

2020-2022

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en Médecine Générale

**EVALUATION PAR LES INTERNES DE LA
REALISATION DU STAGE AMBULATOIRE
FEMME ENFANT POUR LA FORMATION DES
INTERNES DE MEDECINE GENERALE A
ANGERS.**

DUMAY Julie |

Née le 28 août 1990 à Montmorency (95)

DUPONT Mélanie |

Née le 28 décembre 1991 à Besançon (25)

Sous la direction de Mme le Dr. Christine Tessier-Cazeneuve |

Membres du jury

Madame le Professeur DE CASABIANCA Catherine	Présidente
Madame le Docteur TESSIER-CAZENEUVE Christine	Directrice
Monsieur le Docteur PY Thibaut	Membre
Madame le Docteur MERIENNE Maryline	Membre

Soutenue publiquement le :
12 Mai 2022

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Mélanie Dupont
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **30/11/2021**

Je, soussignée Julie DUMAY
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **30/11/2021**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François- Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie

FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine

ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie

COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne- Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie

SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
ATER		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
PLP		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Catherine DE CASABIANCA,

Vous nous faites l'honneur d'assurer la présidence de ce jury de thèse. Veuillez trouver ici nos sincères remerciements pour l'intérêt que vous portez à notre travail.

A Madame le Docteur Christine TESSIER-CAZENEUVE,

Merci pour votre accompagnement, votre disponibilité et vos précieux conseils qui nous ont permis de mener à bien notre travail.

A Monsieur le Docteur Thibaut PY,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

A Madame le Docteur Maryline MERIENNE,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Merci à tous les internes qui ont accepté de répondre à notre questionnaire et qui ont permis la réalisation de ce travail.

REMERCIEMENTS

A Julie, merci pour le travail réalisé ces dernières années, ce fut plus long que prévu mais on y est arrivées !

A mes parents, Gilbert et Nathalie, merci pour votre soutien tout au long de mon parcours universitaire. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis.

A Victor et Clara, mon frère et ma sœur, je suis fière de qui vous êtes.

Aux maîtres de stage que j'ai eu la chance de rencontrer et qui m'ont fait découvrir la médecine générale, merci particulièrement à Sonia et Dr Alain Radet, j'ai passé un excellent semestre avec vous.

A Marie, à mes copines d'externat, Charlotte et Claire, les « gourmandes en sous-colles », je n'oublie pas nos soirées qcm, plus pizzas que révisions, qui m'ont été si précieuses.

A mes co-internes des urgences pédiatriques, Clotilde, Elodie et Marine, que ce groupe MG/remplaçantes en détresse nous aide encore longtemps !

A Marine et Richard, j'espère vous garder le plus longtemps possible dans ma vie.

A Reda, ma plus belle rencontre, merci pour tous ces moments de bonheur et ceux à venir.

REMERCIEMENTS

A Mélanie, ma co-thésarde,

Pour ta coopération pendant ces longs mois de travail. Quelques soirées pizza et surtout beaucoup d'appels téléphoniques.

A l'hôpital et la faculté de Nîmes, ainsi que mes co-externes,

Pour la formation et mes premiers pas en médecine.

A la faculté d'Angers et tous mes maîtres de stage universitaire,

Pour leur bienveillance et leur partage de compétences.

A mes amies de toujours (Lucie, Gwen, Noélie, Mathilde, Malaurie),

Pour leurs encouragements depuis le début.

A co-interne RPZ (Marine, Polo, Oscar, Petite Marine, Anthony, Faten, Isabelle, Léa, Sabine, Jeremy, Alisée),

Pour tous ces bons moments vécus ensemble depuis le Mans, et encore beaucoup à vivre.

A ma belle famille (Katie, Stephen, André, Nicholas),

Pour leur soutien et leur affection depuis le tout début.

A mes Parents, Véronique et Xavier, ma sœur, Mélanie et toute ma famille,

Pour leur amour et leur soutien sans faille, toujours présents à mes côtés, sans qui cette belle aventure n'aurait pas été possible.

A mon mari, Thomas,

Pour avoir tout partagé avec moi et m'avoir encouragé à chaque instant. Merci pour ton amour au quotidien.

A mon fils, Charlie,

Tu fais mon bonheur tous les jours.

Liste des abréviations

CAMPS	Centres d'action médico-sociale précoce
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
COREQ	Consolidated Criteria for reposting qualitative research
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
DES	Diplôme d'études spécialisées
DU	Diplôme universitaire
ECN	Epreuve nationale classante
ERTL4	Epreuve de repérage des troubles du langage à 4 ans
GEAP	Groupe d'échange et d'analyse de pratique
GEU	Grossesse extra-utérine
IDE	Infirmière diplômée d'état
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MG	Médecine générale
MST	Maladie sexuellement transmissible
MSU	Maître de stage universitaire
PMI	Protection maternelle et infantile
SAFE	Stage ambulatoire femme enfant
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SUMPPS	Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Type d'étude**
- 2. Objectifs**
- 3. Constitution de l'échantillon**
 - 3.1. Modalités de recrutement et d'échantillonnage
 - 3.2. Critères d'inclusion
 - 3.3. Critères d'exclusion
- 4. Recueil des données**
 - 4.1. Guide d'entretien
 - 4.2. Réalisation des entretiens/recueil des données
- 5. Analyse des données**

RÉSULTATS

- 1. Description de l'échantillon**
- 2. Analyse des résultats**
 - 2.1. Appréciation globale du stage
 - 2.2. Se positionner comme médecin généraliste
 - 2.3. Travailler avec ses MSU
 - 2.4. Cibler les limites de sa formation
 - 2.5. Elaborer des compétences spécifiques
 - 2.5.1. Approche globale - Complexité
 - 2.5.2. Compétence premier recours
 - 2.5.3. Relation – Communication
 - 2.5.4. Compétence Continuité, Suivi du patient et coordination des soins
 - 2.5.5. Compétence Education en santé, Dépistage et Prévention

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : Les différentes réformes de l'internat ont mis en avant la formation ambulatoire en médecine générale. Avec la diminution du nombre de spécialistes libéraux en gynécologie/pédiatrie, les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour la santé de la femme et de l'enfant. Dans ce contexte, depuis 2011 à Angers, le stage ambulatoire femme-enfant a été mis en place. Il se compose de 8 demi-journées en autonomie relative dans des cabinets de médecine générale ou structures de soins primaires, associé à une formation théorique thématifiée et des groupes d'échange de pratique.

L'étude explore la réalisation du stage ambulatoire femme enfant associé à un enseignement ciblé.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale de la circonscription facultaire d'Angers, d'octobre 2019 à février 2020.

Résultats : Onze internes de la faculté d'Angers ont participé à l'étude. Les internes interrogés ont très largement un avis positif sur le stage. La formation couplée en santé de la femme et de l'enfant ainsi que l'adéquation à la pratique future sont des critères d'appréciabilité du stage ambulatoire femme-enfant. Ils peuvent ainsi se positionner en tant que médecin généraliste de femme et d'enfant. L'association de stage en cabinet de médecine générale et de structures de soins primaire en fait un atout pour la variété des mises en situation clinique. Avec le travail conjoint des MSU, les internes peuvent construire leurs compétences et acquérir une autonomie progressive.

Conclusion : le SAFE proposé aux étudiants de la faculté de médecine d'Angers leur permet de construire les compétences requises en gynécologie et pédiatrie pour leur exercice futur. L'apprentissage par la pratique en ambulatoire sous supervision de médecins généralistes correspond aux attentes des étudiants.

INTRODUCTION

L'enseignement du DES de médecine générale repose sur plusieurs concepts pédagogiques de formation. Tout d'abord, la formation s'inscrit dans un paradigme d'apprentissage (1). La mise en situation authentique permet de favoriser une formation adaptée à l'exercice médical futur et l'acquisition de compétences par l'expérience. L'interne est acteur de sa formation et non plus passif devant l'exposition de connaissances. L'objectif étant de former un professionnel capable de s'adapter aux situations cliniques rencontrées.

Tout au long de l'internat, l'intérêt pédagogique est de développer des compétences définies par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) comme « un savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison de ressources internes et externes pour répondre à un ensemble de situations professionnelles données. » (2). C'est la combinaison de connaissances, d'un savoir être et d'un savoir-faire qui permet au professionnel d'exercer de manière optimale. L'ensemble des compétences demandées aux médecins généralistes ont été définies en 2009 dans un référentiel métier (3) avec 16 situations exemplaires qui font appels, chacune, à plusieurs compétences. Celles à acquérir sont regroupées en plusieurs grands thèmes et proposées sous la forme d'une « marguerite des compétences ».

Pour construire ses compétences, il ne suffit pas à l'interne d'être mis en situation, il faut aussi qu'il développe une réflexion autour de sa prise en charge. Il utilise alors la réflexivité. L'interne s'appuie sur l'interaction avec ses maîtres de stage universitaire (MSU) ou ses pairs, lors de supervisions ou de groupe d'échange et d'analyse de pratique (GEAP), pour appliquer ce procédé et ainsi questionner sa démarche diagnostique décisionnelle en vue d'une progression. En 2004, la réforme de l'internat de médecine générale (4) a défini les modalités d'enseignement et de formation pratique à réaliser obligatoirement pendant les 3 ans

d'internat. Notamment, elle prévoit la possibilité de réaliser deux semestres en milieu ambulatoire et un semestre obligatoire en gynécologie et/ou pédiatrie.

Une enquête nationale a recueilli, en 2014, le point de vue des internes de médecine générale sur les modalités de réalisation du DES (5). Un de leur souhait était d'augmenter la formation en stages ambulatoires, en y incluant le pôle mère-enfant, sans pour autant augmenter la durée de l'internat.

D'autres études sont favorables au développement de la pratique ambulatoire au cours de l'internat de médecine générale, quand « 72% des internes envisagent une activité libérale » (6). L'apprentissage en ambulatoire semble leur donner plus d'assurance pour leur exercice futur (7). En 2014, en préambule de la restructuration du troisième cycle des études médicales, le rapport Couraud-Privot préconisait une augmentation des stages réalisés en ambulatoire (8) avec comme objectif un stage ambulatoire réalisé chaque année pendant les trois années de l'internat.

De plus, avec la baisse du nombre de pédiatres et gynécologues libéraux depuis plusieurs années (9), les médecins généralistes se retrouvent de plus en plus sollicités à propos de la santé des femmes et des enfants. Il y a une nécessité pour les internes de MG d'avoir une formation adaptée à cette restructuration.

Depuis 2011, à Angers, des Stages Ambulatoire Femme Enfant (SAFE) ont été mis en place. Il s'agit d'une formation concernant la santé des femmes et des enfants à partir des principales situations rencontrées en médecine générale dans ces domaines. Il se compose de 8 demi-journées en autonomie relative au sein de cabinets de médecine générale ou de structures

adaptées type Protection Maternelle et Infantile (PMI) / Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) / Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF). Ces stages s'accompagnent d'une formation théorique thématifiée et de groupe d'échange et d'analyse de pratique.

Dix ans après la première expérimentation, l'évaluation de la réalisation d'un SAFE associé à un enseignement ciblé, dans la formation des futurs médecins généralistes paraissait intéressante. L'objectif secondaire était d'interroger les internes sur la construction de leurs compétences et les pistes d'améliorations à apporter au SAFE.

MÉTHODES

1. Type d'étude

Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès des internes de médecine générale sur la période d'octobre 2019 à février 2020 dans la circonscription facultaire d'Angers.

2. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'explorer la réalisation d'un SAFE associé à un enseignement ciblé, dans la formation des futurs médecins généralistes.

Les objectifs secondaires étaient d'interroger les internes sur la construction de leurs compétences et d'explorer les pistes d'amélioration du SAFE.

3. Constitution de l'échantillon

La taille de l'échantillon n'était pas définie au départ, le recrutement a été effectué jusqu'à saturation théorique des données.

3.1. Modalités de recrutement et d'échantillonnage

Les coordonnées des internes ont été fournies par le département de médecine générale d'Angers. Ils ont été contactés par email.

3.2. Critères d'inclusion

Être interne de MG à la faculté d'Angers et avoir réalisé un stage ambulatoire femme enfant entre mai 2018 et avril 2019.

3.3. Critères d'exclusion

L'une des 2 enquêtrices ayant réalisé son SAFE durant cette période a été exclue d'emblée de l'étude.

4. Recueil des données

4.1. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 01) a été élaboré à partir de la littérature et des hypothèses formulées dans le respect des lignes directrices COREQ afin d'obtenir une analyse des données la plus caractéristique possible. Deux entretiens tests ont été réalisés au préalable, permettant d'ajuster le guide d'entretien et la posture des enquêtrices. Ces entretiens tests ont été intégrés à l'étude.

4.2. Réalisation des entretiens/recueil des données

Lors du recrutement, les internes recevaient une information orale leur expliquant l'objectif de l'étude. Leur consentement écrit leur a été demandé au début de chaque entretien individuel. Ceux-ci se sont déroulés dans le lieu choisi par les internes interrogés (domicile ou faculté d'Angers). Au début de l'entretien, les caractéristiques des participants étaient recueillies (âge, sexe, nombre de stages réalisés, nombre de stage en santé de la femme et de l'enfant).

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique et intégralement retranscrits, au fur à mesure, sous logiciel traitement de texte type Word en respectant littéralement les propos. Ils ont été totalement anonymisés. L'ensemble de ces propos a constitué le verbatim de l'étude. Il n'a pas été proposé aux participants de relire les entretiens retranscrits.

5. Analyse des données

L'analyse et le codage en unité de sens du verbatim a été réalisé au fur et à mesure. Une double lecture des entretiens et du codage a été faite permettant une triangulation des données. Une analyse thématique inductive selon la théorie ancrée a été menée pour cette étude.

RÉSULTATS

1. Description de l'échantillon

11 internes de médecine générale de la circonscription facultaire d'Angers ont participé à l'étude. Ils étaient âgés de 26 à 35 ans. Les internes étaient toutes de sexe féminin. 4 internes avaient déjà effectué un autre stage en santé de la femme et de l'enfant.

Les entretiens se sont déroulés entre octobre 2019 et février 2020. La durée des entretiens était comprise entre 13 et 22 minutes avec une moyenne de 17 minutes.

Tableau I : Principales caractéristiques des participants

Internes	Âge	Sexe	Semestre du SAFE	Deuxième stage femme-enfant
1	27	F	S4	Oui
2	26	F	S4	Oui
3	27	F	S3	Non
4	28	F	S3	Non
5	28	F	S5	Non
6	31	F	S4	Non
7	35	F	S3	Non
8	31	F	S4	Non
9	29	F	S5	Non
10	29	F	S5	Oui
11	27	F	S4	Oui

2. Analyse des résultats

2.1. Appréciation globale du stage

La plupart des internes interrogés avait un **avis positif** sur la réalisation de leur SAFE.

IMG 6 : « *J'ai l'impression que j'ai appris en SAFE tout ce dont j'avais besoin pour être médecin généraliste de femmes et d'enfants. »*

IMG 10 : « *Je crois que j'ai jamais autant appris de choses et c'était mon dernier stage, il était temps, de tout mon internat donc c'est vrai que ça a été très formateur. »*

Les internes disaient avoir choisi le SAFE pour deux raisons :

- La pratique de l'**ambulatorio**
- La possibilité de faire **un stage autour de la santé des femmes et des enfants**

IMG 1 : « *Je suis venue à Angers entre autres parce que ce stage de gynéco et pédiatrie existait en ambulatorio »*

IMG 4 : « *Je suis venue faire mon internat à Angers pour faire un an et demi de stage ambulatorio »*

La majorité des internes réalisaient leur SAFE **en fin d'internat**, par choix...

IMG 10 : « *Plus c'est fait tard et mieux c'est, parce qu'il y a plein de choses à intégrer et je pense que c'est important d'être à l'aise sur le reste pour intégrer. [...] Je pense qu'on apprend plus de choses en le faisant sur la fin. »*

... ou par stratégie :

IMG 5 : « *Après, dans l'idéal, je l'aurais bien fait avant mon SASPAS mais bon il y en a très peu des stages SAFE et du coup j'avais pas accès avant le SASPAS, donc je l'ai fait après. »*

IMG 9 : « *J'avais le projet de m'installer rapidement après, donc l'idée c'était de faire le plus de libéral possible pendant l'internat [...] du coup la logique ça a été stratégiquement de commencer par le SASPAS parce que du coup j'avais plus de chance d'avoir un SAFE* »

Les internes trouvaient que la **pluralité des lieux de stage** était un avantage :

IMG 3 : « *le fait qu'il y ai trois prat', ça c'est pas mal. Ça permet de voir une patientèle différente, une approche différente.* »

Enfin, les internes appréciaient le **rythme de travail** du SAFE :

IMG 6 : « *le fait de travailler trois jours par semaine, de ne pas avoir de gardes et pas de weekend, ça influe aussi dans le choix.* » « *J'avais pris ça pour un rythme plus light que les autres, j'ai pas trouvé que c'était si light [...] c'est un rythme équilibré, ça permettait quand même d'apprécier ce qu'on faisait et de pas stresser.* »

2.2. Se positionner comme médecin généraliste

La plupart des internes soulignaient les **avantages de l'ambulatoire**, pour la formation en médecine générale :

IMG 1 : « *Et pour l'ambulatoire c'est super de pouvoir faire plusieurs stages ambulatoires, j'ai fait la moitié de ma maquette en ambulatoire. Autant continuer à développer l'ambulatoire pour les internes de médecine générale* »

IMG 2 : « *Et puis l'intérêt de faire un stage ambulatoire, qui est toujours utile dans la maquette de généraliste* »

Et la quasi-totalité d'entre eux insistaient sur **l'adéquation du SAFE avec leur pratique future** :

IMG 1 : « *Ça permettait de voir la pédiatrie qu'on verra le plus en médecine générale et pareil pour les gestes en gynécologie.* »

IMG 2 : « *Ce que ma prat' faisait en gynéco, c'était pour les 4/5ème de la médecine générale. Des choses qui pouvaient être suivies en médecine générale si on est formé.* »

IMG 3 : « *On est vraiment dans des problématiques de médecine générale et pas que de gynéco spécialisée.* »

IMG 5 : « *Que ce soit le plus représentatif des consultations de médecine générale qu'on puisse avoir après en cabinet, par rapport à de la gynéco très spécialisée ou la pédiatrie spécialisée à l'hôpital.* »

IMG 4 : « *L'important du SAFE aussi c'est pas de voir que de la gynéco et de la pédiatrie, je vois aussi tout le reste de la médecine générale* »

Les internes interrogés disaient **ne pas avoir d'attrait pour la pratique hospitalière** :

IMG 1 : « *Je n'aime pas trop l'hospitalier* »

IMG 3 : « *Parce que je n'aimais pas trop l'hôpital, voire pas du tout* »

Mais certains interviewés disaient avoir tiré de leur stage hospitalier précédent des **apprentissages** qu'ils **pouvaient adapter à la MG** :

IMG 1 : « *Donc moi en hospitalier, j'ai préféré faire la pédiatrie et donc les urgences parce que c'est ce qui se rapprochait plus de la médecine générale, ça permet de connaître les signes de gravité, savoir quand on est en médecine générale quel enfant il faut envoyer aux urgences* »

Cependant, ils reconnaissaient le risque d'être confrontés à de nombreuses situations **hors du champ de la médecine générale**.

IMG 6 : « *j'aurais plutôt tendance à favoriser l'ambulatoire parce que, aux urgences pédiatriques on apprend des choses, aux urgences gynéco aussi, mais pour moi ça reste loin de la pratique du médecin généraliste* »

Plusieurs internes trouvaient cependant une **complémentarité entre l'ambulatoire et l'hospitalier** dans leur formation de médecine générale, afin de multiplier les mises en situations mais aussi d'être en mesure de rassurer les patients sur les prises en charges hospitalières :

IMG 5 : « *Je pense que c'est assez complémentaire parce qu'on voit pas la même chose en SAFE que en service hospitalier. Donc c'est pas redondant.* »

IMG 10 : « *Parce que je trouve que quand on fait que de l'ambulatoire et que, après, on devient médecin généraliste, je trouve qu'après c'est compliqué d'orienter les patients, de leur expliquer vraiment ce qui s'y passe et de les rassurer sur leur prise en charge quand nous on passe la main. Donc je trouve que c'est intéressant vraiment d'avoir les deux visions, ambulatoire et hospitalier.* »

Les internes soulignaient en revanche un intérêt majeur à effectuer une partie ou la totalité de leur stage en structures de soins primaires, en effet, cet exercice en structures permet d'**enrichir et de varier les mises en situations** :

IMG 5 : « *C'est un centre de gynéco et d'IVG et planning familial. Donc il y a toutes les femmes pour leur suivi gynécologiques classiques, les demandes d'IVG et [...] tous les mineurs qui viennent pour le dépistage, contraception, sexualité. Donc là il y avait beaucoup de dépistage et de prévention, c'était plutôt bien orienté pour le SAFE.* »

IMG 8 : « En gynéco, le dépistage plus des violences conjugales au centre de planification, quand même, on en parlait beaucoup, parce que je faisais aussi des consultations IVG. [...] Et puis tout ce qui est dépistage MST etc » « Je sais que j'aurais pas fait autant de gestes en gynéco si j'avais été en cabinet et là-dessus je pense qu'on n'est pas tous égaux. »

IMG 11 : « Je trouve que c'est un plus par rapport à juste un stage en cabinet, parce qu'on découvre d'autres façons de faire. On connaît l'hôpital, on connaît le cabinet mais en fait il y a plein d'autres choses à côté, ça peut être la PMI, le centre de planification que j'ai trouvé vraiment intéressant, le CAMPS. On pourrait même aller voir les psychomotriciens, comment ils travaillent, ou même élargir un peu plus, l'orthophoniste par exemple ou kiné. C'est des choses qu'on prescrit mais on sait pas vraiment comment ça marche. »

Les interviewés considéraient que ces stages permettent d'avoir des **moments dédiés** à la pratique exclusive de la gynécologie ou de la pédiatrie, ce dont ils parlaient comme un des points forts du stage.

IMG 3 : « Il y en avait une qui était au planning familial tous les lundi matin et du coup ce n'était que de la gynéco, donc c'est là qu'on apprend le plus. »

IMG 10 : « Pour la PMI, j'ai eu un médecin génial qui m'a encadré et qui m'a permis d'avoir une connaissance sur tout ce qui est développement psycho-moteur de l'enfant, toutes les astuces, tous les petits matériels, comment l'utiliser, à quel moment. »

IMG 2 : « J'ai choisi un stage où il y avait une journée uniquement dédiée à la gynéco, comme ça j'étais sûre de faire vraiment que ça parce que c'est vrai que des fois chez le prat' c'est un peu compliqué de recruter que de la gynéco. »

IMG 4 : « J'avais au moins une demi-journée au moins par jour que de gynéco ou que de pédiatrie. »

IMG 6 : « *Il y avait une de mes prat' où je ne faisais que de la gynéco donc c'était très bien pour moi.* »

Pour les internes ayant choisi le SAFE, l'intérêt d'une **formation en santé des femmes et des enfants dans le DES médecine générale**, était indéniable et correspondait à leur pratique future :

IMG 1 : « *Et puis vu qu'il ne va plus y avoir beaucoup de gynécologues médicaux ni de pédiatres généralistes en ville, c'est voué à disparaître, pouvoir se former 1 an en gynéco-pédiatrie pour un médecin généraliste, je pense que c'est bien.* »

IMG 2 : « *Je pense qu'en médecine générale, c'est important d'être bien formé en pédiatre et en gynécologie. Parce que la gynécologie on en a quand même.* »

Ils mettaient donc en avant l'intérêt de ce **stage couplé**.

IMG 5 : « *Je trouve que c'était un bon compromis pour faire et de la gynéco et de la pédiatrie, j'avais pas envie de choisir de faire juste un semestre de pédiatrie ou de gynéco* »

IMG 1 : « *J'ai eu l'opportunité de refaire un stage gynéco-pédiatrie, donc j'ai fait le SAFE puisque pour notre promo les stages couplés n'existaient pas en hospitalier. C'était plus sympa de faire les couplés en ambulatoire.* »

Quelques internes avaient eu l'opportunité de compléter un premier stage de pédiatrie hospitalière par un stage plus global et incluant aussi la santé des femmes :

IMG 2 : « *j'ai pu avoir l'opportunité de faire un stage SAFE, alors que normalement c'est soit un pédiatrie soit un gynéco et j'avais déjà fait un stage en pédiatrie [...] je voulais me reformer en gynéco, particulièrement en gynéco* »

IMG 11 : « J'avais déjà fait un stage de pédiatrie aux urgences et je voulais compléter par un stage où on pouvait avoir plus d'éléments sur le suivi au long cours et je voulais aussi beaucoup compléter en gynéco, comme j'y suis pas du tout passée ni en tant qu'externe, ni en tant qu'interne. »

2.3. Travailler avec ses MSU

La **disponibilité des MSU** envers les internes était un des critères majeurs d'appréciation du stage, permettant une réassurance et une progression dans les apprentissages :

IMG 7 : « J'ai eu un de mes prat' avec qui on faisait beaucoup de pédiatrie et qui était quand même assez présente à ma demande quand il y avait besoin, donc ça c'était bien, y compris en gynéco. »

IMG 8 : « Elles étaient toujours présentes parce que j'étais dans un seul cabinet. Je travaillais sur le jour de repos d'une des deux puis l'autre était présente. Donc j'avais toujours si besoin quelqu'un qui était là. »

IMG 10 : « Dès que j'avais la moindre question, elles étaient toujours disponibles. Soit j'allais les voir, soit je les appelais si elles étaient un petit peu plus loin mais en tout cas ça a été top.»

Les internes interrogés mentionnaient les **qualités pédagogiques** de leurs maîtres de stage comme un élément déterminant de leur formation :

IMG 5 : « Moi j'ai eu un bon stage parce qu'ils se sont adaptés à mes besoins et aux objectifs que j'avais. Je pense que ça peut être aussi le piège et que ça dépend de l'investissement des maîtres de stage. »

IMG 7 : « Cette prat' était assez disponible pour pouvoir me guider, notamment en pédiatrie, elle m'a donné pas mal de choses de références et puis on échangeait beaucoup sur comment faire les choses. » « On en a fait plein, elle avait l'habitude, c'était intéressant. J'ai vraiment

appris à palper de façon correcte, à réfléchir de la bonne manière, à être à l'aise avec ces gestes-là. »

IMG 10 : *« Elles étaient hyper cool, hyper carrés dans leurs prises en charge. C'était très agréable dans les apprentissages. »*

Globalement, les internes trouvaient suffisant le **recrutement en santé des femmes et des enfants** pendant le SAFE :

IMG 4 : *« on voyait beaucoup de bébé au septième ou quinzième jour donc ça c'était hyper important parce qu'on les voit par forcément en médecine générale. »*

IMG 8 : *« j'avais deux prat' en cabinet qui faisaient beaucoup, beaucoup de pédiatrie, un peu de femmes enceintes, de suivi de grossesse. Et puis en gynéco j'ai vu plein, plein, de chose.»*

Certains internes réalisant leur stage en structures parlaient de leur rencontre avec des **populations variées et parfois précaires**, pouvant être source de difficultés pour eux :

IMG 11 : *« Et la population oui on se rend compte que la misère existe dans la ville où on habite, avec des réseaux de proxénétisme... une population précaire. »*

IMG 10 : *« En PMI, on voit beaucoup de gens qui sont dans la rue. Et là c'est compliqué. »*

Ils soulignaient l'intérêt d'être **mis en situations** « pratiques » pendant leur stage.

IMG 3 : *« On prône l'allaitement, « il faut allaiter » [...] mais dès qu'elles sont en difficultés je pense qu'on ne sait pas répondre. »*

IMG 7 : *« Je trouve que [...] tout ce qui est frottis et puis les discussions avec les dames, en fait c'est en faisant que [...] l'expérience se construit. »*

IMG 9 : « *Ce qui est difficile en gynéco-pédia en médecine générale, c'est tous les conseils pratiques que nous demande le patient. [...] l'idée de passer par le libéral, c'est d'essayer déjà de repérer ces petits trucs pratiques que t'apprends quand même moins à l'hôpital. »*

Ils considéraient comme facteur de formation **l'adaptation des mises en situations** préférentiellement autour de la santé des femmes et des enfants :

IMG 4 : « *Quand il y avait des poses de stérilets etc.... ils essayaient de les mettre les jours où j'étais là, c'était pratique. Pareil pour les suivis, ils faisaient en sorte que ça se passe comme ça. »*

Ainsi, ils voyaient la **progressivité des mises en situations** comme un élément important d'apprentissage, le temps d'observation de la pratique du MSU ayant son intérêt :

IMG 7 : « *Je trouve ça très bien qu'on soit en autonomie, c'est génial mais il y a quand même des étapes qu'on apprend en voyant nos pairs en fait. »*

IMG 9 : « *Sinon j'avais bien aimé, paradoxalement, sur mon dernier stage de repasser sur des duos. J'avais fait mon SASPAS avant mais les duos j'avais trouvé ça pas mal, parce que tu réapprends des choses en observant. »*

Ainsi, les internes appréciaient la réalisation de **consultations en « duo »** avec leur MSU notamment pour l'apprentissage d'habiletés techniques et de certaines compétences spécifiques :

IMG 1 : « *En gynéco, [...] au début on faisait les consultations qu'en duo, du coup elle m'a vraiment tout réappris sur la gynéco de base qu'on peut voir : les frottis, l'examen clinique, la palpation mammaire et puis après tout ce qui est geste technique de pose et retrait de stérilet et d'implant. Donc en gros, pendant 2 mois j'ai fait que des duos, on discutait de toutes les*

prises en charge, des gestes, de l'examen clinique et des frottis anormaux, des prélèvements vaginaux s'il y avait besoin. »

IMG 3 : *« On a fait pas mal de duos pour les gestes techniques. »*

IMG 6 : *« j'ai toujours commencé par des duos. »*

IMG 7 : *« Soit vraiment on fait à deux, [...] soit vraiment eux ils font et toi tu es là. Alors peut-être que c'est pas agréable pour eux mais moi je trouve qu'on apprend aussi comme ça, voir comment tu te dépatouilles, voir comment tu vas gérer une question d'une maman, une inquiétude, quel discours tu vas avoir...des fois c'est beaucoup dans les mots, les attitudes. »*

Ils considéraient l'absence de ces consultations duelles comme un **manque** et soulignaient leur **spécificité en ambulatoire** :

IM 7 : *« Il faut faire un peu plus de binôme en fait, parce que moi elles m'ont mises quasiment tout de suite en autonomie. » « En gynéco j'ai progressé toute seule comme je l'aurais fait dans n'importe quel stage. »*

Ils disaient s'être **progressivement autonomisés** dans leurs pratiques :

IMG 4 : *« J'étais assez autonome sauf au début sur les gestes où là, on faisait à quatre mains et puis après ils me laissaient toute seule mais du coup j'ai trouvé ça super bien, ils étaient toujours là si j'avais besoin. »*

IMG 11 : *« Un mois de duos au début puis des solos, le médecin la plupart du temps joignable.»*

Ainsi la majorité des internes soulignaient avoir été **autonome** dans la conduite des consultations mais aussi dans la gestion de leur emploi du temps :

IMG 2 : « *Pour la pédiatrie, comme j'étais déjà passée en stage urgences pédiatriques, du coup je pense que j'étais assez bien formée en pédiatrie donc j'ai très rapidement fait des solos.* »

IMG 4 : « *Mes maîtres de stage m'ont laissé assez facilement être autonome dès le début.* »

IMG 10 : « *Les médecins avec qui j'étais m'aidaient, enfin me laissaient gérer mon planning comme je voulais.* »

Ils considéraient que leur capacité d'**auto-formation** était sollicitée durant leur stage :

IMG 4 : « *Mais en même temps j'apprenais sur le tas. J'apprenais plus en faisant ça que d'être observée tout le temps derrière.* »

IMG 7 : « *Moi je me suis remise toute seule à niveau.* » « *Quand je l'ai fait (à propos de la pose de stérilet), j'avais pas été très encadrée. Et puis il y avait quand même les ateliers de simulation. J'ai pris mon temps, je me suis posée, j'ai même gardé ma notice ouverte à côté j'ai fait étape par étape, ça s'est très bien passé.* »

Ils soulignaient **l'importance des supervisions indirectes** pendant lesquelles ils retravaillaient avec leur MSU les consultations menées par l'interne :

IMG 1 : « *C'était selon les cas cliniques et le soir on débriefait et souvent on approfondissait un point particulier avec ma prat' donc une fois c'était le prélèvement vaginal, une fois c'était le frottis anormal, une fois c'était [...] les adénopathies axillaires – est ce qu'on fait une échographie, une mammographie, tout ça.* »

IMG 3 : « *Il y a pas mal de debriefing c'est vrai, surtout en gynéco, des debriefing indirects en fin de journée, c'est pas mal.* »

IMG 4 : « *Pour le debrief', ça dépendait des maîtres de stage. En général c'était soit le midi, on faisait un demi-point le midi ou tout le soir ça dépendait mais j'avais au moins une demi-heure de debrief' chaque jour. »*

IMG 8 : « *J'étais très vite en solo parce que j'avais fait mon SASPAS avant. [...] Et puis sinon, dans la journée, elles me laissaient seule et puis on faisait un debriefing le soir. »*

IMG 10 : « *A chaque fois quasiment, en fin de journée, ça c'est sûr, on refaisait le point sur absolument tous les patients. Alors arrivée en dernier semestre, c'est un petit peu bizarre, mais c'était très bien. »*

La plupart internes pouvaient faire **prendre en compte leurs besoins de formation** à leurs MSU :

IMG 8 : « *J'en ai discuté avec ma prat' et puis on s'est arrangé finalement, parce que je n'y arrivais pas, je suis nulle en imagerie et puis je voyais pas l'intérêt d'apprendre ça en dernier semestre. »*

... mais d'autres disaient **ne pas avoir été entendus** :

IMG 7 : « *Moi ça a été trop d'autonomie tout de suite, j'ai essayé de leur dire mais... »*

Les interviewés considéraient la **formation supplémentaire de leurs maîtres de stage**, en gynéco, comme un gage de qualité de formation pour eux :

IMG 4 : « *Deux de mes maîtres de stage avaient fait un DU de gynéco donc elles étaient quand même calées là-dessus. »*

2.4. Cibler les limites de sa formation

Un des internes disait **ne pas être satisfait de son stage**, par rapport à la valence de la santé des femmes et des enfants :

IMG 7 : « *J'ai posé que deux stérilets au total donc je suis hyper déçue. Franchement, je suis un peu déçue de mon SAFE. [...] C'était un bon stage ambulatoire mais c'était pas un bon SAFE.* » « *Pour les gestes techniques je suis déçue. Je trouve que le SAFE n'a pas du tout répondu à mes attentes.* »

Plusieurs internes soulignaient que la **période de stage** influait parfois de manière négative sur les mises en situations :

IMG 6 : « *j'ai fait mon stage l'été, mais je pense que l'hiver j'aurais pu avoir moins de gynéco, et plus de virose hivernale* »

IMG 11 : « *c'était un stage d'hiver donc il y avait beaucoup d'épidémies, notamment chez les enfants* »

Une autre personne évoquait une **stagnation de ses apprentissages**.

IMG 2 : « *J'ai absorbé toutes les urgences du jour, toutes les gastros et tous les rhumes donc voilà. A la fin du stage ça avait un intérêt très limité dans l'apprentissage.* »

Certaines internes ressentaient des **manques de formation pendant leur SAFE**, comparé à des apprentissages issus de leur **expérience personnelle** :

IMG 3 : « *J'ai plus appris en étant suivie pour ma grossesse à moi qu'en stage.* »

IMG 7 : « *Honnêtement, j'en ai appris au moins autant sur le dépistage des enfants avec la pédiatre de mes enfants qu'avec mes maîtres de stage.* »

En effet, les interviewés cernaient le **manque de mises en situations cliniques** en rapport avec la **santé des femmes et des enfants comme la principale limite du SAFE** :

IMG 2 : « *Pour les stages prat', je trouve que j'ai très peu fait de gynéco donc c'est vrai que c'est un peu dommage. Je me dis que les SAFE qui ont que des prat' de médecine générale, je sais pas si du coup ils recrutent suffisamment de gynéco pour être à l'aise sur les poses de stérilets et les poses d'implants qui sont quand même relativement rares en médecine générale. [...] Pareil pour les suivis de grossesses, ma prat' de gynéco ne faisait pas les suivis de grossesses et en médecine générale j'en ai très peu vu finalement.* »

IMG 3 : « *Il y a des jours où je n'avais pas de gynéco, je voyais un enfant, enfin voilà, après je voyais sa patientèle classique. Alors elle essayait de mettre le maximum sur mes jours, mais parfois ça tombait mal.* » « *Il y a plein de sage-femmes qui font les suivis de grossesses, donc elles ont du mal à recruter leurs patients.* »

IMG 7 : « *C'était pas vraiment du SAFE. C'était beaucoup de médecine tout venant, donc voilà. Et ça je trouve que c'est dommage parce que, tu vois, vu que ce que moi je venais chercher, ben ça m'a un petit peu manqué.* »

IMG 11 : « *On pourrait compléter davantage parce que moi, en gynéco, je ne me sens pas encore suffisamment bien, j'aurais pu être mieux formée.* »

IMG 7 : (à propos des mallettes Sensory Baby Test) « *Je ne les ai pas vu passer. J'en ai une qui m'a dit « maintenant que je suis maître de stage SAFE, il faudrait que je développe ça »*

Cependant, le **manque de spécificité pour la gynécologie/pédiatrie** était parfois rapporté à une **absence de sélection des motifs de consultation**.

IMG 5 : « *C'est bien d'être en cabinet mais c'est pareil il faudrait s'assurer qu'il y ai le plus possible de recrutement de gynécologie et de pédiatrie et pas se retrouver à faire un espèce*

de stage prat' bis ou SASPAS bis parce que je pense que ça arrive aussi. Donc il faut coupler, qu'il y ait du cabinet mais avec d'autres structures. »

IMG 2 : *« A la fin du stage ça avait un intérêt très limité dans l'apprentissage [...] finalement les secrétaires elles me mettaient les jeunes et les enfants, que ce soit pour tout et n'importe quoi. »*

Les internes, dont les stages se déroulaient intégralement en **PMI**, évoquaient également un **manque de variétés cliniques** :

IMG 1 : *« Moi j'ai eu la chance de faire les urgences pédiatriques avant, mais quelqu'un qui n'avait pas fait ce stage avant, de un, on ne voit pas les pathologies aiguës de l'enfant et de deux, c'est un stage qui est limité pour les enfants de zéro à six ans. »*

IMG 5 : *« En même temps, faire cent pour cent PMI c'est pareil, faire que du suivi, il y a moins d'urgences pédiatriques et pas de gynécologie. J'aurais pas pris un stage cent pour cent PMI, dans ce cas-là autant faire un semestre entier en pédiatrique hospitalière où on voit presque plus de choses variées. »*

IMG 11 : *« La PMI m'aurait moins intéressée parce que faire des consultations où il y a énormément d'aide à la parentalité... enfin ne faire que ça... Après sous forme de 4-5 journées, oui. »*

Quelques internes notaient des **difficultés lors de leur mise en autonomie** : pour l'un d'eux, **l'excès d'autonomie** avec un MSU a fait perdre de l'intérêt au SAFE... :

IMG 7 : *« En fait beaucoup toute seule, j'ai eu un SAFE qui était un peu un SASPAS et c'était un peu frustrant. »*

Tandis qu'avec un autre MSU, il regrettait un **manque d'autonomie** :

IMG 7 : *« C'était la première fois qu'elle était maître de stage donc elle était très présente au début, elle avait du mal à lâcher la main. »*

Un autre interne disait avoir eu une mise en **autonomie brusque** :

IMG 6 : *« Il y en a une, elle m'a très vite lâchée en solo, elle était joignable mais pas dans le cabinet, la deuxième elle m'a lâchée en solo au bout de trois semaines, la troisième c'était un peu plus compliqué, elle faisait que de la gynéco en plus, j'étais longtemps en duo puis du jour au lendemain je me suis retrouvée toute seule et elle habitait à une demi-heure donc ça c'était un peu plus compliqué. »*

Certains interviewés trouvaient les **modes d'exercices spécifiques stressants** :

IMG 2 : *« C'est vrai que c'était hyper stressant les journées de gynéco. »*

IMG 8 : *« C'était dur, il y avait un gros rythme. Au début quand t'es pas à l'aise sur les gestes techniques et qu'il faut aller vite, [...] j'en ai un peu bavé au début quand même, sur les poses de stérilet, d'implants et tout ça, un peu à la chaîne. »*

Un interne se questionnait aussi sur sa **légitimité** à assurer des consultations qu'il jugeait « spécialisées » autour de la santé des femmes :

IMG 6 : *« Souvent, on avait des patientes qui étaient envoyées par un médecin généraliste pour des questionnements et moi je ne me sentais pas forcément à ma place à répondre. Moi j'étais interne en médecine générale et elles, elles étaient persuadées de voir un gynéco mais ça c'est un autre débat. »*

Certains internes relevaient des **difficultés d'organisation pratique** :

IMG 5 : « *Le plus compliqué c'est que je devais être le vendredi matin au SUMPPS et là il y avait souvent cours, ça c'était un peu pénible pour le coup.* »

IMG 11 : « *Ce serait plus logistique qu'il y ait des logements dans les stages un peu loin. [...] J'avais une heure de route et pas de logement à disposition.* ».

2.5. Elaborer des compétences spécifiques

Les internes exprimaient des **attentes précises** pour leur formation en santé des femmes et des enfants.

Elles concernaient, pour la grande majorité, **l'apprentissage des gestes techniques en gynécologie** :

IMG 3 : « *Surtout les gestes techniques, stérilets, implants...* »

IMG 7 : « *En gynéco en tout cas, j'avais envie d'être à l'aise avec les gestes techniques surtout, le suivi de grossesse.* »

IMG 8 : « *Surtout des gestes gynéco : pose de stérilet, implant... surtout les gestes techniques. C'est pour ça que j'avais choisi le centre de planification, parce que je savais qu'il y en avait beaucoup.* »

Mais ils souhaitaient aussi améliorer leur **compétence en suivi de contraception** :

IMG 4 : « *Tout ce qui est contraception, pour être plus calée là-dessus.* »

Et en **suivi du développement de l'enfant** :

IMG 4 : « *Surtout, ça peut paraître tout bête, mais l'examen du nouveau-né.* »

IMG 6 : « *C'était intéressant pour moi de voir ce que c'était et d'apprendre pas que à gérer les urgences que tu apprends pour les ECN, mais aussi la vraie vie.* »

IMG 7 : « *Tous les suivis systématiques, [...] à quel âge tu fais quoi. Et puis tous les dépistages sensoriels, auditifs, visuels... »*

IMG 8 : « *Du suivi classique de médecine générale. Je voulais vraiment voir tous les petits maux de bébés... les choses qui nous servent au quotidien. »*

Avant de commencer leur stage, les internes évaluaient globalement leurs **niveaux de compétence**.

Certains s'estimaient novices :

IMG 3 : « *Je n'en avais pas du tout fait de la pédi donc c'était vraiment la découverte. »*

IMG 6 : « *En gynécologie, je ne savais à peu près rien faire. [...] Puis la pédiatrie là encore, j'en avais fait un peu externe à l'hôpital et un petit peu pendant mon stage prat' mais je connaissais assez peu la pédiatrie de ville. »*

D'autres se disaient intermédiaires :

IMG 7 : « *Avec les enfants j'étais assez à l'aise »*

Deux internes pensaient que leur **expérience personnelle** ou **professionnelle antérieure** avait une influence sur leurs compétences initiales :

IMG 3 : « *je suis maman de deux enfants jeunes, donc je suis assez à l'aise en pédiatrie. »*

IMG 8 : « *Après moi, c'est un peu biaisé parce que j'ai fait des études de sage-femme avant. Donc peut-être que ça biaise un peu mon avis, parce que je suis plus à l'aise du coup en gynéco. »*

2.5.1. Approche globale - Complexité

La plupart des internes considéraient que le SAFE leur avait permis de développer leur compétence à une **approche globale, en santé de l'enfant** :

IMG 1 : « *Développer ses capacités d'examen systématique de l'enfant et sa prise en charge globale* »

IMG 5 : « *il y avait un des cabinets où il y avait de la pédiatrie comme beaucoup de médecins généralistes font, c'est à dire du suivi de l'enfant classique, vaccins, suivi de nourrissons* »

Et notamment dans l'**aide à la parentalité** :

IMG 11 : « *Je me suis rendue compte qu'il y avait pas mal d'aide à la parentalité aussi.* »

IMG 9 : « *[...] J'ai appris pas mal aussi sur l'accompagnement psychologique des enfants, parce que j'en ai eu plusieurs avec des situations « carabinées »* »

Ainsi que dans la **santé des femmes** :

IMG 8 : « *les patients avaient l'habitude, enfin les patientes surtout. Elles adhéraient complètement au suivi.* »

2.5.2. Compétence premier recours

Plusieurs internes rapportaient des **mises en situations de premier recours** mais moins d'**urgences** notamment concernant la santé des femmes :

IMG 9 : « *on a eu une épidémie de varicelle, des questions aussi sur une épidémie de rougeole sur les crèches aux alentours donc on a eu pas mal de questions par rapport à ça. J'ai vu une appendicite.* »

IMG 11 : « *C'était un stage d'hiver, donc il y avait beaucoup d'épidémies, notamment chez les enfants* »

MG 8 : « *Je ne crois pas... J'ai dû envoyer des enfants aux urgences mais après j'ai pas eu de soins d'urgences à faire... ni en gynéco* »

IMG 4 : « *En gynéco surtout avec les suspicions de GEU avec des violentes douleurs abdominales et des métrorragies qui sont pas habituelles, mais juste une fois* »

IMG 11 : « *Un peu de MST et gynéco aiguë. Forcément moins en gynéco, mais oui quelques symptômes particuliers que ce soit douleur au sein ou pelvienne.* »

2.5.3. Relation – Communication

La majorité des internes avaient travaillé sur la **relation médecin-patient**.

IMG 3 : « *Prendre le temps en fait pour la première contraception, pas juste prescrire la pilule, je trouve ça important pour elles. Établir une relation de confiance [...] qu'elles s'intéressent pour revenir les prochaines fois, à 25 ans faire leur frottis.* »

2.5.4. Compétence Continuité, Suivi du patient et coordination des soins

Certains internes soulignaient l'intérêt du stage ambulatoire dans le **suivi des patients** et notamment le rôle central du médecin traitant.

IMG 9 : « *en libéral tu es au cœur, le rôle du médecin traitant tu es en plein dedans notamment sur le suivi des nourrissons ou plus grand d'ailleurs, parce que quand t'es dans un cabinet où le médecin les connait depuis 10 ans c'est plus facile. Pareil sur les suivis de grossesse, les changements de contraception.* »

Ils disaient avoir été en contact avec des **situations de suivi variées** :

IMG 6 : « *des suivis d'enfant que j'ai vu sur plusieurs mois, pour les bébés c'était intéressant, de la puériculture mais aussi des urgences, du suivi d'enfant, un peu tous les âges, même les ados donc ça, ça m'a bien plu.* »

Tous les internes ont rapporté l'acquisition de compétences dans le **suivi de l'enfant**, notamment le **suivi systématique et le développement psychomoteur** que ce soit en cabinet de médecine générale ou en PMI.

IMG 1 : *« C'est du premier recours dans le développement de l'enfant, c'est plutôt du suivi du développement de l'enfant de 0 à 6 ans. »*

IMG 2 : *« c'est vrai que ce qui était plus intéressant c'était les suivis, les consultations de suivi, de dépistage, de développement psychomoteur donc c'est vrai qu'on les faisait chez les bébés jusqu'à peu près deux ans »*

IMG 10 : *« Pour la PMI, j'ai eu un médecin génial qui m'a encadré et qui m'a permis d'avoir une connaissance sur tout ce qui est développement psycho moteur de l'enfant, toutes les astuces, tous les petits matériels, comment l'utiliser, à quel moment. »*

Ils disaient s'être aidé d'**outils informatiques** spécifiques au suivi de l'enfant.

IMG 7 : *« Elle m'a donné quelques sites aussi, je pense au site pédia-doc, c'est tout bête mais en fait perso j'ai pas encore assez d'expériences pour être systématique [...] Quand je sais que j'ai un examen systématique d'un enfant, je vais mettre pédia-doc »*

Ils évoquaient également l'acquisition de compétences dans le **suivi de l'adolescent** y compris lors de conduites à risques :

IMG 9 : *« J'ai vu quelques ado [...] j'en avais vu une avec des conduites à risque qui faisait un peu n'importe quoi et ne prenait pas conscience des risques qu'elle prenait donc on avait pas mal abordé ça. »*

Concernant le **suivi de grossesse**, les internes avaient des avis partagés, certains avaient pu se former à ce suivi :

IMG 6 : « *Finally l'obstétrique ça m'a vite plu, je me suis sentie à l'aise et puis d'en faire beaucoup après ça devient des automatismes donc ça, ça m'a plu.* »

IMG 1 : « *Mais on faisait du suivi de grossesse jusqu'au septième mois* »

Ils disaient avoir utiliser des **outils informatiques spécifiques** :

IMG 7 : « *J'ai beaucoup bossé toute seule et pour le suivi de grossesse je me suis beaucoup inspirée de gesta-clic* »

D'autres, en revanche, regrettaient le **manque de formation à ce suivi** :

IMG 2 : « *sur les suivis de grossesse ma prat de gynéco ne faisait pas les suivis de grossesse et en médecine générale j'en ai très peu vu finalement, ça c'est un peu dommage aussi.* »

IMG 3 : « *Le suivi de grossesse j'en ai vraiment pas fait beaucoup. Je trouve que c'est ça qui m'a manqué.* »

Tous les internes interviewés abordaient l'apprentissage du **suivi de contraception** :

IMG 4 : « *Par exemple en gynéco, quand on parlait de contraception, après, je pouvais par exemple quand on décidait de poser un stérilet les reconvoquer une semaine ou autre pour poser le stérilet en question. Et puis de la revoir un ou deux mois après pour refaire le point* »

IMG 6 : « *J'ai aussi progressé en contraception même si je trouve que ça reste une partie très complexe* »

IMG 11 : « *Les compétences en termes de contraception au planning familial, c'est quand même l'activité principale [...] c'était des demandes de contraception des jeunes filles, plus ou moins mineures, plus ou moins à la discrétion des parents* »

Quelques internes évoquaient le **suivi des femmes ayant eu recours à une Interruption Volontaire de Grossesse** (IVG), la pratique de celle-ci leur apparaissait comme une compétence hors du champs de la médecine générale.

IMG 1 : « *Après, on ne pouvait pas faire de suivi pour les interruptions de grossesse, les patientes devaient aller au CHU* »

IMG 2 : « *Tout ce qui concerne les questions IVG comme je pense que j'étais pas trop amenée à en faire je me suis pas trop acharnée là-dessus.* »

Une des internes interrogées expliquait s'être formée sur le **suivi de la femme ménopausée** alors qu'une autre regrettait le peu de situations rencontrées :

IMG 7 : « *il y en a quand même une avec qui on faisait beaucoup de gynéco, beaucoup de gynéco avec des femmes ménopausées.* »

IMG 5 : « *Je trouve ce qu'on a le moins, c'est des femmes ménopausées, j'en ai vu un peu mais c'est peut-être ce que j'ai le moins vu comme public.* »

2.5.5. Compétence Education en santé, Dépistage et Prévention

Tous les internes ont abordé **l'apprentissage des dépistages de l'enfant**, et de leurs outils, notamment concernant :

Les **troubles du langage** :

IMG 4 : « *Elles avaient le test ERTL 4 des 4 ans, le test du langage* »

IMG 9 : « *effectivement sur le dépistage, j'ai appris pas mal de chose, des nouveaux outils que j'avais pas : ERTL4, je connaissais pas pour le dépistage du langage, à mieux utiliser le SSBT, dans le suivi des petits* »

sauf pour une :

IMG 8 : « *J'ai pas fait le dépistage du langage, elles le faisaient pas, le ERTL 4, ça j'ai jamais fait, donc je regrette un peu.* »

Les **troubles visuels et auditifs** :

IMG 2 : « *Pour les gestes par rapport aux enfants, mes prat avaient la mallette Sensory Baby Test, donc c'est vrai que pour le coup je l'ai fait avec tous les bébés.* »

IMG 8 : « *Oui voilà, Sensory Baby Test. Donc ça je l'ai utilisé beaucoup, c'était la première fois que je l'utilisais. Et ça je l'utilise encore et je sais que je l'intégrerai dans ma pratique plus tard.* »

IMG 4 : « *Sinon, c'était tout ce qui était cataracte, rétinoblastome, tout ça au niveau visuel. Pour les enfants plus âgés, c'était tout ce qui était dépistage visuel, auditif. Ça c'était hyper intéressant parce que j'étais pas très à l'aise là-dessus.* »

Et les **troubles ostéoarticulaires** :

IMG 4 : « *Tout ce qui est pour la luxation congénitale de hanche, d'ailleurs on a eu deux fois où les maternités ont raté de faire l'ordonnance pour l'échographie* »

IMG 3 : « *Surtout pour les examens systématiques, donc là on refait tous les dépistages, scoliose, on refait le point sur les vaccinations* »

Quelques internes abordaient également la compétence de la prévention, par rapport en particulier à la **vaccination des nourrissons et des enfants** :

IMG 1 : « *concernant la vaccination en pédiatrie, c'est acquis.* »

Concernant le **dépistage en santé de la femme**, les internes se disaient plus à l'aise pour proposer et réaliser les dépistages notamment pour les **frottis et la palpation mammaire**.

IMG 6 : « *Pour les dépistages j'ai appris aussi, à les proposer plus régulièrement, plus facilement et surtout avec plus de simplicité parce que parfois on n'ose pas.* »

IMG 7 : « *j'ai vraiment appris à palper de façon correcte, à réfléchir de la bonne manière, à être à l'aise avec ces gestes là. Donc j'ai pas peur de passer à côté d'un truc* »

Les internes abordaient aussi la **prévention des violences conjugales et des risques liés à la sexualité** comme les Infections Sexuellement Transmissibles :

IMG 8 : « *Et puis en gynéco, le dépistage plus des violences conjugales au centre de planification, quand même, on en parlait beaucoup. Parce que je faisais aussi des consultations IVG. Donc il y a beaucoup de questions autour de tout ça. Et puis tout ce qui est dépistage MST etc....* »

IMG 10 : « *Déjà aborder la sexualité, de manière plus aisée. [...] Il y a eu aussi pas mal au niveau du dépistage de la violence, puisqu'en gros c'était des consultations où on faisait effectivement tout ce qui était sexuel, mais pas que. [...]* »

2.5.6. Gestes en gynécologie

Tous les internes exprimaient des attentes fortes concernant la **pratique de gestes techniques en gynécologie**. Le développement de ces habiletés techniques a été plus ou moins effective selon les internes et pouvait constituer un élément de mauvaise appréciation du stage.

Suite à leur SAFE, la plupart des internes se disaient à l'aise dans la pratique de ces gestes.

IMG 1 : « *Pour la gynécologie, pour ce qui est pose de speculum, frottis, pose et retrait d'implant, ce stage a été très intéressant et j'ai acquis toutes ces compétences-là. »*

IMG 5 : « *pour le coup j'avais Flora Tristan, et le SUMPS qui accueille des étudiants et donc il y avait largement de quoi faire, pose/retrait de stérilet, donc ça j'en ai fait, c'était bien adapté. J'ai de la chance d'en faire suffisamment pour être à l'aise »*

Certains ne s'estimaient pas suffisamment formés :

IMG 6 : « *Et en gynéco oui les gestes j'en ai pas fait beaucoup et c'est quelque chose que je fais pas [...] Je me sentais pas suffisamment à l'aise, même à la fin du stage. »*

IMG 11 : « *On avait remarqué avec la plupart des personnes qui étaient en SAFE que ça avait manqué de gestes de gynéco parce que c'est pas simple à mettre en place et que les patientes préfèrent avoir leurs médecins habituels. »*

2.5.7. Compétence Professionnalisme

Au travers des différentes expériences rencontrées en SAFE, les internes disaient avoir développé leur **professionnalisme**. Ils se projetaient dans leur exercice futur et exposaient à la fois la confiance dans leur exercice et la manière dont ils continueraient à développer leurs compétences :

IMG 7 : « *Moi je voudrais pouvoir pratiquer la gynéco de façon complètement autonome dans mon cabinet. Je m'installe dans un désert médical à la fin de l'internat. Je veux pouvoir gérer mes patientes »*

IMG 6 : « *Je savais pas exactement ce que je voulais faire et je voulais savoir si la médecine générale ambulatoire me plaisait donc j'avais besoin de revoir le rythme de consultation, le*

motif inconnu quand le patient rentre, la gestion du temps, la gestion de la re-convocation du patient, faire payer le patient... j'avais besoin de me remettre dans ce bain-là. »

IMG 8 : *« Oui, pour le coup clairement. J'en ai reposé (stérilets) en tant que remplaçant. Tu en poses quand même moins quand tu remplaces, et à chaque fois ça s'est bien passé. J'ai dédramatisé la chose. »*

IMG 7 : *« J'avais envie je sais pas si ça existe, mais j'avais envie de faire un DU de pédiatrie, j'ai envie d'être plus compétente en pédiatrie. »*

Les internes soulignaient avoir **élargi leur réseau professionnel** lors de ce stage :

IMG 2 : *« C'est intéressant de savoir comment fonctionne une PMI, à qui on adresse quand on a un doute et comment dire aux parents qu'ils vont être reçu par une IDE ou une puéricultrice, de savoir comment ça se passe dans la structure pour pouvoir dire aux parents le déroulement.»*

IMG 7 : *« J'ai une de mes prat' qui travaille en pouponnière et qui m'avait laissé l'accompagner et c'était assez intéressant de voir le fonctionnement aussi quoi. C'était juste une journée ou deux mais ça te donne une idée de ce qui s'y passe, en découverte c'est bien. »*

IMG 8 : *« Moi je sais que je veux travailler dans la région donc ça me permet d'avoir des interlocuteurs plus tard. »*

IMG 11 : *« J'ai appris même plus avec les conseillères conjugales, familiales qui sont des anciennes sages-femmes et qui accueillent des femmes parfois dans des détresses pas possibles. »*

2.6. Réfléchir à ses actions

2.6.1. Evaluation positive des enseignements et des GEAP

Les internes s'estimaient **satisfaits** des enseignements pratiqués lors du SAFE :

IMG 2 : « *non les cours franchement je les ai trouvés très bien, rien de particulier à dire, les GEAP étaient intéressants aussi.* »

Ils soulignaient le **côté pratique** des enseignements, adapté à la médecine générale.

IMG 5 : « *Le format des cours est à garder en tout cas. Des cours pratico-pratiques.* »

IMG 8 : « *C'était bien parce que c'était vraiment du pratique. Ça répondait vraiment à des consultations ou des problématiques de médecine générale.* »

Ils appréciaient les enseignements sous **forme de présentations ou de travaux dirigés** pour leur qualité pédagogique.

IMG 8 : « *Déjà nous on apprenait beaucoup en la faisant et puis en fait c'était fait par des internes donc ça répondait à des questions d'internes. Donc en fait non, c'était très bien.* »

IMG 9 : « *Les gestes, dans le TD de gynéco qu'on a dans les cours de SAFE est vachement bien pour ça, parce que tu t'entraînes à reposer un stérilet, à faire quelques gestes [...] ça m'a permis d'être plus en confiance notamment sur les poses de stérilet.* »

Ils pensaient que la variété des intervenants renforçait leur formation :

IMG 6 : « *je garde un très bon souvenir du cours des urgences gynéco, c'était intéressant de faire varier les intervenants [...] je trouve que c'est bien aussi d'avoir des cours de spécialistes [...] mais en plus son cours c'était adapté aux médecins généralistes [...] c'était vraiment très concret.* »

Concernant les **Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratique** (GEAP), les internes mettaient en avant la **convivialité du petit groupe** facilitant les échanges constructifs.

IMG 1 : « *Que ce soit les GEAP, on a la chance de n'être que 11 donc ça nous permet d'avoir une proximité* »

IMG 5 : « *Il faut avoir une bonne dynamique de groupe, ça permet d'échanger les connaissances, même les petites recherches qu'on doit faire à la fin des groupes c'est toujours un peu contraignant mais ça apporte à tout le monde.* »

IMG 8 : « *Oui, j'ai toujours aimé ça moi. Parce que ça permettait de revenir sur des situations difficiles en consultations, de se rendre compte qu'on avait un peu tous les mêmes difficultés ou interrogations.* »

Pendant le semestre d'hiver, les GEAP comprenaient des étudiants en maïeutique et des internes de médecine générale. La plupart des internes soulignaient que la journée de **rencontre interprofessionnelle** avait été enrichissante, mais que la participation des étudiants en maïeutique aux GEAP était d'un intérêt plus limité :

IMG 1 : « *On avait fait un cours initial ensemble pour connaître les compétences des uns des autres et c'était très intéressant mais la participation aux GEAP n'était pas très intéressante.*»

MG 7 : « *ça n'apportait pas grand-chose, après c'était intéressant d'avoir un public varié* »

IMG 7 : « *déjà on n'a pas les mêmes âges je pense, pas la même approche. Elles étaient beaucoup plus scolaires [...] elles étaient quand même très passives en fait* »

2.6.2. Limite des enseignements

Les internes relevaient une redondance de certains enseignements, une inadéquation par rapport au déroulement du semestre et un manque de formation sur l'allaitement.

IMG 3 : « C'est très intéressant par contre il y a un doublon, les gestes techniques justement, je crois que je l'avais déjà fait en module A comme je savais pas que j'allais faire un SAFE. C'était bien orienté, c'était utile à la pratique »

IMG 4 : « J'ai adoré tout ce qui était gestes techniques même si c'était, il me semble, un peu tard. Je crois que c'était bien deux mois après le début du stage, c'était pas au tout début [...] peut être le faire un peu plus tôt »

IMG 3 : « On a eu un cours sur l'allaitement mais il y a des questions pratiques, je ne sais pas y répondre. Je trouve qu'on n'est pas assez formé. »

2.7. Explorer des pistes d'amélioration du SAFE

Plusieurs internes soulignaient l'intérêt de faciliter l'accès des internes au SAFE en **augmentant le nombre de postes** :

IMG 4 : « Il faudrait qu'il y ait plus de places justement. Plus de personnes qui pourraient en bénéficier parce que je pense qu'il y en a beaucoup qui pourraient vouloir. »

IMG 5 : « Il faudrait pouvoir ouvrir plus de terrains de stage SAFE. C'est un bon stage je pense. »

Ils pensaient que favoriser les stages alternant une **activité en cabinet de ville et en structures** notamment en Protection Maternelle et Infantile (PMI) permettrait un apprentissage plus varié et plus spécifique :

IMG 2 : « Dans mon stage où il n'y avait pas de PMI, ça reste quelque chose que je ne connais pas trop donc c'est vrai que ça aurait pu valoir le coup de mixer un tout petit peu plus les stages et de dire moitié moitié cabinet médecine générale moitié en PMI. »

IMG 4 : « Le CEGIDD ce serait vraiment plus spécifique, ça permet de s'améliorer encore plus là-dessus, tout ce qui est dépistage, prévention etc... Chaque lieu permettrait d'avoir des connaissances plus spécifiques dans ce milieu-là parce qu'effectivement les généralistes, même s'ils ont un DU que ce soit en pédiatrie ou en gynéco, ils ne sont pas très calés sur ce sujet-là. »

IMG 5 : « Je pense que passer en PMI ça peut être vraiment bien, dans le plus possible de terrain de stage, pour faire plus d'examens systématiques de nourrisson, chose qui n'est pas vraiment toujours faite si on fait que du cabinet de médecine générale. » « Flora Tristan c'est l'idéal pour tous les gestes, je sais pas s'il y a d'autres structures comme ça. Je sais qu'il y a d'autres stages SAFE où on ne fait pas autant de gestes et c'est dommage. »

IMG 8 : « On entendait en GEAP ceux qui passaient en PMI, c'était aussi, enfin très formateur. Peut-être varier les lieux de stage ? Je sais pas, c'est difficile en même temps. »

Devant cet intérêt, de nombreux internes proposaient d'**augmenter le nombre de postes** de ces stages mixtes :

IMG 6 : « Je me posais la question de savoir s'il fallait pas essayer, dans chaque SAFE, de mettre un peu plus d'institutionnel, de la PMI, du CEGIDD [...], finalement j'aurais voulu faire un peu de PMI pour vraiment être « blindée » en dépistage en pédiatrie. »

IMG 7 : « Moi du coup j'aurais choisi Flora Tristan, après en PMI peut-être aussi [...], ou il faudrait peut-être alterner les deux, j'en sais rien, pour le côté un peu systématique de certains examens. »

IMG 9 : *« C'est vrai que faire un petit tour au CAMPS ça pourrait être intéressant, le CEGIDD aussi, après je sais qu'il y a un stage qui ne fait que ça, je ne suis pas sûre que le faire pendant 6 mois ce soit forcément bien. Alors est ce qu'il faut faire comme ils font sur le prat', des petits sauts de puce dans des structures ? » « Ça peut être intéressant, après en gardant une majorité de libéral parce que c'est aussi pour ça qu'on le choisi. Je pense que c'est intéressant pour tout le monde de voir autre chose que le libéral. »*

Les internes souhaitent que soient organisés des **moments dédiés** à la pratique gynécologique ou pédiatrique.

IMG 3 : *« Il y en avait une qui était au planning familial tous les lundi matin et du coup c'était que de la gynéco donc c'est là qu'on apprend le plus. »*

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

L'échantillon est restreint en taille mais représente la moitié de la population cible : 11 internes sur 21 ont accepté de participer à l'étude. La suffisance des données a tout de même été obtenue au terme des entretiens.

De plus, il manque de diversité, étant exclusivement composé de femmes, par absence de réponse favorable de la part des internes masculins sollicités.

Il existe aussi un biais de sélection lié au type d'étude. Les internes étaient informés du thème de l'étude afin de savoir s'ils souhaitaient y participer. On peut penser que ceux qui acceptaient d'y participer étaient plus susceptibles d'être intéressés par ce sujet.

Les enquêtrices n'avaient pas d'expérience préalable à mener des entretiens semi-dirigés. Pour limiter un possible biais d'influence, deux entretiens tests ont été réalisés pour adapter les relances et des temps de silence ont été respectés lors des entretiens.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés avec un questionnaire à questions ouvertes a permis aux internes de s'exprimer plus librement et ainsi d'enrichir les réponses obtenues.

La triangulation des résultats par triple codage, celui de chacune des deux enquêtrices et celui de la directrice de thèse a permis d'obtenir une analyse plus précise en augmentant sa valeur.

2. Principaux résultats

2.1. Objectif primaire : explorer la réalisation du SAFE par les internes de médecine générale

2.1.1. Définir les critères d'appréciabilité du SAFE

Les internes interrogés avaient très largement un avis positif sur le SAFE. Les stages réalisés en ambulatoires sont, de manière générale, attrayants pour les étudiants en médecine (10). De plus, le SAFE permet une formation couplée en santé de la femme et de l'enfant sans avoir à mettre de côté l'une des deux. La pluralité des lieux de stage proposés fait également partie des critères d'appréciabilité du SAFE.

2.1.2. Se positionner comme médecin généraliste

L'adéquation à la pratique future, surtout en gynécologie et pédiatrie, était mise en avant par les internes, leur permettant de se positionner comme médecin généraliste de femmes et d'enfants. Ces résultats sont concordants avec la thèse de Matthieu Colchen en 2016 (11) qui mettait en évidence l'intérêt d'une formation pratique en gynécologie pour l'exercice en médecine générale. En effet, dans ce travail était exposé le manque de confiance des médecins généralistes dans l'exercice de la gynécologie en cabinet lié à l'absence de réalisation de stage en gynécologie durant l'internat.

Ils ont apprécié la variété des mises en situation principalement en stages mixtes avec une structure de soin primaire. En effet, le terrain de stage en médecine générale confronte l'interne à une grande diversité des motifs de consultation et la globalité des prises en charge, alors que les structures de soins primaires abordent des compétences plus spécifiques en gynécologie ou pédiatrie. Les internes ont mis l'accent sur l'intérêt des stages en PMI, notamment pour la pratique de l'examen de routine et du dépistage en pédiatrie, qui

correspond à la complémentarité des stages en PMI avec les stages ambulatoires femme-enfant mise en évidence dans une thèse en 2015 (12).

2.1.3. Travailler avec son MSU

Selon les internes, le travail conjoint avec les MSU permettait des mises en situation « pratiques » adaptées à la santé de la femme et de l'enfant. Par leurs disponibilités et leurs qualités pédagogiques, les internes pouvaient acquérir une autonomie progressive et construire leurs compétences. Les consultations en supervision directe apparaissent comme un bon outil pour l'apprentissage de compétences spécifiques à la gynécologie et la pédiatrie. En termes d'autonomie, les internes positionnent le SAFE entre le stage ambulatoire de niveau 1 et le SASPAS.

2.1.4. Limites de la formation

La principale limite formulée par les internes interrogés était l'insuffisance de mises en situation spécifiques en santé de la femme et de l'enfant, parfois par manque de sélection des motifs de consultation ou selon le lieu de réalisation du stage. Ce constat était le plus souvent fait chez les internes ayant réalisé leur SAFE dans un unique lieu de stage pour leurs six demi-journées.

Cette limite en amenait une autre : le manque de pratique des gestes techniques en gynécologie. Il s'agissait pourtant d'un des critères de choix initial du SAFE pour les internes voulant pratiquer la gynécologie en ambulatoire.

2.2. Objectifs secondaires : construction des compétences et pistes d'amélioration

2.2.1. Compétences

Les internes ayant participé à l'étude, avaient des attentes fortes concernant la formation aux gestes techniques en gynécologie ainsi que dans le suivi de la femme et de l'enfant. L'ensemble des compétences requises par le référentiel métier de médecine générale (approche globale complexe, premier recours, suivi, dépistage, approche centrée patient) a été rapporté par les internes interrogés. Un prochain travail pourra être mené pour évaluer l'acquisition ou la progression des compétences des internes comme une autre thèse réalisée en Midi-Pyrénées (13).

L'enseignement théorique a participé à l'acquisition ou la progression des compétences. Le côté « pratique » des enseignements et la convivialité du petit groupe de GEAP ont été soulignés.

2.2.2. Pistes d'amélioration du SAFE

Une augmentation du nombre de SAFE disponible par semestre a été proposée par les internes pour faciliter l'accès à ce type de stage. A l'instar de la thèse d'Elodie Molinie (14), il semble que la réalisation d'un stage ambulatoire donne confiance aux internes dans l'exercice de la médecine générale et d'autant plus dans le domaine de la santé de la femme et de l'enfant. Il est aussi important pour les internes de ne pas choisir entre la formation en gynécologie ou en pédiatrie dans le troisième cycle des études médicales.

Afin d'enrichir les situations cliniques rencontrées et de proposer des moments dédiés à la pratique de la gynécologie ou de la pédiatrie, les internes interrogés souhaitaient augmenter le nombre de stage mixte associant cabinet de médecine générale et structure de soins primaires.

Les internes étaient plutôt favorables à la possibilité de faire plusieurs stages en gynécologie et en pédiatrie pendant l'internat de médecine générale, sans que cela soit obligatoire, pour adapter à la pratique future personnelle, et surtout sans allonger la durée de l'internat.

CONCLUSION

Depuis 2011, le SAFE est proposé aux étudiants de la faculté de médecine d'Angers et leur permet de construire les compétences requises en gynécologie et pédiatrie pour leur exercice futur. L'apprentissage par la pratique en ambulatoire sous supervision de médecins généralistes correspond aux attentes des étudiants. La généralisation des stages dits mixtes est souhaitée par les internes pour découvrir d'autres types de pratiques en médecine générale. Il pourrait être intéressant de mesurer l'influence de la réalisation du SAFE sur l'exercice professionnel des médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.J. Jaouquan et P. Bail. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? *Pédagogie Médicale* 4, no 3 (août 2003) : 163- 75.
- 2.CNGE. Concepts et principes pédagogiques. Disponible sur https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/
- 3.Groupe de travail sous l'égide du CNGE. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Juin 2009.
- 4.B.O. n°39 du 28 octobre 2004 - Ministère de l'éducation nationale. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2004/39/MENS0402086A.htm>
- 5.T. Cathalan. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal ». Créteil : Th. Med, 2015
- 6.ISNAR. Dossier de presse. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés. Avril 2019. Disponible sur <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAt-e-d%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf>
- 7.F. Besseau. Appréciation du sentiment de capacité des internes de médecine générale à suivre un nourrisson de 0 à 2 ans. Angers : Th. Med, Mai 2016
- 8.Couraud F, Pruvot F. Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales. Avril 2014.
- 9.Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2018. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
- 10.J. Troester. Bilan du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) en Lorraine. Etude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes. [thèse d'exercice]. [NANCY]: UNIVERSITE DE LORRAINE; 2013.
- 11.M. Colchen. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie. [thèse d'exercice]. [AMIENS]: UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE; 2016.
- 12.G. Poulat. Pratique clinique en pédiatrie des internes de médecine générale lors du stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie à la PMI, en Midi-Pyrénées. [thèse d'exercice]. [TOULOUSE]: UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER; 2015.

13.B. Porte-Cazaux. Evaluation des acquisitions des internes de médecine générale au cours de leur stage de pédiatrie-gynécologie en milieu libéral : cas de la pédiatrie. [thèse d'exercice]. [TOULOUSE]: UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER; 2014.

14. E. Molinie. Evaluation de l'impact des stages ambulatoires de gynécologie-pédiatrie sur le projet professionnel des internes en médecine générale en Midi-Pyrénées. [thèse d'exercice]. [TOULOUSE]: UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER; 2016.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Principales caractéristiques des participants	8
---	---

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	6
1. Type d'étude	6
2. Objectifs.....	6
3. Constitution de l'échantillon	6
3.1. Modalités de recrutement et d'échantillonnage	6
3.2. Critères d'inclusion	6
3.3. Critères d'exclusion	6
4. Recueil des données	7
4.1. Guide d'entretien	7
4.2. Réalisation des entretiens/recueil des données.....	7
5. Analyse des données.....	7
RÉSULTATS	8
1. Description de l'échantillon	8
2. Analyse des résultats.....	9
2.1. Appréciation globale du stage.....	9
2.2. Se positionner comme médecin généraliste.....	10
2.3. Travailler avec ses MSU	15
2.4. Cibler les limites de sa formation	21
2.5. Elaborer des compétences spécifiques.....	25
2.5.1. Approche globale - Complexité	27
2.5.2. Compétence premier recours.....	27
2.5.3. Relation – Communication	28
2.5.4. Compétence Continuité, Suivi du patient et coordination des soins.....	28
2.5.5. Compétence Education en santé, Dépistage et Prévention	31
2.5.6. Gestes en gynécologie	33
2.5.7. Compétence Professionnalisme.....	34
2.6. Réfléchir à ses actions	35
2.6.1. Evaluation positive des enseignements et des GEAP	35
2.6.2. Limite des enseignements.....	37
2.7. Explorer des pistes d'amélioration du SAFE	38
DISCUSSION	41
1. Forces et limites de l'étude	41
2. Principaux résultats.....	42
2.1. Objectif primaire : explorer la réalisation du SAFE par les internes de médecine générale.....	42
2.1.1. Définir les critères d'appréciabilité du SAFE.....	42
2.1.2. Se positionner comme médecin généraliste.....	42
2.1.3. Travailler avec son MSU.....	43
2.1.4. Limites de la formation	43
2.2. Objectifs secondaires : construction des compétences et pistes d'amélioration	44

2.2.1. Compétences.....	44
2.2.2. Pistes d'amélioration du SAFE.....	44
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE.....	47
LISTE DES TABLEAUX.....	49
TABLE DES MATIERES	50
ANNEXES.....	I
ANNEXE 01 : GUIDE D'ENTRETIEN	I
ANNEXE 02 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	II

ANNEXES

ANNEXE 01 : GUIDE D'ENTRETIEN

DUPONT Mélanie

DUMAY Julie

Guide d'entretien semi-dirigé :

Objectif : explorer l'avis des internes vis à vis du stage SAFE à Angers

1- CHOIX D'UN STAGE AMBULATOIRE FEMME/ENFANT :

– Comment s'est fait votre choix ? Et pourquoi ce choix ?

Relance : pouvez-vous me donner les motivations du choix du stage SAFE

2- L'INTEGRATION DES COMPETENCES :

– Comment avez-vous construit vos compétences au cours du SAFE ?

Relance : Premier recours/dépistage/approche globale/continuité des soins

Situations courantes en gynécologie/pédiatrie

3- LES EVENTUELLES MODIFICATIONS A APPORTER :

– Si vous aviez des modifications à apporter, quelles seraient-elles ?

En termes de formation sur les gestes / mise en situation / formation théorique

4- STAGES COUPLES AMBULATOIRES ET STRUCTURES :

– Que pensez-vous d'un stage associant une activité en cabinet de médecine générale et une activité en structure ?

5- MAQUETTE DES :

– Que pensez-vous de la possibilité d'effectuer un stage SAFE et un stage hospitalier femme/enfant dans votre maquette ?

ANNEXE 02 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Titre du travail : Evaluation par les internes de la réalisation de stage ambulatoire femme enfant pour la formation des internes de médecine générale à Angers.

Nom des thésards : Julie DUMAY et Mélanie DUPONT

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____
Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- les données seront conservées après anonymisation jusqu'à la soutenance publique de la thèse puis qu'une copie de ces données sera proposée pour conservation à l'Université d'Angers
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature de l'interviewée :

Signature de l'investigateur ou de la personne ayant
délivré l'information :

*Déclaration de révocation :

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature:

Evaluation par les internes de la réalisation du stage ambulatoire femme enfant pour la formation des internes de médecine générale à Angers

RÉSUMÉ

Introduction : Les différentes réformes de l'internat ont mis en avant la formation ambulatoire en médecine générale. Avec la diminution du nombre de spécialistes libéraux en gynécologie/pédiatrie, les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour la santé de la femme et de l'enfant. Dans ce contexte, depuis 2011 à Angers, le stage ambulatoire femme-enfant a été mis en place. Il se compose de 8 demi-journées en autonomie relative dans des cabinets de médecine générale ou structures de soins primaires, associé à une formation théorique thématique et des groupes d'échange de pratique.

L'étude explore la réalisation du stage ambulatoire femme enfant associé à un enseignement ciblé.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale de la circonscription facultaire d'Angers, d'octobre 2019 à février 2020.

Résultats : Onze internes de la faculté d'Angers ont participé à l'étude. Les internes interrogés ont très largement un avis positif sur le stage. La formation couplée en santé de la femme et de l'enfant ainsi que l'adéquation à la pratique future sont des critères d'appréciabilité du stage ambulatoire femme-enfant. Ils peuvent ainsi se positionner en tant que médecin généraliste de femme et d'enfant. L'association de stage en cabinet de médecine générale et de structures de soins primaire en fait un atout pour la variété des mises en situation clinique. Avec le travail conjoint des MSU, les internes peuvent construire leurs compétences et acquérir une autonomie progressive.

Conclusion : le SAFE proposé aux étudiants de la faculté de médecine d'Angers leur permet de construire les compétences requises en gynécologie et pédiatrie pour leur exercice futur. L'apprentissage par la pratique en ambulatoire sous supervision de médecins généralistes correspond aux attentes des étudiants.

Mots-clés : Stage ambulatoire femme-enfant, interne en médecine générale, maître de stage universitaire, enseignement.

Assessment of the paediatric and gynaecology outpatient internship for general medicine interns in the medical university of Angers

ABSTRACT

Introduction: The numerous medical internship reforms have promoted general medicine outpatient training. As a result of the decrease of the number of outpatient paediatricians and gynaecologists, general practitioners are increasingly required to provide the follow-up care for these women and children. With that in mind, since 2011, in Angers, the outpatient internship for the follow-up care of these patients was set up. This specific internship was comprised of 8 half-days per week during which the inter worked, relatively independently, in a general medicine practice or a primary healthcare facility, as well as theoretical training and participating in groups during which interns could discuss different types of practices. This study assessed this outpatient internship coupled with specific theoretical training.

Method: A qualitative study was carried out thanks to semi-structured interviews with general medicine interns from the medical university in Angers between October 2019 and February 2020.

Results: Eleven interns from the medical university of Angers participated in this study. The interns that were interviewed had an overwhelmingly positive opinion about this specific outpatient internship. Combining training about children and women's health as well as the fact that this training will be relevant for future practices are aspects that are particularly appreciated by the interns that took part in this outpatient internship. They were able to position themselves as a future general practitioner that will treat patients that are women and children with their specificities. Combining work in general medicine practices and primary healthcare facilities was considered an asset as it allowed the intern to encounter a wide range of clinical situations. Thanks to the work and supervision of the senior doctors, the interns can enhance their aptitudes and therefore gradually acquire autonomy.

Conclusion: This specific internship that's offered to the interns from the medical university of Angers enables them to acquire the necessary expertise in gynaecology and paediatrics for their future practice. Learning through outpatient internships under the supervision of senior general practitioners meets the students' expectations.

Keywords : Outpatient internship, outpatient pediatrics, outpatient gynecology, general medicine interns, teaching.