sur l'observation de la performance par l'examen clinique objectif & structuré (ECOS). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2001;(30):257-64.
29. CHU Rouen SCism. CiSMef, Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française [Internet]. Disponible sur: <http://www.chu-rouen.fr/cismef>
30. NCBI. MeSH - National Center for Biotechnology Information [Internet]. [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

31. Inserm. Le MeSH bilingue anglais - français [Internet]. Disponible sur: <http://mesh.inserm.fr>
32. Haute Autorité de Santé - UE 2 : De la conception à la naissance - Pathologie de la femme Hérité L'enfant l'adolescent (21-52) [Internet]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
33. Frappé P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Fayr GP. Global Média Santé et CNGE. JOUVE: GM Santé; 2011. 216 p.
34. Bédard SK, G T, Larivière C. Processus de validation du questionnaire IPC65 : un outil de mesure de l'interdisciplinarité en pratique clinique. Santé Publique. 22 janv 2014;25(6):763-73.
35. Demeuse M. Echelle de Likert ou méthode de classement additionné [Internet]. Université de Bourgogne; 2004 Disponible sur: <http://iredu.u-bourgogne.fr>
36. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. Disponible sur: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv>
37. Rakotomalala R. Comparaison de populations- Tests non paramétriques. Tests Non Paramétriques Univ Lumière Lyon [Internet]. 2008 2. Disponible sur: <http://www.academia.edu>
38. Rakotomalala R. Comparaison de populations, Test paramétriques [Internet]. Université Lumière Lyon 2; 2013. Disponible sur: <http://eric.univ-lyon2.fr>
39. Baudot J. Test d'analyse de la variance à un facteur contrôlé [Internet]. Techniques et concepts de l'entreprise, de la finance et de l'économie (et fondements mathématiques).
40. Cadart M-L. L'enfant et la PMI, d'hier à aujourd'hui. Entre médical, social et politique. Inf Soc. 1 mai 2007;4/2007(140):52-63.
41. Clause de conscience du médecin. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr>
42. Code de la santé publique - Article R4127-7. Code de la santé publique.
43. Bethlehem J, Cobben F, Schouten B. Des indicateurs de la représentativité des réponses aux enquêtes. In: Recueil du Symposium international sur les questions de méthodologie [Internet]. 2008 Disponible sur: <https://www.researchgate.net>
44. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : Rev Fr Aff Soc. (1):17-33.
45. Code de la santé publique - Article L2111-1. Code de la santé publique.
46. Code de la santé publique - Article L2111-2. Code de la santé publique.
47. WONCA. La définition européenne de la médecine générale. 2002.
48. HAS. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé [Internet]. 2011 Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
49. Choisir une échelle paire ou impaire [Internet]. Disponible sur: <http://questionnaire-pro.fr>
50. JEDAT V. Elaboration de critères objectifs d'approbation des projets pédagogiques des stages hospitaliers par méthode DELPHI Poitiers; 2014. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr>
51. Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. Presse Médicale. mars 2013;42(3):258-60.

VI. Annexe 1 : Questionnaire complet

Auto-évaluation des compétences des internes de médecine générale en santé sexuelle et génitalité

Bonjour à tous et merci de participer à ce questionnaire.

Je réalise une thèse sur un thème de pédagogie médicale.

Il s'agit d'évaluer les conditions d'apprentissage en santé sexuelle et génitalité des internes de médecine générale du Poitou Charentes.

L'objectif principal est de faire un état des lieux de l'acquisition des compétences en santé et génitalité par les internes de médecine générale du Poitou Charentes.

L'objectif secondaire est de comparer les résultats en fonction du lieu de stage Mère-enfant.

Toutes vos réponses comptent!

Si vous n'avez pas encore réalisé le stage Mère enfant, ce test vous concerne aussi! Il est important pour nous de savoir à quelles situations vous avez été confronté(e)s en dehors des stages Mère enfant.

Il n'y a pas de jugement de valeur sur vos propres compétences, ni sur les encadrants. Nous cherchons à évaluer les conditions d'apprentissage en stage pour les faire progresser. Le questionnaire est anonyme, vous pourrez accéder aux résultats si vous le souhaitez. Vous pouvez me contacter par mail pour de plus amples informations.

Bon test! *Obligatoire

1. Quel stage Mère-enfant avez-vous réalisé? *Obligatoire

Les premières questions portent sur vos terrains de stage. Une seule réponse possible.

- stage hospitalier "couplé" gynécologie obstétrique & pédiatrie
- stage en service de gynécologie obstétrique hospitalier
- stage Mère-enfant en ambulatoire
- stage en protection maternelle infantile (PMI)
- stage en service hospitalier de pédiatrie
- je n'ai pas encore réalisé le stage Mère-enfant

2. Avez-vous réalisé un stage ambulatoire de niveau I ? * Plusieurs réponses possibles.

- oui
- oui avant le stage Mère-enfant
- oui après le stage Mère-enfant
- non
- je suis en stage de niveau I

3. Avez-vous réalisé un stage ambulatoire de niveau II ? *Plusieurs réponses possibles.

- oui
- oui avant le stage Mère-enfant
- oui après le stage Mère-enfant
- non
- je suis en stage de niveau II

Evaluation et recensement des savoir-faire

Répondez en fonction de ce que vous avez vu et fait pendant le stage Mère-enfant.

Si vous étiez en pédiatrie hospitalière ou si vous n'avez pas encore réalisé votre stage Mère enfant: précisez si vous avez déjà vu et fait ces examens au cours de vos autres stages.

4. Réaliser une palpation mammaire * Plusieurs réponses possibles.
 - j'ai observé la réalisation de cet acte
 - je ne l'ai jamais fait
 - je l'ai fait moins de 5 fois
 - je l'ai fait de 5 à 10 fois
 - je l'ai fait plus de 10 fois
 - Autre :
5. Réaliser un toucher vaginal * Plusieurs réponses possibles.
 - j'ai observé la réalisation de cet acte
 - je ne l'ai jamais fait
 - je l'ai fait moins de 5 fois
 - je l'ai fait de 5 à 10 fois
 - je l'ai fait plus de 10 fois
 - Autre :
6. Réaliser la pose d'un spéculum et examen du col utérin. *Plusieurs réponses possibles.
 - j'ai observé la réalisation de cet acte
 - je ne l'ai jamais fait
 - je l'ai fait moins de 5 fois
 - je l'ai fait de 5 à 10 fois
 - je l'ai fait plus de 10 fois
 - Autre :
7. Réaliser un frottis cervico-utérin * Plusieurs réponses possibles.
 - j'ai observé la réalisation de cet acte
 - je ne l'ai jamais fait
 - je l'ai fait moins de 5 fois
 - je l'ai fait de 5 à 10 fois
 - je l'ai fait plus de 10 fois
 - Autre :
8. Réaliser la pose d'un dispositif intra-utérin * Plusieurs réponses possibles.
 - j'ai observé la réalisation de cet acte
 - je ne l'ai jamais fait
 - je l'ai fait moins de 5 fois
 - je l'ai fait de 5 à 10 fois
 - je l'ai fait plus de 10 fois
 - Autre :
9. Réaliser le retrait d'un dispositif intra-utérin * Plusieurs réponses possibles.
 - j'ai observé la réalisation de cet acte
 - je ne l'ai jamais fait
 - je l'ai fait moins de 5 fois
 - je l'ai fait de 5 à 10 fois
 - je l'ai fait plus de 10 fois
 - Autre :
10. Réaliser la pose d'un implant sous-cutané * Plusieurs réponses possibles.
 - j'ai observé la réalisation de cet acte
 - je ne l'ai jamais fait
 - je l'ai fait moins 5 fois
 - je l'ai fait de 5 à 10 fois
 - je l'ai fait plus de 10 fois
 - Autre :

11. Réaliser le retrait d'un implant sous-cutané * Plusieurs réponses possibles.

- j'ai observé la réalisation de cet acte
- je ne l'ai jamais fait
- je l'ai fait moins de 5 fois
- je l'ai fait de 5 à 10 fois
- je l'ai fait plus de 10 fois
- Autre :

12. Réaliser la pose d'un anneau contraceptif * Plusieurs réponses possibles.

C'est à dire savoir comment se place un anneau vaginal et expliquer à une patiente comment le positionner par elle-même.

- j'ai observé la réalisation de cet acte
- je ne l'ai jamais fait
- je l'ai fait moins de 5 fois
- je l'ai fait de 5 à 10 fois
- je l'ai fait plus de 10 fois
- Autre :

13. Réaliser un toucher rectal * Plusieurs réponses possibles.

- j'ai observé la réalisation de cet acte
- je ne l'ai jamais fait
- je l'ai fait moins de 5 fois
- je l'ai fait de 5 à 10 fois
- je l'ai fait plus de 10 fois
- Autre :

14. Réaliser l'examen d'une patiente ayant des troubles de la statique pelvienne * Plusieurs réponses possibles.

- j'ai observé la réalisation de cet acte
- je ne l'ai jamais fait
- je l'ai fait moins de 5 fois
- je l'ai fait de 5 à 10 fois
- je l'ai fait plus de 10 fois
- Autre :

15. Réaliser la pose d'un pessaire * Plusieurs réponses possibles.

C'est à dire savoir comment se place un pessaire et expliquer à une patiente comment le positionner par elle-même.

- j'ai observé la réalisation de cet acte
- je ne l'ai jamais fait
- je l'ai fait moins de 5 fois
- je l'ai fait de 5 à 10 fois
- je l'ai fait plus de 10 fois
- Autre :

16. Avez-vous des commentaires, des suggestions à faire sur l'apprentissage et la pratique technique lors de votre stage Mère-enfant?

Auto-évaluation des compétences en santé sexuelle et génitalité

Les questions suivantes portent sur les compétences en santé sexuelle et génitalité du médecin généraliste. Dites-nous si vous vous sentez compétent(e) dans les situations suivantes.

Répondez en fonction de votre degré d'accord (selon l'échelle de Lickert: 1 pas du tout d'accord, 2 plutôt pas d'accord, 3 ni en désaccord ni en accord, 4 plutôt d'accord, 5 tout à fait d'accord).

Situations autour d'un projet de grossesse

17. Vous sentez-vous compétent(e) dans la situation clinique: Femme de 36 ans primipare venant en consultation suite à un test urinaire de grossesse positif, suite à un arrêt volontaire de pilule depuis 8 mois. * Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

18. Vous sentez-vous compétent(e) dans le suivi d'une grossesse physiologique? *

La grossesse physiologique désigne la grossesse spontanée non compliquée. Le suivi concerne toutes les dimensions du soin, l'application des recommandations, les conseils hygiéno-diététiques, etc... Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

19. Vous sentez-vous compétent(e) dans l'identification d'une grossesse non physiologique? *

La grossesse non physiologique, grossesse qui nécessite une prise en charge spécifique. Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

20. Vous sentez-vous compétent(e) dans l'orientation d'une grossesse non physiologique? *

Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

21. Vous sentez-vous compétent(e) dans le suivi d'une patiente en post partum? *

Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

22. Vous sentez-vous compétent(e) dans l'accompagnement de l'allaitement maternel? *

Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

23. Avez-vous des commentaires à faire sur l'acquisition des compétences visant les situations de projet de grossesse?

Situations de prescription et conseils sur toutes formes de contraception

24. Vous sentez-vous compétent(e) dans la consultation pour première contraception en dehors d'un contexte d'urgence? *Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

25. Vous sentez-vous compétent(e) dans la gestion de tous types de contraception hormonale et mécanique en dehors d'un contexte d'urgence? * Plusieurs réponses possibles. Cette question concerne l'information sur les moyens de contraception, le suivi, la prescription et l'éducation.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

26. Connaissez-vous la méthode BERCER? * Plusieurs réponses possibles.

Méthode de prescription de la contraception proposée par l'OMS, Acronyme de Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

- oui
- non
- Autre :

27. Vous sentez-vous compétent(e) dans la gestion des dispositifs intra utérin hors contexte d'urgence? * Plusieurs réponses possibles. Cette question regroupe l'information, la prescription, le suivi et l'éducation autour des dispositifs intra utérin.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

28. Vous sentez-vous compétent(e) dans les consultations de demande de moyens de contraception d'urgence? * Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

29. Vous sentez-vous compétent(e) pour aborder la sexualité dans le contexte d'un motif de consultation pour contraception? * Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

30. Avez-vous des commentaires ou des suggestions à faire sur l'apprentissage dans les situations liées à la contraception?

Situations de demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG)

31. Vous sentez-vous compétent(e) dans les consultations de demande d'IVG ? * Cela implique de connaître le cadre légal des IVG, les différentes méthodes.

Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

32. Avez-vous des commentaires ou des suggestions à faire sur l'apprentissage dans les situations liées à une demande d'IVG?

Situations de demande programmée ou non de plaintes indifférenciées d'origine gynécologique probable

33. Vous sentez-vous compétent(e) dans les situations de patientes qui consultent pour des pertes vaginales, une sensation d'inconfort, de brûlures vulvo-vaginales ou de prurit?

*Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

34. Vous sentez-vous compétent(e) dans les situations de patientes qui consultent pour des douleurs abdomino-pelviennes? * Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

35. Vous sentez-vous compétent(e) dans les situations de patientes qui consultent pour des troubles du cycle menstruel? * Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

36. Avez-vous des commentaires ou des suggestions à faire sur l'apprentissage dans les situations liées à des plaintes indifférenciées?

Situations autour de la prévention, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles

37. Vous sentez-vous compétent(e) dans la prévention des infections sexuellement transmissibles? * Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

38. Vous sentez-vous compétent(e) dans les situations de couples qui consultent pour une (des) infection(s) sexuellement transmissible(s) ? *Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

39. Avez-vous des commentaires ou des suggestions à faire sur l'apprentissage dans les situations liées aux infections sexuellement transmissibles?

Situations de dépistage des cancers mammaires et gynécologiques en fonction des niveaux de risque de la femme

40. Vous sentez-vous compétent(e) dans les situations de dépistage de cancers mammaires en fonction des niveaux de risque de la patiente? * Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

41. Vous sentez-vous compétent(e) dans les situations de dépistage de cancers cervicaux et utérins en fonction des niveaux de risque de la patiente? * Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

42. Vous sentez-vous compétent(e) dans les situations de dépistage de cancers ovariens en fonction des niveaux de risque de la patiente? * Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

43. Avez-vous des commentaires ou des suggestions à faire sur l'apprentissage dans les situations liées au dépistage des cancers mammaires et de l'appareil génital féminin?

Situations autour de la femme en péri-ménopause ou ménopause

44. Vous sentez-vous compétent(e) dans les situations de patiente en péri ménopause ou ménopause? *Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

45. Vous sentez-vous compétent(e) dans l'analyse avec les patientes des bénéfices et des risques d'administration d'un traitement hormonal substitutif? * Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

46. Vous sentez-vous compétent(e) pour aborder la sexualité dans ce contexte? * Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- je n'ai pas été confronté(e) à cette situation

47. Avez-vous des commentaires ou des suggestions à faire sur l'apprentissage dans les situations liées à la ménopause?

48. Etes-vous ou avez-vous été en stage Mère-enfant? * Une seule réponse possible.

La fin du test diffère en fonction de cette réponse, c'est bientôt terminé!

- Oui, *renvoi à la question 49*
- Non, *renvoi à la question 70*

Les conditions d'apprentissage

Cette partie du questionnaire traite des conditions d'apprentissage que vous avez rencontrées au cours de votre semestre Mère enfant. N'hésitez pas à faire des remarques si vous le souhaitez. Grâce à vos réponses, nous pourrions faire des propositions pour optimiser les conditions d'apprentissage

49. Avez-vous réalisé des consultations? * Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non
- J'aurais souhaité faire des consultations
- Les consultations m'ont permis de progresser en médecine générale
- Les consultations ne m'ont pas permis de progresser en médecine générale
- Autre :

50. Avez-vous été mis(e) en situation en service de maternité? * Plusieurs réponses possibles.

Prise en charge de la patiente en post-partum et du nouveau-né

- Oui
- Non
- J'aurais souhaité des activités en service de maternité
- cela m'a permis de progresser en médecine générale
- cela ne m'a pas permis de progresser en médecine générale
- Autre :

51. Avez-vous été mis(e) en situation en salle de naissance? * Plusieurs réponses possibles.

Suivi des patientes en travail, pratique d'un accouchement (assistée ou non)

- Oui
- Non
- J'aurais souhaité intervenir en salle de naissance
- cela m'a permis de progresser en médecine générale
- cela ne m'a pas permis de progresser en médecine générale
- Autre :

52. Avez-vous été mis(e) en situation au bloc chirurgical? *Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non
- J'aurais souhaité être mis(e) en situation au bloc chirurgical
- cela m'a permis de progresser en médecine générale
- cela ne m'a pas permis de progresser en médecine générale
- Autre :

53. Avez-vous participé à des réunions entre praticiens ou des revues de dossiers? *Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non
- J'aurais souhaité y participer
- cela m'a permis de progresser en médecine générale
- cela ne m'a pas permis de progresser en médecine générale
- Autre :

54. Avez-vous participé à des activités ayant trait aux soins paramédicaux et aux activités sociales? * Plusieurs réponses possibles. Cela concerne les soins de puériculture, et l'exercice en coopération avec les autres professionnels de santé et les services sociaux.

- Oui
- Non
- J'aurais souhaité être mis(e) dans cette situation
- cela m'a permis de progresser en médecine générale
- cela ne m'a pas permis de progresser en médecine générale
- Autre :

55. Avez-vous participé à des "visites pédagogiques"? *Plusieurs réponses possibles.
- Oui
 - Non
 - j'aurais souhaité être mis(e) dans cette situation
 - cela m'a permis de progresser en médecine générale
 - cela ne m'a pas permis de progresser en médecine générale
 - Autre :
56. Avez-vous participé à des temps d'enseignement relatifs à la gynécologie et à l'obstétrique ou à la pédiatrie pour les internes ayant fait un stage hospitalier en pédiatrie ? *Plusieurs réponses possibles.
- Oui
 - Non
 - j'aurais souhaité participer à des temps d'enseignement
 - cela m'a permis de progresser en médecine générale
 - cela ne m'a pas permis de progresser en médecine générale
 - Autre :
57. Aviez-vous un responsable pédagogique identifié? *Plusieurs réponses possibles.
- Oui
 - Non
 - j'aurais souhaité un responsable pédagogique identifié
 - cela m'a permis de progresser en médecine générale
 - cela ne m'a pas permis de progresser en médecine générale
 - Autre :
58. Aviez-vous des moments de débriefings avec votre responsable pédagogique? *
- Plusieurs réponses possibles.
- Oui
 - Non
 - j'aurais souhaité des moments de débriefings au cours du stage
 - cela m'a permis de progresser en médecine générale
 - cela ne m'a pas permis de progresser en médecine générale
 - Autre :
59. Des objectifs d'apprentissage ou d'acquisition de compétences vous ont-ils été présentés? *
- Plusieurs réponses possibles.
- Oui
 - Non
 - j'aurais souhaité une présentation d'objectifs
 - cela m'a permis de progresser en médecine générale
 - cela ne m'a pas permis de progresser en médecine générale
 - Autre :
60. Le contexte de médecine générale était-il évoqué par les responsables pédagogiques de manière formelle ou informelle? *Plusieurs réponses possibles.
- Oui
 - Non
 - je l'aurais souhaité
 - cela m'a permis de progresser en médecine générale
 - cela ne m'a pas permis de progresser en médecine générale
 - Autre :
61. Souhaitez-vous répondre à la partie optionnelle du questionnaire sur les conditions d'apprentissage? 9 petites questions pour préciser les conditions d'apprentissage du stage Mère enfant. Une seule réponse possible.
- Oui, volontiers, *renvoi à la question 62*
 - Non merci, *renvoi à la question 70*

Les conditions d'apprentissage (suite & fin)

Dans cette partie (merci d'avoir continué). Nous vous demandons d'évaluer le temps passé dans chaque activité interrogée précédemment.

62. Quelle proportion de votre stage ont représenté les consultations?

*Une seule réponse possible.

- aucune
- moins de 1 demi-journée par semaine
- 1 demi-journée par semaine
- moins de 3 demi-journées par semaine
- de 3 à 5 demi-journées par semaine
- plus de 5 demi-journées par semaine

63. Quelle proportion de votre stage ont représenté les activités en service de maternité?

*Une seule réponse possible.

- aucune
- moins de 1 demi-journée par semaine
- 1 demi-journée par semaine
- moins de 3 demi-journées par semaine
- de 3 à 5 demi-journées par semaine
- plus de 5 demi-journées par semaine

64. Quelle proportion de votre stage ont représenté les activités en salle de naissance?

*Une seule réponse possible.

- aucune
- moins de 1 demi-journée par semaine
- 1 demi-journée par semaine
- moins de 3 demi-journées par semaine
- de 3 à 5 demi-journées par semaine
- plus de 5 demi-journées par semaine

65. Quelle proportion de votre stage ont représenté les activités au bloc chirurgical?

*Une seule réponse possible.

- aucune
- moins de 1 demi-journée par semaine
- 1 demi-journée par semaine
- moins de 3 demi-journées par semaine
- de 3 à 5 demi-journées par semaine
- plus de 5 demi-journées par semaine

66. Quelle proportion de votre stage ont représenté les réunions entre praticiens ou des revues de dossiers? * Une seule réponse possible.

- aucune
- moins de 1 demi-journée par semaine
- 1 demi-journée par semaine
- moins de 3 demi-journées par semaine
- de 3 à 5 demi-journées par semaine
- plus de 5 demi-journées par semaine

67. Quelle proportion de votre stage ont représenté les activités paramédicales et sociales?

*Une seule réponse possible.

- aucune
- moins de 1 demi-journée par semaine
- 1 demi-journée par semaine
- moins de 3 demi-journées par semaine
- de 3 à 5 demi-journées par semaine
- plus de 5 demi-journées par semaine

68. Quelle proportion de votre stage ont représenté les "visites pédagogiques"?

*Une seule réponse possible.

- aucune
- moins de 1 demi-journée par semaine
- 1 demi-journée par semaine
- moins de 3 demi-journées par semaine
- de 3 à 5 demi-journées par semaine
- plus de 5 demi-journées par semaine

69. Quelle proportion de votre stage ont représenté les temps d'enseignements relatifs à la gynécologie et à l'obstétrique ou à la pédiatrie pour les internes ayant fait un stage hospitalier en pédiatrie? *Une seule réponse possible.

- aucune
- moins de 1 demi-journée par semaine
- 1 demi-journée par semaine
- moins de 3 demi-journées par semaine
- de 3 à 5 demi-journées par semaine
- plus de 5 demi-journées par semaine

Qui êtes-vous?

Dernières questions pour établir des données en fonction de votre profil. C'est le moment de livrer aussi votre ressenti sur le stage Mère enfant.

70. Quel âge avez-vous? Une seule réponse possible.

- 20/25 ans
- 26/31 ans
- 32/37 ans
- Autre :

71. De quel sexe êtes-vous ? Une seule réponse possible.

- Femme
- Homme
- Autre :

72. De quelle promotion de médecine générale êtes-vous? * Une seule réponse possible.

- 2015
- 2014
- 2013
- 2012
- 2011
- Autre :

73. Poitiers était-elle la ville de votre externat? Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre :

74. Le stage Mère enfant m'a permis d'acquérir les compétences du médecin généraliste relatives à la santé sexuelle et la génitalité? Répondez en fonction de votre degré d'accord. *Plusieurs réponses possibles.

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- ni en désaccord ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- autre

75. Avez-vous des remarques, des suggestions, des faits à me transmettre sur le déroulement de votre stage Mère enfant?

Merci de votre participation! Bonne journée

VII. Annexe 2. Actes techniques

VII.1 Comparaison des stages mère enfant avec pratique de la gynécologie

	Ensemble n = 81	Gynécologie Obstétrique Hospitalier	Couplé Gynéco Pédia Hospitalier	Ambulatoire	PMI	p-value Fisher exact
		47 (58,0%)	12 (14,8%)	15 (18,5%)	7 (8,6 %)	
Palpation mammaire						
n	81	47	12	15	7	0.69
<5	8 (9,9%)	4 (8,5%)	1 (8,3%)	2 (13,3%)	1 (14,3%)	
<=5-10	21 (25,9%)	10 (21,3%)	3 (25,0%)	5 (33,3%)	3 (42,9%)	
>=10	52 (64,2%)	33 (70,2%)	8 (66,7%)	8 (53,4%)	3 (42,9%)	
Toucher vaginal						
n	81	47	12	15	7	0.0005
<5	2 (2,5%)	1 (2,1%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	
<=5-10	11 (13,6%)	1 (2,1%)	2 (16,7%)	4 (26,7%)	4 (57,1%)	
>=10	68 (84,0%)	45 (95,7%)	10 (83,3%)	10 (66,7%)	3 (42,9%)	
Spéculum Col utérin						
n	81	47	12	15	7	0.0003
<5	1 (1,2%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
<=5-10	8 (9,9%)	0 (0,0%)	2 (16,7%)	4 (26,7%)	2 (28,6%)	
>=10	72 (88,9%)	47 (100,0%)	9 (75,0%)	11 (73,3%)	5 (71,4%)	
Frottis CU						
n	81	47	12	15	7	0.056
<5	9 (11,1%)	5 (10,6%)	1 (8,3%)	2 (13,3%)	1 (14,3%)	
<=5-10	13 (16,0%)	4 (8,5%)	2 (16,7%)	3 (20,0%)	4 (57,1%)	
>=10	59 (72,8%)	38 (80,9%)	9 (75,0%)	10 (66,7%)	2 (28,6%)	
Pose DIU						
n	81	47	12	15	7	0.43
<5	40 (49,4%)	19 (40,4%)	7 (58,3%)	9 (60,0%)	5 (71,4%)	
<=5-10	19 (23,5%)	12 (25,5%)	3 (25,0%)	2 (13,3%)	2 (28,6%)	
>=10	22 (27,2%)	16 (34,0%)	2 (16,7%)	4 (26,7%)	0 (0,0%)	
Retrait DIU						
n	81	47	12	15	7	0.38
<5	35 (43,2%)	16 (34,0%)	5 (41,7%)	9 (60,0%)	5 (71,4%)	
<=5-10	18 (22,2%)	11 (23,4%)	4 (33,3%)	2 (13,3%)	1 (14,3%)	
>=10	28 (34,6%)	20 (42,6%)	3 (25,0%)	4 (26,7%)	1 (14,3%)	
Pose implant SC						
n	81	47	12	15	7	4.56 ^{e-6}
<5	27 (33,3%)	5 (10,6%)	8 (66,7%)	8 (53,4%)	6 (85,7%)	
<=5-10	24 (29,6%)	17 (36,2%)	1 (8,3%)	5 (33,3%)	1 (14,3%)	
>=10	30 (37,0%)	25 (53,2%)	3 (25,0%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)	

Actes techniques dans les différents stades mère enfant (suite)

	Ensemble n = 81	Gynécologie Obstétrique Hospitalier	Couplé Gynéco Pédia Hospitalier	Ambulatoire	PMI	p-value Fisher exact
Retrait implant sc						
n	81	47	12	15	7	
<5	41 (50,6%)	19 (40,4%)	8 (66,7%)	8 (53,4%)	6 (85,7%)	0.33
<=5-10	24 (29,6%)	15 (31,9%)	3 (25,0%)	5 (33,3%)	1 (14,3%)	
>=10	16 (19,8%)	13 (27,7%)	1 (8,3%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)	
Anneau contraceptif						
n	80	47	12	15	6	
<5	72 (90,0%)	44 (93,6%)	9 (75,0%)	14 (93,3%)	5 (83,3%)	0.07
<=5-10	5 (6,3%)	3 (6,4%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
>=10	3 (3,8%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)	1 (6,7%)	1 (16,7%)	
Toucher rectal						
n	80	47	12	15	6	
<5	7 (8,8%)	4 (8,5%)	1 (8,3%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)	0.99
<=5-10	9 (11,3%)	6 (12,8%)	1 (8,3%)	1 (6,7%)	1 (16,7%)	
>=10	64 (80,0%)	37 (78,7%)	10 (83,3%)	12 (80,0%)	5 (83,3%)	
Tb statique pelvienne						
n	80	47	12	15	6	
<5	61 (76,3%)	34 (72,3%)	8 (66,7%)	13 (86,7%)	6 (100,0%)	0.78
<=5-10	14 (17,5%)	9 (19,1%)	3 (25,0%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)	*KW
>=10	5 (6,3%)	4 (8,5%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	p=0.041
Pose de pessaire						
n	81	47	12	15	7	
<5	73 (90,1%)	42 (89,4%)	9 (75,0%)	15 (100,0%)	7 (100,0%)	0.47
<=5-10	5 (6,2%)	3 (6,4%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
>=10	3 (3,7%)	2 (4,3%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

*KW : test effectué en Kruskal Wallis

VII.2 Actes techniques en milieu hospitalier versus stage en extra hospitalier

	Ensemble n = 81	Hospitalier Gynéco obstétrique & stage couplé 59 (72,8%)	Extra Hospitalier Ambulatoire & PMI 22 (27,2%)	p-value Fisher Exact
Palpation mammaire				
n	81	59	22	
<5	8 (9,9%)	5 (8,5%)	3 (13,6%)	0,24
<=5-10	21 (25,9%)	13 (22,0%)	8 (36,4%)	
>=10	52 (64,2%)	41 (69,5%)	11 (50,0%)	
Toucher vaginal				
n	81	59	22	
<5	2 (2,5%)	1 (1,7%)	1 (4,5%)	0,0006
<=5-10	11 (13,5%)	3 (5,1%)	8 (36,4%)	
>=10	68 (84,0%)	55 (93,2%)	13 (59,1%)	
Spéculum Col utérin				
n	81	59	22	
<5	1 (1,2%)	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0,004
<=5-10	8 (9,9%)	2 (3,4%)	6 (27,3%)	
>=10	72 (88,9%)	56 (94,9%)	16 (72,7%)	
Frottis CU				
n	81	59	22	
<5	9 (11,2%)	6 (10,2%)	3 (13,6%)	0,037
<=5-10	13 (16,0%)	6 (10,2%)	7 (31,8%)	
>=10	59 (72,8%)	47 (79,6%)	12 (54,6%)	
Pose DIU				
n	81	59	22	
<5	40 (49,4%)	26 (44,1%)	14 (63,6%)	0,32
<=5-10	19 (23,5%)	15 (25,4%)	4 (18,2%)	
>=10	22 (27,1%)	18 (30,5%)	4 (18,2%)	
Retrait DIU				
n	81	59	22	
<5	35 (43,2%)	21 (35,6%)	14 (63,6%)	0,09
<=5-10	18 (22,2%)	15 (25,4%)	3 (13,6%)	*KW p= 0,041
>=10	28 (34,6%)	23 (39,0%)	5 (22,7%)	
Pose implant SC				
n	81	59	22	
<5	27 (33,4%)	13 (22,0%)	14 (63,6%)	0,0006
<=5-10	24 (29,6%)	18 (30,5%)	6 (27,3%)	
>=10	30 (37,0%)	28 (47,5%)	2 (9,1%)	

*KW : test effectué en Kruskal Wallis

Actes techniques en milieu hospitalier versus extra hospitalier (suite)

	Ensemble n = 81	Hospitalier Gynéco obstétrique & stage couplé	Extra Hospitalier Ambulatoire & PMI	p-value Fisher Exact
Retrait implant sc				
n	81	59	22	
<5	41 (50,6%)	27 (45,8%)	14 (63,6%)	0,29
<=5-10	24 (29,6%)	18 (30,5%)	6 (27,3%)	
>=10	16 (19,8%)	14 (27,3%)	2 (9,1%)	
Anneau contraceptif				
n	80	59	21	
<5	72 (90,0%)	53 (89,8%)	19 (90,5%)	0,078
<=5-10	5 (6,3%)	5 (8,5%)	0 (0,0%)	
>=10	3 (3,7%)	1 (1,7%)	2 (9,5%)	
Toucher rectal				
n	80	59	21	
<5	7 (8,8%)	5 (8,5%)	2 (9,5%)	1
<=5-10	9 (11,2%)	7 (11,9%)	2 (9,5%)	
>=10	64 (80,0%)	47 (79,6%)	17 (81,0%)	
Tb statique Pelvienne				
n	80	59	21	
<5	61 (76,3%)	42 (71,2%)	19 (90,5%)	0,26
<=5-10	14 (17,5%)	12 (20,3%)	2 (9,5%)	
>=10	5 (6,2%)	5 (8,5%)	0 (0,0%)	
Pose de pessaire				
n	81	59	22	
<5	73 (90,1%)	51 (86,4%)	22 (100,0%)	0,35
<=5-10	5 (6,2%)	5 (8,5%)	0 (0,0%)	
>=10	3 (3,7%)	3 (5,1%)	0 (0,0%)	

VII.3 Actes techniques gynécologie obstétrique versus autres stages

	Ensemble n = 81	Gynécologie Obstétrique hospitalier	Couplé hospitalier Ambulatoire PMI	p-value Fisher exact
		47 (58,0%)	34 (42,0%)	
Palpation mammaire				
n	81	47	34	
<5	8 (9,9%)	4 (8,5%)	4 (11,8%)	0,40
<=5-10	21 (25,9%)	10 (21,3%)	11 (32,4%)	
>=10	52 (64,2%)	33 (70,2%)	19 (55,9%)	
Toucher vaginal				
n	81	47	34	
<5	2 (2,5%)	1 (2,1%)	1 (2,9%)	0,0005
<=5-10	11 (13,6%)	1 (2,1%)	10 (29,4%)	
>=10	68 (84,0%)	45 (95,7%)	23 (67,6%)	
Spéculum Col utérin				
n	81	47	34	
<5	1 (1,2%)	0 (0,0%)	1 (2,9%)	0,0002
<=5-10	8 (9,9%)	0 (0,0%)	8 (23,5%)	
>=10	72 (88,9%)	47 (100,0%)	25 (73,5%)	
Frottis CU				
n	81	47	34	
<5	9 (11,1%)	5 (10,6%)	4 (11,8%)	0,086
<=5-10	13 (16,0%)	4 (8,5%)	9 (26,5%)	
>=10	59 (72,8%)	38 (80,9%)	21 (61,8%)	
Pose DIU				
n	81	47	34	
<5	40 (49,4%)	19 (40,4%)	21 (61,8%)	0,14
<=5-10	19 (23,5%)	12 (25,5%)	7 (20,6%)	
>=10	22 (27,2%)	16 (34,0%)	6 (17,6%)	
Retrait DIU				
n	81	47	34	
<5	35 (43,2%)	16 (34,0%)	19 (55,9%)	0,11
<=5-10	18 (22,2%)	11 (23,4%)	7 (20,6%)	
>=10	28 (34,6%)	20 (42,6%)	8 (23,5%)	
Pose implant SC				
n	81	47	34	
<5	27 (33,3%)	5 (10,6%)	22 (64,7%)	9,72 ^{e-7}
<=5-10	24 (29,6%)	17 (36,2%)	7 (20,6%)	
>=10	30 (37,0%)	25 (53,2%)	5 (14,7%)	
Retrait implant SC				
n	81	47	34	
<5	41 (50,6%)	19 (40,4%)	22 (64,7%)	0,050
<=5-10	24 (29,6%)	15 (31,9%)	9 (26,5%)	
>=10	16 (19,8%)	13 (27,7%)	3 (8,8%)	

Actes techniques en stage de gynécologie obstétrique versus autres stages (suite)

	Ensemble n = 81	Gynécologie Obstétrique hospitalier	Couplé hospitalier Ambulatoire PMI	p-value Fisher exact
Anneau contraceptif				0,15
n	80	47	33	
<5	72 (90,0%)	44 (93,6%)	28 (84,8%)	
<=5-10	5 (6,3%)	3 (6,4%)	2 (6,1%)	
>=10	3 (3,8%)	0 (0,0%)	3 (9,1%)	
Toucher rectal				0,92
n	80	47	33	
<5	7 (8,8%)	4 (8,5%)	3 (9,1%)	
<=5-10	9 (11,3%)	6 (12,8%)	3 (9,1%)	
>=10	64 (80,0%)	37 (78,7%)	27 (81,1%)	
Tb statique pelvienne				0,61
n	80	47	33	
<5	61 (76,3%)	34 (72,3%)	27 (81,1%)	
<=5-10	14 (17,5%)	9 (19,1%)	5 (15,2%)	
>=10	5 (6,3%)	4 (8,5%)	1 (3,0%)	
Pose de pessaire				0,46
n	81	47	34	
<5	73 (90,1%)	42 (89,4%)	31 (91,2%)	
<=5-10	5 (6,2%)	3 (6,4%)	2 (5,9%)	
>=10	3 (3,7%)	2 (4,3%)	1 (2,9%)	

VII.4 Actes techniques pratiqués selon le sexe de l'interne

	Ensemble n = 81	Femme	Homme	p-value Fisher exact
		50 (61,7%)	31 (38,3%)	
Palpation mammaire				
n	81	50	31	
<5	8 (9,9%)	3 (6,0%)	5 (16,1%)	0,22
<=5-10	21 (25,9%)	12 (24,0%)	9 (29,0%)	
>=10	52 (64,2%)	35 (70,0%)	17 (54,8%)	
Toucher vaginal				
n	81	50	31	
<5	2 (2,5%)	0 (0,0%)	2 (6,5%)	0,005
<=5-10	11 (13,6%)	3 (6,0%)	8 (25,8%)	
>=10	68 (84,0%)	47 (94,0%)	21 (67,7%)	
Spéculum Col utérin				
n	81	50	31	
<5	1 (1,2%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)	0,002
<=5-10	8 (9,9%)	2 (4,0%)	6 (19,4%)	
>=10	72 (88,9%)	48 (96,0%)	24 (77,4%)	
Frottis CU				
n	81	50	31	
<5	9 (11,1%)	4 (8,0%)	5 (16,1%)	0,57
<=5-10	13 (16,0%)	8 (16,0%)	5 (16,1%)	
>=10	59 (72,8%)	38 (76,0%)	21 (67,7%)	
Pose DIU				
n	81	50	31	
<5	40 (49,4%)	24 (48,0%)	16 (51,6%)	0,83
<=5-10	19 (23,5%)	13 (26,0%)	6 (19,4%)	
>=10	22 (27,2%)	13 (26,0%)	9 (29,0%)	
Retrait DIU				
n	81	50	31	
<5	35 (43,2%)	20 (40,0%)	15 (48,4%)	0,70
<=5-10	18 (22,2%)	11 (22,0%)	7 (22,6%)	
>=10	28 (34,6%)	19 (38,0%)	9 (29,0%)	
Pose implant SC				
n	81	50	31	
<5	27 (33,3%)	14 (28,0%)	13 (41,9%)	0,45
<=5-10	24 (29,6%)	16 (32,0%)	8 (25,8%)	
>=10	30 (37,0%)	20 (40,0%)	10 (32,3%)	

Actes techniques pratiqués selon le sexe de l'interne (suite)

	Ensemble n = 81	Femme	Homme	p-value Fisher exact
Retrait implant SC				
n	81	50	31	
<5	41 (50,6%)	26 (52,0%)	15 (48,4%)	0,95
<=5-10	24 (29,6%)	14 (28,0%)	10 (32,3%)	
>=10	16 (19,8%)	10 (20,0%)	6 (19,4%)	
Anneau contraceptif				
n	80	49	31	
<5	72 (90,0%)	42 (85,7%)	30 (96,8%)	0,20
<=5-10	5 (6,3%)	5 (10,2%)	0 (0,0%)	
>=10	3 (3,8%)	2 (4,1%)	1 (3,2%)	
Toucher rectal				
n	80	49	31	
<5	7 (8,8%)	6 (12,2%)	1 (3,2%)	0,25
<=5-10	9 (11,3%)	7 (14,3%)	2 (6,5%)	
>=10	64 (80,0%)	36 (73,5%)	28 (90,3%)	
Tb statique pelvienne				
n	80	49	31	
<5	61 (76,3%)	35 (71,4%)	26 (83,9%)	0,46
<=5-10	14 (17,5%)	10 (20,4%)	4 (12,9%)	
>=10	5 (6,3%)	4 (8,2%)	1 (3,2%)	
Pose de pessaire				
n	81	50	31	
<5	73 (90,1%)	45 (90,0%)	28 (90,3%)	0,99
<=5-10	5 (6,2%)	3 (6,0%)	2 (6,5%)	
>=10	3 (3,7%)	2 (4,0%)	1 (3,2%)	

VIII. Annexe 3. Auto-évaluation des compétences

VIII.1 Compétences liées aux situations autour d'un projet de grossesse

VIII.1.1.1 Compétences thème grossesse 6 groupes

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Situation clinique	Gynéco	46	4.52	0.65	2 - 5		5	**p=0.0001
	Couplé	12	4.08	0.76	2 - 5		4	
	Ambu	15	4.60	0.49	4 - 5		5	
	PMI	7	4.29	0.45	4 - 5		4	
	Non fait*	14	3.50	0.98	2 - 5		4	
	Pédiatrie	50	3.63	1.01	1 - 5		4	
	Total	148	4.06	0.93	1 - 5	[3.91 ; 4.21]	4	
Grossesse Physio	Gynéco	46	4.24	0.81	2 - 5		4	p=1.51 ^{E-8}
	Couplé	12	3.75	0.92	2 - 5		4	
	Ambu	15	4.53	0.50	4 - 5		5	
	PMI	7	4.00	0.53	3 - 5		4	
	Non fait*	15	3.07	1.12	1 - 5		3	
	Pédiatrie	55	3.25	0.94	1 - 5		4	
	Total	150	3.74	1.02	1 - 5	[3.58 ; 3.90]	4	
Identification Grossesse Non physio	Gynéco	47	4.06	0.84	2 - 5		4	p=4.93 ^{E-9}
	Couplé	12	3.25	0.92	2 - 4		4	
	Ambu	14	3.36	1.04	1 - 5		4	
	PMI	7	3.86	0.64	3 - 5		4	
	Non fait*	13	3.00	0.78	2 - 4		3	
	Pédiatrie	52	2.77	0.91	1 - 4		3	
	Total	145	3.36	1.04	1 - 5	[3.19 ; 3.53]	4	
Orientation Grossesse Non physio	Gynéco	47	4.34	0.69	2 - 5		4	**p=4.81 ^{e-6}
	Couplé	12	3.50	0.96	2 - 5		4	
	Ambu	15	3.80	1.22	1 - 5		4	
	PMI	7	4.29	0.45	4 - 5		4	
	Non fait*	13	2.92	1.00	1 - 4		3	
	Pédiatrie	52	3.44	1.05	1 - 5		4	
	Total	146	3.77	1.05	1 - 5	[3.60 ; 3.94]	4	
Post partum	Gynéco	47	4.02	0.70	2 - 5		4	p=2.31 ^{E-6}
	Couplé	11	3.27	1.05	2 - 5		4	
	Ambu	14	4.00	0.93	2 - 5		4	
	PMI	7	3.71	0.88	2 - 5		4	
	Non fait*	16	3.44	1.00	1 - 5		4	
	Pédiatrie	52	2.98	0.95	1 - 5		3	
	Total	147	3.52	1.00	1 - 5	[3.36 ; 3.68]	4	

*Non fait : stage mère enfant non réalisé

**ANOVA non applicable, test fait en Kruskal Wallis

VIII.1.1.1 Compétences thème grossesse 6 groupes

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Allaitement	Gynéco	46	3.39	1.07	1 - 5		4	p=0.42
	Couplé	11	3.27	0.96	2 - 5		4	
	Ambu	14	3.79	0.67	2 - 5		4	
	PMI	7	4.00	0.53	3 - 5		4	
	Non fait*	16	3.19	1.24	1 - 5		3	
	Pédiatrie	54	3.35	1.09	1 - 5		4	
	Total	148	3.41	1.06	1 - 5	[3.24 ; 3.58]	4	

*Non fait : stage mère enfant non réalisé

VIII.1.1.2 Stages mère enfant avec et sans pratique de la gynécologie

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	Student p-value IC 95 %
Situation clinique	Avec*	80	4.45	0.65	2 - 5	[4.31 ; 4.59]	5	p=7.35 ^{E-9}
	Sans**	68	3.60	1.00	1 - 5	[3.36 ; 3.84]	4	[0.6 ; 1.1]
	Total	148	4.06	0.93	1 - 5	[3.91 ; 4.21]	4	
Grossesse Physio	Avec*	80	4.20	0.80	2 - 5	[4.03 ; 4.37]	4	p=5.22 ^{E-16}
	Sans**	70	3.21	0.98	1 - 5	[2.98 ; 3.44]	4	[0.9 ; 1.5]
	Total	150	3.74	1.02	1 - 5	[3.58 ; 3.90]	4	
Identification Grossesse Non physio	Avec*	80	3.80	0.94	1 - 5	[3.59 ; 4.01]	4	p=2.44 ^{E-9}
	Sans**	65	2.82	0.89	1 - 4	[2.60 ; 3.03]	3	[0.7 ; 1.3]
	Total	145	3.36	1.04	1 - 5	[3.19 ; 3.53]	4	
Orientation Grossesse Non physio	Avec*	81	4.11	0.90	1 - 5	[3.91 ; 4.31]	4	p=5.29 ^{E-6}
	Sans**	65	3.34	1.06	1 - 5	[3.08 ; 3.60]	4	[0.5 ; 1.1]
	Total	146	3.77	1.05	1 - 5	[3.60 ; 3.94]	4	
Post- partum	Avec*	79	3.89	0.86	2 - 5	[3.70 ; 4.07]	4	p=5.88 ^{E-7}
	Sans**	68	3.09	0.98	1 - 5	[2.86 ; 3.32]	3	[0.5 ; 1.1]
	Total	147	3.52	1.00	1 - 5	[3.36 ; 3.68]	4	
Allaitement maternel	Gynéco	46	3.39	1.07	1 - 5		4	p=0.29
	Sans**	70	3.31	1.13	1 - 5	[3.05 ; 3.58]	4	
	Total	148	3.41	1.06	1 - 5	[3.24 ; 3.58]	4	

*Avec : stages mère enfant avec pratique de gynécologie : gynécologie, stage couplé, ambulatoire, PMI

**Sans : stages sans pratique de gynécologie : pédiatrie et mère enfant non réalisé

VIII.1.1.3 Stage mère enfant gynécologie versus ambulatoire thème grossesse

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Situation clinique	Gynéco	46	4.52	0.65	2 - 5		5	p=0.68
	Ambu*	15	4.60	0.49	4 - 5		5	
	Total	148	4.06	0.93	1 - 5	[3.91 ; 4.21]	4	
Grossesse Physio	Gynéco	46	4.24	0.81	2 - 5		4	p=0.20
	Ambu	15	4.53	0.50	4 - 5		5	
	Total	150	3.74	1.02	1 - 5	[3.58 ; 3.90]	4	
Identification Grossesse Non physio	Gynéco	47	4.06	0.84	2 - 5		4	p=0.01
	Ambu	14	3.36	1.04	1 - 5		4	
	Total	145	3.36	1.04	1 - 5	[3.19 ; 3.53]	4	
Orientation Grossesse Non physio	Gynéco	47	4.34	0.69	2 - 5		4	p=0.13**
	Ambu	15	3.80	1.22	1 - 5		4	
	Total	146	3.77	1.05	1 - 5	[3.60 ; 3.94]	4	
Post- partum	Gynéco	47	4.02	0.70	2 - 5		4	p=0.93
	Ambu	14	4.00	0.93	2 - 5		4	
	Total	147	3.52	1.00	1 - 5	[3.36 ; 3.68]	4	
Allaitement maternel	Gynéco	45	3.39	1.06	1 - 5		4	p=0.20
	Ambu	14	3.79	0.67	2 - 5		4	
	Total	148	3.41	1.06	1 - 5	[3.24 ; 3.58]	4	

*Ambu : stage mère enfant en ambulatoire

**ANOVA non applicable, test fait en Kruskal Wallis

VIII.2 Compétences dans les situations de prescription et conseils sur toutes formes de contraception

VIII.2.1.1 Compétences thème contraception 6 groupes

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
1^{ère} consult° contracept° hors urgence	Gynéco	47	4.53	0.71	2 - 5		5	**p=2.38⁻⁵
	Couplé	12	4.08	0.95	2 - 5		4	
	Ambu	15	4.53	0.81	2 - 5		5	
	PMI	7	4.71	0.45	4 - 5		5	
	Non fait*	17	3.71	0.82	2 - 5		4	
	Pédiatrie	54	3.72	1.08	1 - 5		4	
	Total	152	4.13	0.98	1 - 5	[3.97 ; 4.28]	4	
Gestion de toutes contracept° hors urgence	Gynéco	47	4.36	0.78	2 - 5		5	p=3.52^{E-7}
	Couplé	12	3.67	0.94	2 - 5		4	
	Ambu	15	4.27	0.85	2 - 5		4	
	PMI	7	4.57	0.49	4 - 5		5	
	Non fait*	17	3.76	1.21	2 - 5		4	
	Pédiatrie	55	3.25	0.99	1 - 5		3	
	Total	153	3.84	1.05	1 - 5	[3.68 ; 4.01]	4	
Gestion D.I.U hors urgence	Gynéco	47	4.13	0.94	1 - 5		4	p=1.07^{E-11}
	Couplé	12	3.50	1.38	1 - 5		4	
	Ambu	14	3.93	0.96	2 - 5		4	
	PMI	7	3.86	0.83	2 - 5		4	
	Non fait*	14	2.21	1.08	1 - 4		2	
	Pédiatrie	50	2.60	1.02	1 - 5		2	
	Total	144	3.33	1.27	1 - 5	[3.12 ; 3.53]	4	
Consult° contracept° dans le contexte d'urgence	Gynéco	46	3.93	1.07	2 - 5		4	p=0.001
	Couplé	11	3.82	1.11	2 - 5		4	
	Ambu	14	4.07	0.88	1 - 5		4	
	PMI	7	4.29	0.70	4 - 5		4	
	Non fait*	15	2.93	0.85	1 - 4		3	
	Pédiatrie	49	3.31	1.05	1 - 5		4	
	Total	142	3.63	1.09	1 - 5	[3.45 ; 3.81]	4	
Sexualité dans le contexte de contracept°	Gynéco	47	4.17	0.75	2 - 5		4	p=3.01^{E-5}
	Couplé	12	3.50	0.87	2 - 5		4	
	Ambu	15	4.40	0.71	2 - 5		5	
	PMI	7	4.29	0.70	2 - 5		4	
	Non fait*	16	3.13	0.86	1 - 5		3	
	Pédiatrie	55	3.53	1.08	1 - 5		4	
	Total	152	3.80	0.99	1 - 5	[3.65 ; 3.96]	4	

*Non fait : stage mère enfant non réalisé

Consult° : consultation

Contracept° : contraception

**ANOVA non applicable, test fait en Kruskal Wallis

VIII.2.1.2 Stages mère enfant avec et sans pratique de la gynécologie : contraception

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	Student p-value IC 95 %
1 ^{ère} consult ^o hors urgence	Avec*	81	4.48	0.77	2 - 5	[4.31 ; 4.65]	5	p=6.64 ^{E-7}
	Sans**	71	3.72	1.02	1 - 5	[3.48 ; 3.96]	4	[0.5 ; 1.1]
	Total	152	4.13	0.98	1 - 5	[3.97 ; 4.28]	4	
Gestion de toutes les contracept ^o	Avec*	81	4.26	0.84	2 - 5	[4.08 ; 4.44]	4	p=7.40 ^{E-7}
	Sans**	72	3.38	1.07	1 - 5	[3.13 ; 3.62]	4	[0.6 ; 1.2]
	Total	153	3.84	1.05	1 - 5	[3.68 ; 4.01]	4	
Gestion D.I.U Hors urg.	Avec*	80	3.98	1.04	1 - 5	[3.75 ; 4.20]	4	p=7.18 ^{E-14}
	Sans**	64	2.52	1.05	1 - 5	[2.26 ; 2.77]	2	[1.1 ; 1.8]
	Total	144	3.33	1.27	1 - 5	[3.12 ; 3.53]	4	
Contracept ^o en contexte d'urgence	Avec*	78	3.97	1.02	1 - 5	[3.75 ; 4.20]	4	p=0.29
	Sans**	64	3.22	1.02	1 - 5	[2.97 ; 3.47]	4	
	Total	142	3.63	1.09	1 - 5	[3.45 ; 3.81]	4	
Sexualité contexte de contracept ^o	Avec*	81	4.12	0.81	2 - 5	[3.95 ; 4.30]	4	p= 1.17 ^{E-5}
	Sans**	71	3.44	1.04	1 - 5	[3.19 ; 3.68]	4	[0.4 ; 0.9]
	Total	152	3.80	0.99	1 - 5	[3.65 ; 3.96]	4	

*Avec : stages mère enfant avec pratique de gynécologie : gynécologie, stage couplé, ambulatoire, PMI

**Sans : stages sans pratique de gynécologie : pédiatrie et mère enfant non réalisé

VIII.2.1.3 Stage mère enfant gynécologie versus ambulatoire thème contraception

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
1 ^{ère} consult° hors urgence	Gynéco	47	4.53	0.71	2 - 5		5	p= 0.99
	Ambu	15	4.53	0.81	2 - 5		5	
	Total	152	4.13	0.98	1 - 5	[3.97 ; 4.28]	4	
Gestion de toutes les contracept°	Gynéco	47	4.36	0.78	2 - 5		5	p= 0.69
	Ambu	15	4.27	0.85	2 - 5		4	
	Total	153	3.84	1.05	1 - 5	[3.68 ; 4.01]	4	
Gestion D.I.U Hors urg.	Gynéco	47	4.13	0.94	1 - 5		4	p= 0.49
	Ambu	14	3.93	0.96	2 - 5		4	
	Total	144	3.33	1.27	1 - 5	[3.12 ; 3.53]	4	
Contracept° en contexte d'urgence	Gynéco	46	3.93	1.07	2 - 5		4	p=0.67
	Ambu	14	4.07	0.88	1 - 5		4	
	Total	142	3.63	1.09	1 - 5	[3.45 ; 3.81]	4	
Sexualité contexte de contracept°	Gynéco	47	4.17	0.75	2 - 5		4	p=0.31
	Ambu	15	4.40	0.71	2 - 5		5	
	Total	152	3.80	0.99	1 - 5	[3.65 ; 3.96]	4	

Contracept° :contraception

Consult° :consultation

VIII.3 Compétences en situations de demande d'IVG

VIII.3.1.1 Compétences thème IVG 6 groupes

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Gestion demande d'IVG	Gynéco	46	4,07	0,94	2 - 5		4	p=0.004
	Couplé	11	3,27	0,96	2 - 5		3	
	Ambu	14	3,79	0,67	2 - 5		4	
	PMI	7	4,00	0,53	3 - 5		4	
	Non fait*	16	3,19	1,24	1 - 5		3	
	Pédiatrie	54	3,35	1,09	1 - 5		4	
	Total	148	3,41	1,06	1 - 5	[3.24 ; 3. 58]	4	

VIII.3.1.2 Stages mère enfant avec et sans pratique de la gynécologie : thème IVG

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	Student p-value IC 95 %
Gestion demande d'IVG	Avec*	78	0,98	3,50	1 - 5	[3.28 ; 3. 72]	5	p=2.66 ⁻⁵
	Sans**	70	1,13	3,31	1 - 5	[3.05 ; 3. 58]	5	[-0.1 ; 0.5]
	Total	148	3,41	1,06	1 - 5	[3.24 ; 3. 58]	4	

*Avec : stages mère enfant avec pratique de gynécologie : gynécologie, stage couplé, ambulatoire, PMI

**Sans : stages sans pratique de gynécologie : pédiatrie et mère enfant non réalisé

VIII.3.1.3 Stage mère enfant gynécologie versus ambulatoire : thème IVG

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Gestion demande d'IVG	Gynéco	46	4,07	0,94	2 - 5		4	p=0.31
	Ambu	14	3,79	0,67	2 - 5		4	
	Total	148	3,41	1,06	1 - 5	[3.24 ; 3. 58]	4	

VIII.4 Compétences en situations de demandes programmées ou non de plaintes indifférenciées d'origine gynécologique probable

VIII.4.1.1 Compétences thème plaintes indifférenciées 6 groupes

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Signes Fonction- nels Divers*	Gynéco	47	4,49	0,58	3 - 5		5	**p=1.06⁻⁵
	Couplé	12	4,08	0,86	2 - 5		4	
	Ambu	15	4,47	0,62	3 - 5		5	
	PMI	7	3,57	0,49	3 - 4		4	
	Non fait*	16	3,5	0,5	3 - 4		4	
	Pédiatrie	54	3,91	0,99	1 - 5		4	
	Total	151	4,10	0,84	1 - 5	[3.96 ; 4.23]	4	
Douleurs abdomino- pelviennes	Gynéco	47	4,32	0,47	4 - 5		4	**p=0.001
	Couplé	12	3,92	0,64	3 - 5		4	
	Ambu	15	4,07	0,57	3 - 5		4	
	PMI	7	3,71	0,45	3 - 4		4	
	Non fait*	19	3,79	0,52	3 - 5		4	
	Pédiatrie	56	3,84	0,75	2 - 5		4	
	Total	156	4,00	0,65	2 - 5	[3.90 ; 4.10]	4	
Troubles du cycle menstruel	Gynéco	47	3,79	0,74	2 - 5		4	p=5.50⁻⁶
	Couplé	12	3,33	0,75	2 - 4		4	
	Ambu	15	3,60	0,80	2 - 5		4	
	PMI	7	3,71	0,45	3 - 4		4	
	Non fait*	16	2,75	0,75	2 - 4		3	
	Pédiatrie	54	2,93	1,00	1 - 5		3	
	Total	151	3,31	0,94	1 - 5	[3.16 ; 3.46]	3	

*Signes fonctionnels divers : pertes vaginales, une sensation d'inconfort, de brûlures vulvo-vaginales ou de prurit

**ANOVA non applicable, test fait en Kruskal Wallis

VIII.4.1.2 Stages mère enfant avec et sans pratique de la gynécologie : thème plaintes indifférenciées

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	Student p-value IC 95 %
Signes fonctionnels Divers***	Avec*	81	4,35	0,69	2 - 5	[4.20 ; 4.50]	4	p=8.60 ^{E-5}
	Sans**	70	3,81	0,91	1 - 5	[3.60 ; 4.03]	4	[0.3 ; 0.8]
	Total	151	4,10	0,84	1 - 5	[3.96 ; 4.23]	4	
Douleurs abdomino- pelviennes	Avec*	81	4,16	0,55	3 - 5	[4.04 ; 4.28]	4	p=0.001
	Sans**	75	3,83	0,70	2 - 5	[3.67 ; 3.99]	4	[0.1 ; 0.5]
	Total	156	4,00	0,65	2 - 5	[3.90 ; 4.10]	4	
Troubles du cycle menstruel	Avec*	81	3,68	0,75	2 - 5	[3.52 ; 3.84]	4	p=6.51 ^{E-8}
	Sans**	70	2,89	0,95	2 - 5	[2.66 ; 3.11]	4	[0.5 ; 1.1]
	Total	151	3,31	0,94	1 - 5	[3.16 ; 3.46]	3	

*Avec : stages mère enfant avec pratique de gynécologie : gynécologie, stage couplé, ambulatoire, PMI

**Sans : stages sans pratique de gynécologie : pédiatrie et mère enfant non réalisé

***Signes fonctionnels divers : pertes vaginales, une sensation d'inconfort, de brûlures vulvo-vaginales ou de prurit

VIII.4.1.3 Stage mère enfant gynécologie versus ambulatoire: plaintes indifférenciées

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Signes fonctionnels Divers*	Gynéco	47	4,49	0,58	3 - 5		5	p=0.89
	Ambu	15	4,47	0,62	3 - 5		5	
	Total	151	4,10	0,84	1 - 5	[3.96 ; 4.23]	4	
Douleurs abdomino- pelviennes	Gynéco	47	4,32	0,47	4 - 5		4	p=0.09
	Ambu	15	4,07	0,57	3 - 5		4	
	Total	156	4,00	0,65	2 - 5	[3.90 ; 4.10]	4	
Troubles du cycle menstruel	Gynéco	47	3,79	0,74	2 - 5		4	p=0.41
	Ambu	15	3,60	0,80	2 - 5		4	
	Total	151	3,31	0,94	1 - 5	[3.16 ; 3.46]	3	

*Signes fonctionnels divers : pertes vaginales, une sensation d'inconfort, de brûlures vulvo-vaginales ou de prurit

VIII.5 Situations liées aux Infections Sexuellement Transmissibles IST

VIII.5.1.1 Compétences thème IST 6 groupes

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Prévention des IST	Gynéco	47	4,43	0,68	2 - 5		5	p=0.001
	Couplé	12	4,42	0,76	3 - 5		4	
	Ambu	14	4,79	0,41	4 - 5		5	
	PMI	7	4,57	0,49	4 - 5		4	
	Non fait*	18	3,83	0,60	3 - 5		4	
	Pédiatrie	56	4,21	0,67	2 - 5		4	
	Total	154	4,32	0,69	2 - 5	[4.21 ; 4.43]	4	
IST(s) d'un couple*-	Gynéco	46	4,13	0,71	2 - 5		4	p=0.06
	Couplé	12	3,92	0,76	3 - 5		4	
	Ambu	14	4,43	0,49	4 - 5		4	
	PMI	7	4,00	0,53	3 - 4		4	
	Non fait*	15	3,67	0,70	2 - 5		4	
	Pédiatrie	54	3,89	0,76	2 - 5		4	
	Total	148	4,00	0,74	2 - 5	[3.88 ; 4.12]	4	

*IST(s) couples : Couples qui consultent pour une (des) infection(s) sexuellement transmissible(s)

VIII.5.1.2 Stages mère enfant avec et sans pratique de la gynécologie: thème IST

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	Student p-value IC 95 %
Prévention des IST	Avec*	80	4,50	0,65	2 - 5	[4.36 ; 4.64]	5	p=0.0005
	Sans**	74	4,12	0,68	2 - 5	[3.97 ; 4.28]	4	[0.2 ; 0.6]
	Total	154	4,32	0,69	2 - 5	[4.21 ; 4.43]	4	
IST(s) d'un couple*-	Avec*	79	4,14	0,69	2 - 5	[3.99 ; 4.29]	4	p= 0.01
	Sans**	69	3,84	0,75	2 - 5	[3.66 ; 4.02]	4	[0.06 ; 0.5]
	Total	148	4,00	0,74	2 - 5	[3.88 ; 4.12]	4	

VIII.5.1.3 Stage mère enfant gynécologie versus ambulatoire : thème IST

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Prévention des IST	Gynéco	47	4,43	0,68	2 - 5		5	p=0.07
	Ambu	14	4,79	0,41	4 - 5		5	
	Total	154	4,32	0,69	2 - 5	[4.21 ; 4.43]	4	
IST(s) d'un couple*-	Gynéco	46	4,13	0,71	2 - 5		4	p=0.16
	Ambu	14	4,43	0,49	4 - 5		4	
	Total	148	4,00	0,74	2 - 5	[3.88 ; 4.12]	4	

VIII.6 Situations de cancers mammaires et gynécologiques

VIII.6.1.1 Compétences thème néoplasie 6 groupes

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Dépistage de cancers mammaires	Gynéco	47	3,96	0,80	2 - 5		4	p=0.72
	Couplé	12	3,92	1,04	2 - 5		4	
	Ambu	14	3,93	0,96	2 - 5		4	
	PMI	7	3,86	0,35	3 - 4		4	
	Non fait*	17	3,59	0,77	2 - 5		4	
	Pédiatrie	55	3,78	0,85	1 - 5		4	
	Total	152	3,84	0,84	1 - 5	[3.71 ; 3.98]	4	
Dépistage de cancers cervico- utérins	Gynéco	47	3,96	0,77	2 - 5		4	p=0.03
	Couplé	12	3,92	0,64	3 - 5		4	
	Ambu	15	4,00	0,89	2 - 5		4	
	PMI	7	3,86	0,35	3 - 4		4	
	Non fait*	17	3,18	0,92	2 - 5		3	
	Pédiatrie	56	3,70	0,90	1 - 5		4	
	Total	154	3,77	0,86	1 - 5	[3.64 ; 3.91]	4	
Dépistage de cancers ovariens	Gynéco	47	3,11	0,86	1 - 5		3	p=0.06
	Couplé	11	3,00	1,13	1 - 4		4	
	Ambu	14	3,29	0,80	2 - 4		4	
	PMI	7	3,00	0,76	2 - 4		3	
	Non fait*	14	2,36	0,72	1 - 4		2	
	Pédiatrie	53	2,79	0,94	1 - 5		3	
	Total	146	2,92	0,92	1 - 5	[2.78 ; 3.07]	3	

VIII.6.1.2 Stages mère enfant avec et sans pratique de la gynécologie: thème néoplasie

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	Student p-value IC 95 %
Dépistage de cancers mammaires	Avec*	80	3,94	0,84	2 - 5	[3.75 ; 4.12]	4	p=0.14
	Sans**	72	3,74	0,83	1 - 5	[3.54 ; 3.93]	4	[-0.06 ; 0.4]
	Total	152	3,84	0,84	1 - 5	[3.71 ; 3.98]	4	
Dépistage de cancers C.-Utérins	Avec*	81	3,95	0,75	2 - 5	[3.79 ; 4.11]	4	p=0.006
	Sans**	73	3,58	0,94	1 - 5	[3.36 ; 3.79]	4	[0.1 ; 0.6]
	Total	154	3,77	0,86	1 - 5	[3.64 ; 3.91]	4	
Dépistage de cancers ovariens	Avec*	79	3,11	0.89	1 - 5	[2.92 ; 3.31]	3	p=0.006
	Sans**	67	2,70	0.91	1 - 5	[2.48 ; 2.92]	3	[0.1 ; 0.7]
	Total	146	2,92	0,92	1 - 5	[2.78 ; 3.07]	3	

VIII.6.1.3 ANOVA stage mère enfant gynécologie versus ambulatoire : thème néoplasie

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ ±	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Dépistage de cancers mammaires	Gynéco	47	3,96	0,80	2 - 5		4	p=0.91
	Ambu	14	3,93	0,96	2 - 5		4	
	Total	152	3,84	0,84	1 - 5	[3.71 ; 3.98]	4	
Dépistage de cancers C.-Utérins	Gynéco	47	3,96	0,77	2 - 5		4	p=0.86
	Ambu	15	4,00	0,89	2 - 5		4	
	Total	154	3,77	0,86	1 - 5	[3.64 ; 3.91]	4	
Dépistage de cancers ovariens	Gynéco	47	3,11	0,86	1 - 5		3	p=0.49
	Ambu	14	3,29	0,80	2 - 4		4	
	Total	146	2,92	0,92	1 - 5	[2.78 ; 3.07]	3	

VIII.7 Compétences liées aux situations de ménopause et péri-ménopause

VIII.7.1.1 Compétences thème ménopause 6 groupes :

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Situations ménopause et péri- ménopause	Gynéco	45	3,29	0,91	1 - 5		3	p=0.25
	Couplé	12	3,17	1,07	1 - 4		4	
	Ambu	15	3,60	0,71	2 - 5		4	
	PMI	7	3,29	0,88	2 - 4		4	
	Non fait*	16	2,94	0,97	1 - 4		3	
	Pédiatrie	56	2,96	1,09	1 - 5		3	
	Total	151	3,15	1,00	1 - 5	[2.99 ; 3.31]	3	
Administrat° d'un THS	Gynéco	47	4,36	0,78	2 - 5		5	p=3.52 ^{E-7}
	Couplé	12	3,67	0,94	2 - 5		4	
	Ambu	15	4,27	0,85	2 - 5		4	
	PMI	7	4,57	0,49	4 - 5		5	
	Non fait*	17	3,76	1,21	2 - 5		4	
	Pédiatrie	55	3,25	0,99	1 - 5		3	
	Total	153	3,84	1,05	1 - 5	[3.68 ; 4.01]	4	
Sexualité et ménopause	Gynéco	47	4,13	0,94	1 - 5		4	p=1.07 ^{E-11}
	Couplé	12	3,50	1,38	1 - 5		4	
	Ambu	14	3,93	0,96	2 - 5		4	
	PMI	7	3,86	0,83	2 - 5		4	
	Non fait*	14	2,21	1,08	1 - 4		2	
	Pédiatrie	50	2,60	1,02	1 - 5		2	
	Total	47	3.33	1.27	1 - 5	[3.12 ; 3.53]	4	

VIII.7.1.2 Stages mère enfant avec et sans pratique de la gynécologie: ménopause

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	Student p-value IC 95 %
Situations ménopause et péri- m.	Avec*	79	3,33	0,91	1 - 5	[3.13 ; 3.53]	4	p=0.02
	Sans**	72	2,96	1,06	1 - 5	[2.71 ; 3.20]	3	[0.06 ; 0.7]
	Total	151	3,15	1,00	1 - 5	[2.99 ; 3.31]	3	
Administrat° d'un THS	Avec*	81	4,26	0,84	2 - 5	[4.08 ; 4.44]	4	p=7.35 ^{E-8}
	Sans**	72	3,38	1,07	1 - 5	[3.13 ; 3.62]	4	[0.6 ; 1.2]
	Total	153	3,84	1,05	1 - 5	[3.68 ; 4.01]	4	
Sexualité et ménopause	Avec*	80	3,98	1,04	1 - 5	[3.75 ; 4.20]	4	p=7.18 ^{E-14}
	Sans**	64	2,52	1,05	1 - 5	[2.26 ; 2.77]	4	[1.1 ; 1.8]
	Total	47	3.33	1.27	1 - 5	[3.12 ; 3.53]	4	

*Avec : stages mère enfant avec pratique de gynécologie : gynécologie, stage couplé, ambulatoire, PMI

**Sans : stages sans pratique de gynécologie : pédiatrie et mère enfant non réalisé

VIII.7.1.3 stage mère enfant gynécologie versus ambulatoire : thème ménopause

Compétence	Stage	Effectif	Moyenne m	Ecart- type σ $\pm$	Min - Max	IC moyenne 95%	Médiane	ANOVA p-value
Situations ménopause et péri- m.	Gynéco	45	3,29	0,91	1 - 5		3	p=0.24
	Ambu	15	3,60	0,71	2 - 5		4	
	Total	151	3,15	1,00	1 - 5	[2.99 ; 3.31]	3	
Administrat° d'un THS	Gynéco	47	4,36	0,78	2 - 5		5	p=0.69
	Ambu	15	4,27	0,85	2 - 5		4	
	Total	153	3,84	1,05	1 - 5	[3.68 ; 4.01]	4	
Sexualité et ménopause	Gynéco	47	4,13	0,94	1 - 5		4	p=0.50
	Ambu	14	3,93	0,96	2 - 5		4	
	Total	47	3.33	1.27	1 - 5	[3.12 ; 3.53]	4	

VIII.8 Evaluation générale du stage

VIII.8.1.1 Evaluation générale : 5 groupes mère enfant

Compétence		Effectif	Moyenne m ± Ecart-type σ	Min - Max	ANOVA p-value
Evaluation générale	Gynéco	47	4.15 ± 0.82	1 - 5	**p=9.11^{E-12}
	Couplé	9	3.22 ± 1.47	1 - 5	
	Ambulatoire	15	4.53 ± 0.50	4 - 5	
	PMI	7	4.57 ± 0.49	4 - 5	
	Pédiatrie	50	2.28 ± 1.47	1 - 5	
	Total	128	3.42 ± 1.40	1 - 5	

***ANOVA non applicable, test fait en Kruskal Wallis*

VIII.8.1.2 Stages mère enfant avec et sans pratique de la gynécologie:

Compétence		Effectif	Moyenne m ± Ecart-type σ	Min - Max	Student p-value IC 95%
Evaluation générale	Avec*	78	4.15 ± 0.93	1 - 5	p=7.07^{E-17} [1.5 ; 2.2]
	Sans**	50	2.28 ± 1.23	1 - 5	
	Total	128	3.42 ± 1.40	1 - 5	

Avec : stage de gynécologie hospitalier, couplé, ambulatoire et PMI*

*Sans** : stage de pédiatrie*

VIII.8.1.3 Stage mère enfant gynécologie versus « ambulatoire et PMI » :

Compétence		Effectif	Moyenne m ± Ecart-type σ	Min - Max	ANOVA p-value
Evaluation générale	Gynéco	47	4.15 ± 0.82	1 - 5	**p=0.05
	Ambu PMI	22	4.55 ± 0.50	4 - 5	
	Total	128	3.42 ± 1.40	1 - 5	

***ANOVA non applicable, test fait en Kruskal Wallis*

VIII.8.1.4 Stage mère enfant gynécologie en milieu hospitalier versus « ambulatoire» :

Evaluation générale

Compétence		Effectif	Moyenne m ± Ecart-type σ	Min - Max	ANOVA p-value
Evaluation générale	Gynéco	47	4.15 ± 0.82	1 - 5	**p=0.10
	Ambu PMI	15	4.53 ± 0.50	4 - 5	
	Total	128	3.42 ± 1.40	1 - 5	

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

